

Liste des abréviations et acronymes

CAN	<i>The Cambridge Assessment of Need</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
ESPT	Etat de stress post-traumatique
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
HES-SO	Hautes Écoles Spécialisées de Suisse Occidentale
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
OCSTAT	Office cantonal de la statistique
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la santé
PICOT	Population, Intervention, Contexte, Outcome, Temporalité
PubMed	<i>US National Library of Medicine National Institutes of Health</i>
SEM	Secrétariat d'Etat aux migrations
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>

Liste des tableaux

Tableau 1. PICO

Tableau 2. Mesh Terms

Tableau 3. Tableau comparatif des résultats

Liste des figures

Figure 1. Le modèle sunrise de Leninger

Figure 2. Diagramme de flux

TABLE DES MATIERES

Déclaration	2
Remerciements	4
Résumé	5
Liste des acronymes	7
Liste des tableaux	7
Liste des figures	7
Table des matières	8
1. Introduction.....	9
2. Problématique	10
2.1 La relation soignant-soigné	10
2.2 La migration, un facteur de risque pour la santé psychique	11
2.3 L'état de stress post-traumatique	13
2.4 Impact des conceptions de la maladie sur le processus thérapeutique	14
3. Etat des connaissances	16
3.1 Définition de la culture	16
4. Cadre théorique	18
4.1 La théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture	18
4.2 Ancrage disciplinaire	19
4.3 Méta-concepts	21
5. Question de recherche.....	22
6. Méthode	23
6.1 Source d'informations et stratégie de recherche documentaire	23
6.2 Mesh terms	24
6.3 Diagramme de flux	28
7. Résultats	29
7.1 Analyse critique des articles	29
7.2 Tableau comparatif	38
8. Discussion.....	43
8.1 Besoins d'intégration sociale	43
8.2 Besoins de compréhension culturelle	46
8.3 Soins infirmiers transculturels en pratique.....	48
9. Conclusion	52
10. Références.....	54

1. Introduction

Selon Bhugra & Becker, « la migration a contribué à la richesse et à la diversité des cultures, des ethnicités et des peuples dans les pays occidentaux » (2005, traduction libre). Cependant, le phénomène migratoire et sa complexité sont en évolution constante et l'accueil des populations migrantes nécessite l'intervention de toujours plus de professionnels sensibles aux caractéristiques transculturelles.

Dans un contexte médical et de prise en soins, la diversité culturelle entre migrants et professionnels est inhérente à la migration et doit être gérée pour pouvoir surmonter les barrières de la communication et éviter ainsi les incompréhensions, les mauvaises interprétations et les échecs thérapeutiques (Tison, 2007, p.1). Il est donc pertinent de s'interroger sur la différence de culture entre patients et soignants dans le cadre d'une prise en soins infirmière, sur les barrières que celle-ci implique et les manières de l'appréhender au mieux.

Cette revue de la littérature vise à mettre en évidence l'impact de la migration sur le psychisme des personnes qui l'entreprennent et met en lumière les besoins spécifiques de cette patientèle en matière de soin.

Dans un premier temps, sera formulée la problématique en abordant les aspects de la relation soignant-soigné en psychiatrie, le concept de migration et ses conséquences ainsi que les difficultés qu'implique la diversité culturelle dans le milieu des soins. Dans un deuxième temps, l'ancrage théorique sera énoncé, présentant la théorie de Leininger et sa pertinence par rapport à la problématique. Cette démarche débouchera sur la question de recherche.

La méthode de recherche décrivant la consultation des bases de données PUBMED et CINAHL sera ensuite expliquée. Un certain nombre de mots-clés relatifs aux thèmes de ce travail, combinés pour former des équations de recherche, permettront d'interroger les bases de données. Cinq articles seront sélectionnés. Ils seront ensuite décrits et analysés lors de la partie résultats. Un tableau récapitulatif du contenu ainsi que des caractéristiques de ces articles sera présenté.

Ces résultats seront par la suite discutés et mis en parallèle aux concepts de la théorie de Leininger. Cette partie, articulée en trois axes, proposera des éléments de réponse à la question de recherche. Des hypothèses, questionnements et suggestions pour la pratique seront également avancés. Finalement la conclusion répondra à la question de recherche et en avançant les limites et forces de celui-ci.

2. Problématique

2.1 La relation soignant-soigné

Dans la discipline infirmière, la relation soignant-soigné s'appuie sur un processus interpersonnel qui lie le patient à l'infirmier(e). C'est un processus thérapeutique basé sur la communication avec, comme but, la promotion des valeurs, des intérêts de la santé et du bien-être de la personne soignée (Pazargadi, Moghadam et al., 2015). Dans les institutions de santé, ce sont les soins qui déterminent les motifs et les objectifs de la relation. Cette relation soignant-soigné fait partie du travail de l'infirmier(e). Aucun geste, soin technique ou mesure de confort ne peut être entrepris sans que le soignant ne communique, n'entre en relation avec le soigné. En outre, cette relation ne se fait pas qu'au travers de la parole ; la communication non-verbale, les gestes, le positionnement du corps et les mimiques, ainsi que la tenue vestimentaire transmettent également une information (Manoukian, 2014, p.3).

En psychiatrie, un des aspects formels de la relation soignant-soigné, est l'entretien infirmier. Il s'agit d'un soin dont l'un des buts est d'apaiser le patient, de le soulager d'une angoisse. L'entretien motivationnel, une forme d'entretien infirmier, est aussi un moyen de communication qui va permettre au patient de reprendre conscience du sentiment de responsabilité humaine. Par un processus empreint de non-jugement, l'infirmier va amener le patient à explorer la partie « saine » de lui-même et à exploiter les parties de sa personnalité où il se sent à l'aise. Le soignant adopte donc une attitude d'écoute, un positionnement empathique et un discours rassurant afin de faire surgir chez le patient la sensation qu'il a la capacité de guérir par lui-même (Eparvier, 2013).

Selon Miller et Rollnick (2006), l'entretien motivationnel est centré sur le patient pour faire surgir ses motivations intrinsèques dans le but de provoquer un changement de comportement pour une amélioration de son état de santé psychique. « Le changement apparaît du fait de sa cohérence avec les valeurs et les croyances de la personne » (Miller & Rollnick, 2006, p.32).

De surcroît, lors d'une prise en charge basée sur une vision holistique de la personne, il incombe à l'infirmier(e) de considérer l'identité culturelle de l'individu et les besoins qui lui correspondent (McCarthy, Cassidy, Graham, Tuohy, 2013). En effet, l'infirmier(e) a la responsabilité éthique de dispenser des soins qui soient culturellement congruents. Ainsi, l'établissement d'une relation patient-soignant est dépendant de l'habilité à communiquer et de partager une compréhension culturelle commune (Duffy, 2001 ; Cortis & Kendrick, 2003, cités par McCarthy et al. 2013).

Lors de prise en charge de patients migrants, cette compréhension culturelle est essentielle. Vega (2012) promeut une approche anthropologique des soins qui suggère une sensibilisation à la culture de la personne soignée. Il s'agit d'être conscient des différentes manières de soigner propres aux systèmes culturels, des attitudes face à la maladie et des façons d'appréhender, entre autres, la douleur.

2.2 La migration, un facteur de risque pour la santé psychique

En 2015, l'ONU a recensé 244 millions de migrants internationaux, c'est-à-dire des personnes vivant dans un autre pays que celui dans lequel elles sont nées. Ce chiffre représente une augmentation de 40% par rapport à l'année 2000 et équivaut à 3,3% de la population mondiale. Dans les vingt années à venir le nombre de migrants dans le monde atteindra les 500 millions (Organisation internationale pour les migrations, 2009, cité par Pestre, 2014, p. 29)

Selon l'Office cantonal de la statistique (OCSTAT), la population étrangère à Genève augmente de 6 380 personnes par an, soit une augmentation de 3,3 %. A la fin de l'année 2014, le canton de Genève comptait 199 454 personnes résidentes de nationalités étrangères, ce qui correspond à 41,3 % de la population totale. Concernant les requérants d'asile, 2 184 demandes d'asile ont été déposées à Genève en 2015 et le nombre total de personnes dans le processus de demande d'asile s'élève à 7 586 dans le canton, pour la même année.

Ces chiffres témoignent de l'importance du phénomène migratoire actuel. Il s'agit de chiffres qui augmentent d'année en année. En outre, la croissance de la mobilité internationale, un meilleur accès à l'information et aux moyens de communication rendent le phénomène migratoire de plus en plus complexe (Secrétariat d'Etat aux migrations [SEM], 2016).

Selon Baubet et Moro (2013), différents motifs poussent les populations à migrer. On peut nommer des motifs socio-économiques, politiques ainsi qu'environnementaux. Il existe aussi des raisons d'ordre psychique qui y sont implicitement associés : « Il peut s'agir de se "sacrifier" pour la famille, ou encore de se poser en "sauveur" de celle-ci, etc. » (Baubet & Moro, 2013, p.49).

Pour les requérants d'asile et les réfugiés, les motifs de la migration sont d'ordre prioritairement politique. En demandant l'asile dans un pays tiers, le migrant échappe à des menaces vitales et à des persécutions. C'est l'instinct de survie qui prévaut.

Selon Baubet et Moro (2013) il s'agit alors davantage d'exil que de migration, et de fuite plus que de départ. Dans ce contexte, aucune préparation préalable n'a été

entreprise et la promesse d'un retour au pays d'origine est inexistante. Que la migration soit volontaire ou forcée, elle représente un acte courageux qui engage la vie et elle a un impact sur le psychisme de la personne migrante.

Mises à part les expériences prémigratoires que la personne migrante a pu subir, l'acte migratoire en lui-même est parfois perçu comme traumatique (Baubet & Moro, 2013, p.49).

De surcroît, en arrivant dans le pays d'accueil, ces personnes migrantes sont confrontées à une nouvelle forme de violence liée à des différences culturelles qu'ils doivent intégrer et auxquelles ils doivent s'adapter (Bodenmann, Madrid, Vannotti, Rossi & Ruiz, 2007).

Baubet et Moro (2013) ajoutent que la migration entraîne un changement d'environnement et par conséquent une perte du cadre culturel interne qui est propre au migrant, avec lequel celui-ci décrypte sa réalité. Tous ses repères sont bouleversés ce qui rend l'individu plus fragile et le contraint à s'adapter. Certains domaines sont particulièrement concernés par ce bouleversement (p.52) :

- Le langage, dont le manque de maîtrise peut engendrer un isolement social.
- La modification du rôle social et du rôle familial, qui peut entraîner une perturbation de l'identité.
- La possibilité de pratiquer des rites religieux et le respect de certains interdits religieux.
- L'environnement : les conditions climatiques, la nourriture, les manières d'interagir avec le voisinage, les modalités vestimentaires, etc.
- Les lois en vigueur dans le pays d'accueil ainsi que les aspects administratifs.
- Le système de santé et l'accès aux soins.

Par conséquent, selon les mêmes auteurs (2013, p.51), la confrontation de deux cultures à laquelle sont soumis les requérants d'asile entraîne une reconstruction identitaire. Il devient difficile, lorsque les repères sont modifiés, de parvenir à rester soi-même, de maintenir le sentiment de continuité de soi.

En outre, ce remaniement identitaire prend place dans un contexte où l'accueil est parfois imprégné d'intentions hostiles, comme le racisme, ce qui a une grande influence sur la santé mentale des migrants (Baubet & Moro, 2013, p.53).

Les trajectoires de vie des migrants dans leurs différentes phases, prémigratoire, per-migratoire et post-migratoire, sont donc des facteurs de risque de développement de troubles psychiques (Premand et al. 2013).

Heeren et al. (2014) soulignent un taux plus élevé de morbidité psychiatrique dans la population migrante que dans la population suisse résidente. En particulier chez les requérants d'asile, les réfugiés et les migrants illégaux. De surcroît, ils ajoutent que les requérants d'asile peuvent être considérés comme plus vulnérables du fait des événements traumatiques qu'ils ont vécus lors de leur parcours migratoire. Les auteurs, dans une étude qui compare l'apparition de troubles psychiatriques en fonction du statut de résidence des migrants en Suisse, mentionnent des taux d'état de stress post-traumatique importants chez les réfugiés et requérants d'asile. 41% des réfugiés et 54% des requérants d'asile participant à l'étude sont atteints de cette pathologie.

Le statut de réfugié et celui de requérant d'asile sont donc des facteurs de risque au développement d'un état de stress post-traumatique. Cependant la population cible de ce travail s'étend à tous types de migrants atteints d'état de stress post-traumatique dont l'impact de la différence de culture peut altérer la prise en charge.

2.3 L'état de stress post-traumatique

Selon Twonsend (2010), et d'après l'ouvrage *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR)*, l'état de stress post-traumatique¹ correspond à un ensemble de symptômes spécifiques chez une personne ayant été confrontée à des expériences au cours desquelles son intégrité physique ou celle d'un de ses proches a été touchée ou menacée ; par exemple, la participation à un conflit militaire, des viols, des agressions physiques, des tortures, des prises d'otages, des catastrophes naturelles, etc.

Townsend (2010) ajoute que l'individu atteint d'état de stress post-traumatique rencontre les symptômes suivants : reviviscence de l'expérience traumatique, anxiété, excitation, émoussement de la réactivité générale. L'individu expérimente parfois le souvenir de ces événements traumatiques et ils peuvent lui revenir sous forme de cauchemars.

Dans d'autres cas, la personne ne peut pas se remémorer certains moments de l'expérience traumatisante, le souvenir est refoulé. Des symptômes dépressifs peuvent également être associés à ce trouble. Suivant les circonstances du traumatisme, un sentiment de culpabilité peut se faire sentir. De plus, une consommation abusive d'alcool ou de stupéfiants est fréquemment constatée, associée à un état de stress post-traumatique.

¹ ESPT ou *PTSD* (*post traumatic stress disorder*) en anglais.

Concernant le développement sur le long terme de l'état de stress post-traumatique et la capacité de l'individu à le surmonter, Twonsend (2010) exprime que le rétablissement de la pathologie dépend de plusieurs facteurs, à savoir : la disponibilité d'un soutien social, la présence des proches et leur fonction protectrice, la considération de la communauté vis-à-vis de l'événement traumatisant et enfin certains facteurs culturels.

2.4 Impact des conceptions de la maladie sur le processus thérapeutique

Dans la prise en charge de patients migrants, la barrière de la langue est, bien entendu, l'un des premiers obstacles à une compréhension mutuelle et à une bonne prise en soin. Mais la conception de la maladie, qui varie d'un patient à un autre et d'une culture à une autre, ainsi que leurs attentes vis-à-vis du traitement approprié influencent également la prise en charge. La capacité d'une personne à s'adapter à une expérience traumatique dépend de facteurs personnels ainsi que de l'environnement social et culturel. Maier et Straub (2011) distinguent le concept de « maladie-*illness* » de celui de « maladie-*disease* ». Le premier est subjectif à chacun et varie selon les cultures. Il est lié à la compréhension par la personne des causes et des facteurs provoquant sa maladie ainsi que les moyens de la surmonter. Le concept « maladie-*disease* » renvoie aux aspects physiopathologiques de la maladie d'un point de vue médical.

Maier et Straub (2011) précisent donc : lors de maladies chroniques ou psychiatriques, les stratégies auxquelles a recourt la personne pour se soigner traduisent la perception de la maladie selon le patient et reflètent les valeurs culturelles de la personne.

Les auteurs, dans une étude de 2011, se sont penchés sur les différentes conceptions de la maladie et attentes vis-à-vis du traitement en regard de patients migrants requérants d'asile et réfugiés traumatisés issus d'une clinique ambulatoire de Zurich, en Suisse. Beaucoup de patients migrants de la cohorte sont réticents à parler des événements traumatisants. Lorsqu'ils arrivent à s'exprimer, ils n'attribuent pas leurs troubles psychiatriques à des événements violents et traumatisants en soi. Leurs maux seraient plutôt la conséquence de conditions de vie atroces endurées dans leur pays d'origine. Ce sentiment perdure souvent après leur arrivée en Suisse car ils savent que leurs proches, restés sur place, vivent encore dans les mêmes conditions. Cependant, c'est certainement à cause d'un sentiment de honte et de gêne, influencé

aussi par des codes culturels, que les patients sont réticents à partager leur récit et les expériences traumatiques. De plus, selon certains patients, se faire prendre en charge pour des soins psychiatriques est stigmatisant socialement. D'autres patients expriment que d'avoir un contact avec le monde des soins psychiatriques est équivalent à être fou (Maier & Straub, 2011).

Les sociétés occidentales font face, de nos jours, à une grande demande en soins pour ces patients atteints d'ESPT. Leur prise en charge s'avère compliquée, voire impossible, car la différence de représentations et de perceptions de la maladie mentale et de ses traitements rend difficile la compréhension des besoins et attentes réelles des patients par les soignants (Maier & Straub, 2011).

Bodenmann, Madrid, et al. (2007) affirment que les divergences culturelles, la barrière de la langue et une mauvaise compréhension du système de santé sont sources d'erreurs diagnostiques et de traitement des maladies mentales.

En outre, Baubet et Moro (2013, p.144) soulignent, à propos des représentations culturelles sur la maladie mentale, qu'elles ne sont que rarement communiquées spontanément. Dans la relation soignant-soigné, il est cependant essentiel qu'elles puissent être exprimées par le patient afin d'éviter que le sentiment d'exclusion de l'univers culturel d'accueil n'empire.

3. Etat des connaissances

Selon Althaus et al. (2010), L'UNESCO définit le migrant comme « toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né... » (p.59). Cela implique une confrontation de cultures, entre celle de la personne migrante et celle du pays d'accueil. Il est donc essentiel de se pencher sur une définition de la culture. Il sera ensuite question de définir quels sont les facteurs qui influencent la santé mentale selon l'OMS :

3.1 Définition de la culture

« La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances » (UNSECO, 1982, cité par OFC, 2013)

Pour préciser cette définition de la culture « il n'existe pas d'homme sans culture (...) *culture* signifie *humanité*, car même les manifestations les plus élémentaires de l'existence humaine (...) peuvent être considérées comme les commencements de la culture » (Roheim, 1943, p.31, cité par Baubet & Moro 2013, p.144).

Baubet et Moro présentent la culture comme « un découpage rationnel pour appréhender le monde » (2013, p.144). Ils ajoutent que chaque culture possède et décrit des catégories qui permettent de déchiffrer le monde et de donner un sens aux divers événements qui comblent la vie des hommes. Implicitement, ces catégories sont transmises et partagés par les membres d'un groupe et forment la pertinence des représentations que les hommes ont du monde. Baubet et Moro (2013) parlent donc de système culturel qui se compose entre autres d'une langue, d'un ensemble de techniques et de manières de faire, de l'alimentation, de la musique, des arts et des techniques de soins.

Baubet et Moro, affirment à propos de la culture : « La culture permet un codage de l'ensemble de l'expérience vécue par un individu ... la culture cherche à mettre à la disposition du sujet une grille de lecture du monde » (2013, p.144).

3.2 Déterminants de la santé mentale

Les expériences de vie lors du parcours pré-migratoire, per-migratoire et post-migratoire, sont des facteurs de risque au développement de troubles psychiques

(Premand et al. 2013). Cependant, l'OMS (2012) souligne que plusieurs facteurs influencent le psychisme d'un individu.

L'organisation mondiale de la santé définit la santé mentale de la manière suivante : Il s'agit d'« un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (OMS, 2012, p.4). L'OMS distingue trois facteurs ou « déterminants » qui influencent le bien-être mental et psychologique :

- Les ressources psychiques et les comportements individuels. Pour définir ce déterminant, l'OMS s'appuie sur le concept « d'intelligence émotionnelle », à savoir les comportements innés et ceux acquis par l'éducation qui permettent à la personne de maîtriser sa vie émotionnelle et sentimentale. Elle s'appuie ensuite sur le concept de « l'intelligence sociale », qui correspond à la faculté de l'individu à s'intégrer au sein de la communauté en assumant ses responsabilités et en pratiquant des activités sociales. L'application de ces deux concepts favorise donc le maintien du bien-être psychique et mental.
- Le contexte social et économique : Selon l'OMS, il s'agit des conditions sociales et économiques dans lesquelles évolue l'individu ; la possibilité d'avoir accès à une éducation ou de pouvoir pratiquer une activité lucrative dans le but de subvenir à ses besoins. Ces éléments contribuent au développement et à l'épanouissement psychique de la personne.
- Les facteurs environnementaux : L'environnement socioculturel et géopolitique a une influence sur le bien-être mental et psychique, ainsi que les différentes croyances, les pratiques culturelles et les décisions politiques et économiques mises en place dans le pays.

Ces trois déterminants concernent les migrants. Les circonstances relatives au processus de migration entraînent un risque de vulnérabilité de la part de cette population. Ils sont soumis à des barrières légales, sociales, culturelles, économique, communicationnelles qui mettent leur bien-être physique, mental et social en péril (OIM, 2017).

4. Cadre théorique

4.1 La théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture

De par son parcours professionnel centré sur la pratique des soins infirmiers en psychiatrie, puis son intérêt pour l'anthropologie culturelle et sociale, Madeleine Leininger a développé la théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture. Elle a étudié de multiples cultures et s'est interrogée sur la manière la plus adéquate pour prendre en charge des personnes de culture différente (Alligood, 2014).

La théorie de Leininger est donc dérivée de la discipline infirmière et de l'anthropologie. Leininger définit les soins infirmiers transculturels comme un domaine majeur de la science infirmière. Il s'agit de l'étude comparative et de l'analyse des différentes cultures et sous-cultures dans le monde, où les valeurs, les représentations de la santé, de la maladie et les comportements qui leur sont propres sont respectés. Leininger a développé cette théorie dans le but de découvrir l'universalité et la diversité des soins humains par rapport à la vision du monde et la structure sociale.

Prodiguer des soins culturellement congruents à des personnes de culture différente ou similaire, maintenir ou restaurer le bien-être, la santé, et permettre d'affronter la mort d'une manière culturellement adaptée sont les buts poursuivis par la théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture.

Pour Leininger, cette conception des soins infirmiers permet de comprendre les êtres humains de la manière la plus holistique possible. Elle est donc impérative à la pratique et à la formation infirmière. De même, la particularité multiculturelle qui caractérise notre monde démontre la pertinence des soins infirmiers transculturels (Alligood, 2014).

En regard de la hiérarchie des connaissances, selon Fawcett et DeSanto-Madeya (2013), la théorie de Leininger appartient aux « *grand theories* » qui se trouvent à un niveau plus abstrait et plus large que les « *middle-range theories* » (théories intermédiaires).

Pour Leininger, le *Caring* dans la discipline infirmière joue un rôle fondamental dans la promotion de la santé et du bien-être de la société. Le *Caring* peut être considéré comme une capacité humaine mais aussi comme une compétence professionnelle et centrale de la discipline infirmière. Il s'agit des actions, des attitudes et des pratiques qui permettent d'aider les autres et de les diriger vers la guérison et le bien-être (McFarlan & Wehbe-Alamah, 2015). Le *Caring* selon Leininger est aussi perçu comme un moyen de faciliter et soutenir la personne en tenant compte et en

respectant sa culture, ses croyances, ses conceptions et son mode de vie (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010).

Leininger différencie le soin « *etic* » (*professionnel*) du soin « *emic* » (*générique*). Cette différenciation permet d'identifier les divergences et les similitudes entre les cultures. En effet, le soin générique correspond à un ensemble de pratiques et de connaissances indigènes, traditionnelles qui sont transmises au sein d'un groupe culturel. Elles sont mises en place pour répondre à des besoins de santé et pour promouvoir le bien-être. Les soins professionnels sont basés sur des pratiques institutionnelles (McFarlan & Wehbe-Alamah, 2015). Ils offrent des modes d'aide aux infirmier(e)s afin qu'elles apprennent, grâce à une science et un art humaniste, à promouvoir le bien-être et prévenir la maladie (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010).

4.2 Ancrage disciplinaire

La thématique de ce travail de bachelor s'oriente sur la posture infirmière et les compétences à développer lors de la prise en charge de patients migrants souffrants d'état de stress post-traumatique. Ces patients étant issus d'une culture différente de celle du pays d'accueil, possèdent une conception de la maladie et des représentations de la santé différentes de celles véhiculées dans le pays d'accueil. Ce contraste de culture, s'il n'est pas intégré par les mentalités soignantes, entrave la guérison et ne permet pas au patient de rétablir son équilibre psychique. Mais, dans la relation soignant-soigné, si on s'intéresse à la culture de l'autre, si on étudie ses particularités, comme le veut la théorie de Leininger, on parvient alors à considérer la personne dans son intégrité la plus globale. C'est dans ces conditions que la prise en charge peut être optimale et qu'une relation de confiance bénéfique au patient peut se créer. Afin d'orienter les actions infirmières et dans le but d'offrir un guide de lecture des différentes cultures, Leininger a développé le « *sunrise enabler* » (figure 1).

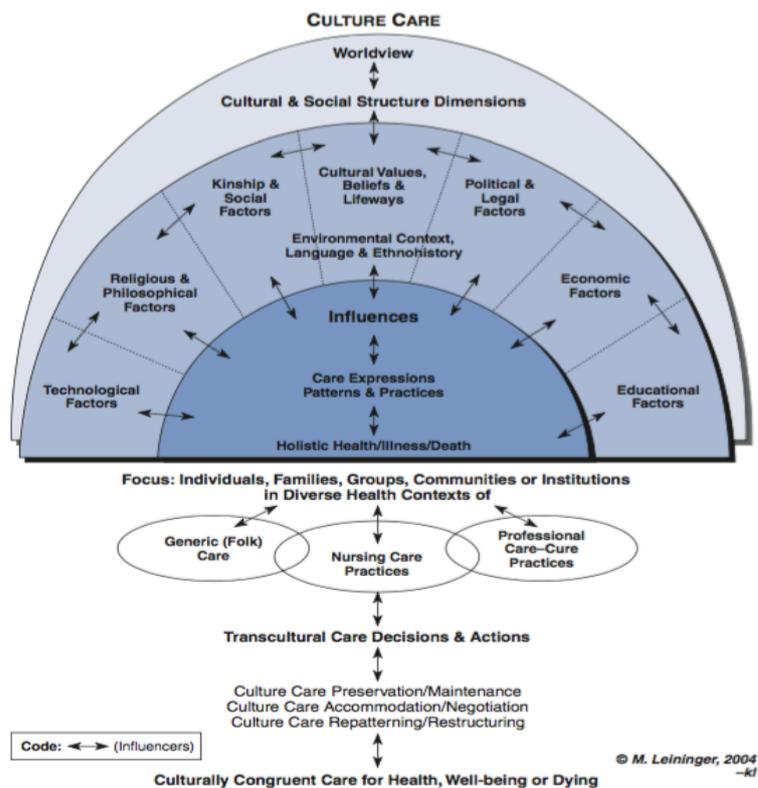


Figure 1 Le modèle sunrise de Leininger. Tiré de Alligood, 2014

Ce schéma décrit les principaux composants de la théorie de Leininger et permet à l'infirmier(e) d'utiliser la théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture de manière à proposer au patient des soins culturellement congruents. La partie supérieure du cercle décrit les composants de la structure sociale qui influencent les soins et la santé de par le langage, l'histoire et l'environnement de la personne. Ces facteurs ont un impact également sur les coutumes traditionnelles, les soins professionnels et les pratiques infirmières qui sont inscrits dans la partie inférieure du cercle. Les deux moitiés du cercle forment le *sunrise* qui représente l'univers du patient que l'infirmier(e) doit considérer pour apprécier l'individu dans sa globalité (Alligood, 2014).

4.3 Méta-concepts

Dans les années 1980, Fawcett a défini quatre méta-concepts : la personne, le soin, la santé et l'environnement. Ils sont à la base de la discipline infirmière, et chaque théoricien(ne) en a sa propre conception (Alligood, 2014). Les méta-concepts selon la vision de Leininger sont décrits ci-dessous.

La personne

Selon Pepin, Kérouac et Ducharme (2010), Leininger considère la personne comme un être humain qui possède un bagage culturel et qui ne peut pas en être dissocié. Les différentes pratiques, valeurs et coutumes de sa propre culture sont exprimées au travers des comportements et modes de vie de la personne. D'autre part, il est dans la nature d'une personne de prendre soin de ses proches.

Cette conception de la personne s'inscrit dans la problématique de ce travail dans la mesure où c'est justement la confrontation de deux cultures qui devient problématique lors d'une relation thérapeutique.

Le soin

Du point de vue de Leininger, le soin représente un ensemble d'interventions centrées sur la promotion de comportements de santé ainsi que le recouvrement de la santé des êtres humains, des familles et des populations. Les soins transculturels sont inhérents à la profession infirmière. Ils respectent les valeurs culturelles, les croyances religieuses et sociales ainsi que le mode de vie des personnes. Les soins infirmiers se basent sur des connaissances transculturelles développées par l'analyse des structures sociales, des conceptions du monde, des valeurs, de l'environnement et de la langue. La pratique des soins infirmiers se doit de respecter les similarités ainsi que les différences culturelles (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010).

La santé

La santé est considérée différemment d'une culture à une autre car celle-ci est incluse dans la structure sociale. Selon Leininger, elle représente plus que l'absence de maladie. Elle correspond aux moyens mis en place, par les rites, les coutumes, les croyances et les agissements qui sont ancrés dans la culture des membres d'un groupe pour maintenir et préserver le bien-être d'un individu (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Ces moyens mis en place, bien que différents d'une culture à une autre, sont à prendre en compte chez des personnes malades physiquement ou psychologiquement. Être conscient de ces comportements face à la maladie ou face à la santé aide l'infirmier(e) à offrir au patient le soutien le plus approprié (Andrews & Boyle, 2016).

L'environnement

Ce méta-concept concerne le contexte dans lequel évolue l'être humain. En plus des aspects physiques, écologiques et sociaux, l'environnement comprend la conception du monde et tous les facteurs qui influencent la vie de la personne, de la famille ou du groupe. Même si le contexte est extérieur à la personne, il a un impact sur son existence (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Dans le cas d'un patient migrant, celui-ci se trouve isolé de son environnement de base et contraint à s'adapter à celui d'accueil. Ce dernier a donc un impact sur sa pathologie et sur sa capacité à guérir. La théorie de Leininger propose de connaître, de documenter et d'expliquer la culture propre au patient (Alligood, 2014) et donc de prendre en charge le patient en considérant son bagage culturel.

5. Question de recherche

Dans une prise en soins infirmière, en quoi l'approche transculturelle du soin, proposée par Madeleine Leininger, peut-elle répondre aux besoins des patients migrants atteints d'état de stress post-traumatique ?

6. Méthode

Dans ce chapitre sera présentée la méthodologie de recherche des articles scientifiques dans le but de réaliser une revue de littérature. La méthode d'identification des mots-clés sera explicitée ainsi que les principaux *Mesh Terms*.

6.1 Sources d'informations et stratégie de recherche documentaire

La question de recherche a été formulée selon la méthode PICO(T). Il s'agit d'une méthode permettant d'affiner la recherche d'article en décomposant la question de recherche en plusieurs concepts :

- P** (population, patient, famille, problème/condition, ou pathologie),
- I** (intervention ou exposition ou phénomène d'intérêt),
- C** (comparaison ou exposition ou contrôle /contexte),
- O** (*outcome*, résultat clinique d'intérêt),
- T** (temporalité).

Dans ce cas :

P	Migrants requérants d'asile atteints d'état de stress post-traumatique
I	Approche transculturelle du soin de Leininger
C	Influence de la culture sur la prise en charge
O	Rétablir équilibre psychique / améliorer qualité de vie
T	Pas nécessaire

Tableau 1 Méthode *PICOT*

Les articles scientifiques récoltés pour ce travail, sont issus des bases de données CIHNAL, spécifiques aux soins infirmiers et sciences paramédicales, ainsi que PUBMED, mettant l'accent sur les sciences biomédicales.

Afin d'effectuer une recherche sur ces bases de données, les concepts du PICO doivent être traduits en mots-clefs, que l'on appelle *Mesh Terms*. Chaque base de données possède son propre répertoire de *Mesh Terms*, un concept correspond donc à différents *Mesh Terms* d'une base de donnée à l'autre.

De plus, un certain nombre de mots clefs se référant aux concepts du PICO ont été ajoutés à l'équation afin d'élargir la recherche. Tous les synonymes se rapportant à un concept du PICO ont été liés entre eux par le mot « OR » formant ainsi une branche de l'équation, puis toutes les branches ont été liées entre elles par le mot « AND » dans la barre de recherche des bases de données.

6.2 Mesh Terms

A partir des mots-clefs, ou *Mesh Terms*, présentés dans le tableau ci-dessous, des équations de recherche ont été créées afin d'interroger les bases de données et dans le but d'aboutir à une recherche ciblée d'articles traitant du sujet souhaité.

Concept	Mot-clé Français	Mot-clé Anglais	Descripteur Cihnal	Descripteur PubMed
Migrants requérants d'asile.	Migrants Requérants d'asile	<i>Migrants</i> <i>Asylum seekers</i> <i>Applicants of asylum</i>	(MH "Transients and Migrants")	transients and migrants[MeSH Terms]
Etat de stress post traumatique.	Etat de stress post-traumatique, ESPT	<i>Post-traumatic stress disorders,</i> <i>PTSD</i>	(MH "Stress Disorders, Post-Traumatic")	stress disorders, post-traumatic[MeSH Terms] OR ptsd[MeSH Terms]
Prise en soin infirmière transculturelle en psychiatrie	Soins infirmiers transculturels. Soins infirmiers en psychiatrie. Théorie de Leininger. La théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture	<i>Transcultural nursing.</i> <i>Psychiatric nursing.</i> <i>Leininger's theory.</i> <i>Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality</i>	(MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Psychiatric Nursing") OR (MH "Transcultural Nursing") OR (MH "Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality")	(nursing care[MeSH Terms]) OR transcultural nursing[MeSH Terms]) OR psychiatric nursing[MeSH Terms]) OR Culturally Competent Care[MeSH Terms]
Impact de la culture sur la prise en soin	Diversité culturelle. Attitude face à la maladie. Valeurs culturelles.	<i>Cultural diversity.</i> <i>Attitude to illness.</i> <i>Help seeking behaviors.</i> <i>Cultural values</i>	(MH "Culture") OR (MH "Cultural Diversity") OR (MH "Attitude to Illness") OR (MH "Attitude to Mental Illness") OR (MH "Health Seeking Behaviors (NANDA)") OR (MH "Cultural Values")	culture[MeSH Terms] OR cultural diversity[MeSH Terms])

Tableau 2 Mesh Terms

Un critère d'inclusion et un critère d'exclusion y ont été ajoutés :

Critère d'exclusion :

- Langue de l'article : Langue autre que le français ou l'anglais

Critère d'inclusion :

- Age de la cohorte. Adultes de plus de 19 ans.

Au moment de créer l'équation de recherche, la combinaison des quatre concepts (migrants requérants d'asile, état de stress post-traumatique, prise en soin infirmière transculturelle en psychiatrie, impact de la culture sur la prise en charge) n'a donné aucun article, ni dans PUBMED ni dans CIHNAL. Pour chacune des bases de données, deux équations furent donc créées : la première équation a débouché sur 3 articles pour CIHNAL et 3 articles pour PUBMED. Elle contient les concepts de :

- Migrants requérants d'asile ;
- Etat de stress post-traumatique ;
- Prise en soin infirmière transculturelle en psychiatrie.

La deuxième équation a donné lieux à 17 articles pour CIHNAL et 21 articles pour PUBMED. Elle est composée des concepts de :

- Migrants requérants d'asile ;
- Etat de stress post-traumatique ;
- Impact de la culture sur la prise en soin.

CINHAL

S²1 → "migrants" OR (MH "Transients and Migrants") OR "asylum seekers"

S²2 → "ptsd" OR (MH "Stress Disorders, Post-Traumatic") OR (MH "Mental Disorders")

S³3 → (MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Psychiatric Nursing") OR "psychiatric nursing" OR (MH "Transcultural Nursing") OR (MH "Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality")

S⁴4 → (MH "Culture") OR (MH "Cultural Diversity") OR (MH "Attitude to Illness") OR (MH "Attitude to Mental Illness") OR (MH "Health Seeking Behaviors (NANDA)") OR (MH "Cultural Values")

² « **S** » correspond à des segments de l'équation de recherche comportant les différents concepts sous forme de *Mesh Terms*.

S1+S2+S3+S4 → 0 articles

S1+S2+S3 → 3 articles → 1 retenu sur la base du résumé

S1+S2+S4 → 17 articles → 7 retenus sur la base du résumé

PUBMed

S1 → (((("asylum seekers"[Title/Abstract]) OR applicants of asylum[Title/Abstract]) OR (transients and migrants[MeSH Terms])) OR migrants[MeSH Terms]

S2 → ((stress disorders, post-traumatic[MeSH Terms]) OR ptsd[MeSH Terms]) OR PTSD[Title/Abstract]

S3 → ((((((nursing care[MeSH Terms]) OR transcultural nursing[MeSH Terms]) OR psychiatric nursing[MeSH Terms]) OR ("Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity"[Title/Abstract] OR Universality"[Title/Abstract])) OR Culturally Competent Care[MeSH Terms])

S4 → (((culture[MeSH Terms]) OR cultural diversity[MeSH Terms]) OR cultural values[Title/Abstract]) OR "help seeking behaviour"[Title/Abstract]

S1 + S2 + S3 + S4 → 0 article

S1 + S2 + S3 → 3 articles → 0 retenu sur la base du résumé

S1 + S2 + S4 → 21 articles → 7 retenus sur la base du résumé

6.3 Diagramme de flux

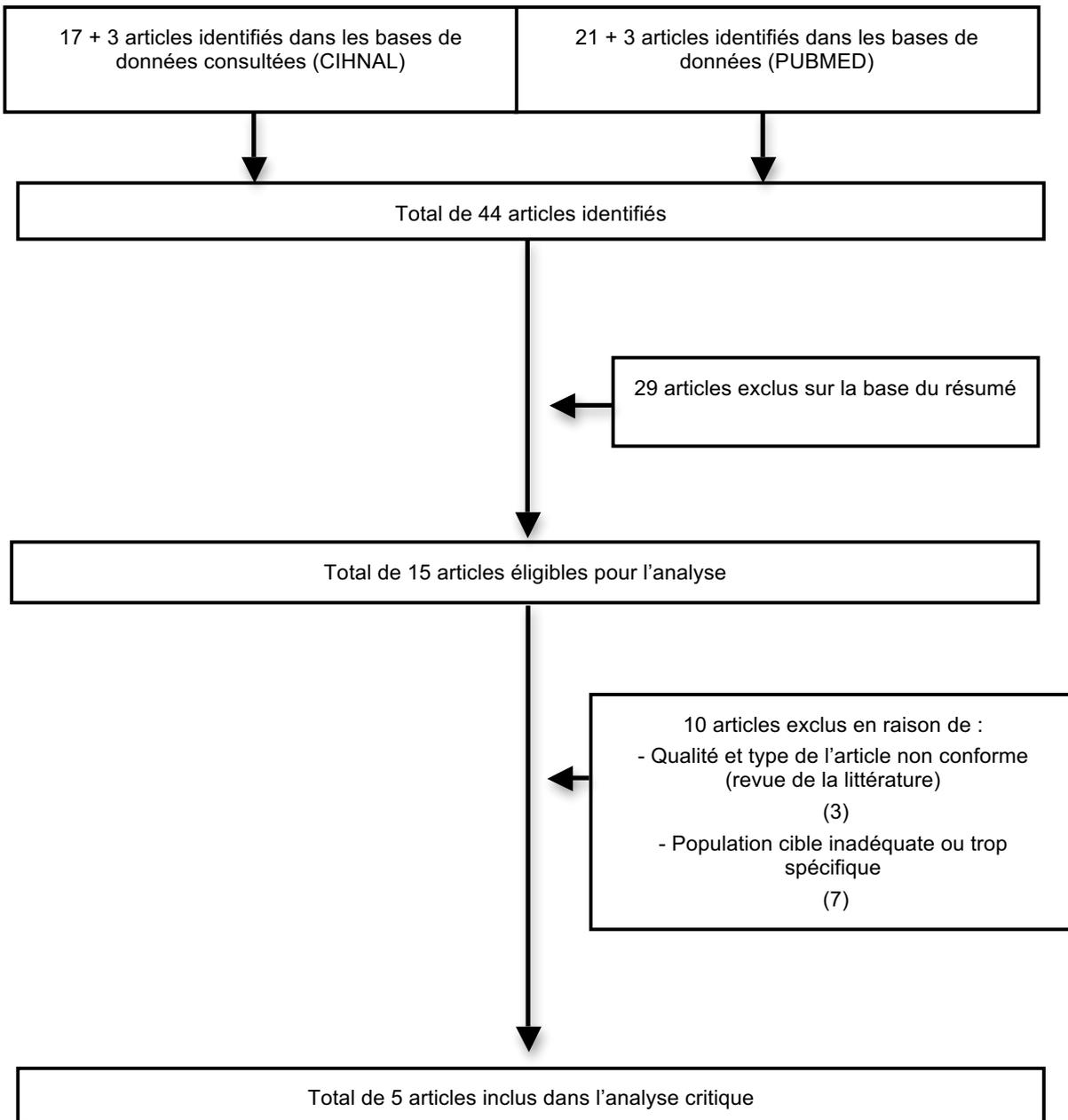


Figure 2 : Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

7. Résultats

Grâce à la recherche dans les bases de données, un total de 5 articles a été retenu afin de considérer la problématique sous divers points de vue. A travers l'analyse de ces articles, le point de vue des soignants et celui des migrants sera considéré afin de comprendre quels sont les enjeux qui facilitent ou font obstacle à une relation thérapeutique efficace avec ce type de population. Le but sera d'identifier, dans la littérature en question, les besoins implicites et explicites des patients migrants lors de prises en soins psychiatriques.

7.1 Analyse critique des articles retenus

Article N°1 : Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries

Il s'agit d'une étude qualitative publiée par Sandhu et al. en 2012. Cet article décrit, du point de vue des professionnels de santé, les difficultés rencontrées lors de prises en soins de patients migrants atteints de troubles psychiatriques. L'étude met en évidence les barrières rencontrées lors de la pose d'un diagnostic correct chez des patients dont la culture est différente du pays d'accueil. Les chercheurs ont procédé à des entretiens semi-structurés auprès de 48 professionnels de la santé dans des instituts de soins psychiatriques répartis dans 16 pays d'Europe. Les entretiens comportaient des questions générales, d'une part sur le ressenti des professionnels vis-à-vis de leur prise en soins et d'autre part sur 3 vignettes de situations types rencontrées avec des patients migrants. Une vignette à propos d'un réfugié, une autre à propos d'un migrant illégal et la troisième à propos d'un travailleur migrant. Le but, dans la confrontation des professionnels à ces vignettes, était de faire ressortir les différences et les similitudes de prise en soins d'un pays à l'autre.

Les résultats de l'étude se divisent en plusieurs éléments qui seront résumés ci-après :

Eléments culturels :

- La barrière de la langue représente une entrave à une communication efficace et ne permet donc pas de poser un diagnostic adapté. De surcroît, le recours à un interprète alourdit la prise en soin.
- Lors de prise en soin de patients migrants issus de systèmes de croyances différents, la distinction entre la manifestation d'une croyance et celle d'un

symptôme est difficile et elle est peu perceptible. Quels comportements sont-ils normaux dans une culture ? Quelle manifestation s'apparente à un symptôme ? Quelles sont les attentes du patient vis-à-vis du traitement ? Une attention particulière doit être portée à la spécificité de la croyance du patient afin d'éviter toutes erreurs thérapeutiques.

- Les proches ont une importance non négligeable dans la prise en soin. Inclure les proches dans la relation permet une meilleure compréhension des comportements et des expériences vécues. Informer les proches et leur proposer une éducation thérapeutique permet au patient une meilleure compréhension du diagnostic et du traitement.
- Afin de mieux s'adapter à cette patientèle de cultures diverses, il ressort de l'étude que l'« Ethnopsychiatrie » devraient être appliquée au cursus de formation des professionnels de santé. De même, un changement du système de soins devrait être considéré dans le but de changer les mentalités des communautés vis-à-vis des troubles psychiatriques.

Etablissement d'une relation de confiance :

- La peur de parler de ses symptômes, la crainte d'être renvoyé dans son pays d'origine mêlées à une incompréhension de la situation, sont des éléments qui risquent d'amener le patient à se refermer sur lui-même et à banaliser son état.
- Dans le but d'atténuer l'influence des traumatismes sur l'adhésion aux soins, la création d'une relation de confiance est indispensable.
- Les traducteurs issus de la même communauté que le patient sont à éviter afin de ne pas laisser les valeurs de l'interprète influencer la traduction.
- Plus de temps et d'attention doivent être accordés à l'établissement d'une relation de confiance.

Risque de marginalisation

- Il ressort de l'étude qu'un migrant atteint de troubles psychiatriques a plus de risques d'être marginalisé qu'une personne autochtone. Le fait de vivre avec une pathologie mentale et de s'ajuster à un environnement inconnu avec peu d'entourage et peu de ressources économiques induit un isolement social et entrave donc le processus de soin.

- Le statut migratoire peut entraîner une discrimination de la part de la population autochtone.
- Une collaboration étroite avec les services sociaux permet une meilleure intégration sociale.

Eléments traumatiques

- L'établissement d'un diagnostic psychiatrique adéquat est délicat car il faut différencier les symptômes d'une maladie psychotique des réactions dues à un traumatisme. Le recours à des interprètes entraînés alourdit la prise en soin. De plus, les attentes en soins propres à la culture, la provenance d'un système de croyances différent et le fait d'avoir un passé migratoire traumatisant, nécessitent une conscience culturelle entraînée de la part des soignants. Une adaptation du système de santé et de la manière de dispenser les soins psychiatriques seraient également bénéfiques pour faire changer le regard des communautés vis-à-vis de la maladie psychique.

Une limite de l'article, dans le contexte de cette revue de la littérature, réside dans le fait que la Suisse ne figure pas dans la liste des pays participants à l'étude. De surcroît, les chercheurs se sont penchés sur le point de vue de plusieurs types de professionnels de la santé. Les résultats ne sont donc pas transposables à la pratique infirmière mais à l'ensemble des intervenants gravitant autour d'une prise en soin de patient migrant. Cette particularité offre donc un éclairage intéressant pour la discipline infirmière qui est ancrée dans une dimension pluridisciplinaire.

Article N°2 : *Health and Social Needs of Traumatized Refugees and Asylum Seekers : An Exploratory Study*

Il s'agit d'une étude à la fois qualitative et quantitative publiée par Strijk, van Meijel et Gamel en 2010. Le but de l'étude est de décrire les besoins en soins chez les patients réfugiés et requérants d'asile ayant été victimes d'un traumatisme lors de leur parcours migratoire. C'est donc une étude aux contours mixtes qui a été conduite aux Pays-Bas, auprès de 30 patients en utilisant l'échelle d'évaluation des besoins Camberwell (CAN). Des entretiens semi-structurés ont été conduits par la suite avec 8 des 30 patients.

L'échelle d'évaluation des besoins Camberwell (CAN)

The Cambridge Assessment of Need (CAN) est une échelle qui permet de mesurer les besoins de santé et d'aides sociales chez les adultes atteints de problèmes psychiatriques. Elle se base sur des questions touchant 22 domaines de la vie courante. L'échelle CAN est souvent utilisée dans les unités de soins psychiatriques mais n'est pas suffisamment spécifique pour englober tous les aspects d'une prise en soin de patients réfugiés et requérants d'asile. Dans l'étude de Strijk, van Meijel et Gamel, d'autres questions ont été posées en complément du CAN concernant des besoins non pris en compte durant leur expérience migratoire passée ou présente. Les entretiens auxquels ont été soumis les patients sont composés de questions relatives à l'échelle CAN, elles sont identiques pour tous et peuvent être considérées comme mesure quantitative. Les questions supplémentaires représentent l'aspect qualitatif de l'enquête.

Troubles de communication

Les résultats de l'étude mettent en évidence les difficultés auxquelles sont confrontés les réfugiés et les requérants d'asile, ainsi que leurs besoins lors d'une prise en charge infirmière. Tout d'abord, ces patients ont du mal à exprimer ce qu'ils ressentent, ce dont ils ont besoin et ce qu'ils attendent de leur prise en charge. Le recours à un interprète pour surmonter les incompréhensions est donc essentiel. La plupart des patients participant à l'étude mentionnent leurs difficultés liées à leur situation économique et sociale plutôt que leurs troubles psychiatriques.

Détresse psychique

Les patients interrogés lors de l'étude sont touchés d'une grave détresse psychologique découlant des traumatismes auxquels ils ont été confrontés. En outre, ils se trouvent dans un état de tristesse, de chagrin et de solitude causés par la perte de leurs racines, de leurs proches et de leur environnement. Cet état de stress psychologique initial se trouve amplifié par la difficulté de s'adapter à un nouvel environnement.

Intégration difficile

Les réfugiés et requérants d'asile rencontrent toutes sortes de difficultés liées à leur intégration dans le pays d'accueil. En plus de vivre dans la crainte d'être renvoyés dans leur pays, certains problèmes pratiques influencent leur qualité de vie. Ils ne se sentent pas en sécurité dans leur lieu de vie, qui n'est pas aménagé pour recevoir autant de personnes. Ils sont également dans des situations économiques

défavorables. Les requérants d'asile sont, d'un point de vue légal, dans l'incapacité de trouver un travail. Les participants à l'étude expriment un sentiment d'ennui dû à un manque d'activité et éprouvent le besoin de recevoir un appui dans ce sens-là.

Marginalisation

Beaucoup de participants se sentent marginalisés à cause de leur culture différente. Le regard des autres, ainsi que la discrimination qu'ils expérimentent augmentent leur sentiment de peur, de solitude et d'impuissance.

Manifestation des symptômes

Les auteurs de l'étude sensibilisent les lecteurs au fait que les symptômes psychotiques chez les patients traumatisés réfugiés et requérants d'asile, doivent être considérés dans une large perspective : le contexte culturel ainsi que le contexte du traumatisme doivent être pris en compte. Certains symptômes d'apparence psychotique dans notre culture occidentale peuvent être vus comme normaux dans une perspective transculturelle.

Compétences infirmières

Les chercheurs offrent quelques stratégies de prise en soins infirmière destinées à cette population. L'ouverture d'esprit et l'écoute sont essentiels pour diminuer les barrières culturelles. Une communication empreinte de non-jugement et de respect est préconisée. De plus, les infirmières doivent faire preuve de patience et ne pas être trop intrusives lorsque des sujets sensibles sont abordés. Il est également important de savoir reconnaître et valider la souffrance de l'autre. Parfois une relation de confiance approfondie doit être établie avant que le patient ne puisse s'ouvrir au soignant. Promouvoir une éducation thérapeutique auprès des proches des patients peut favoriser l'élaboration de cette relation de confiance.

Article N°3 : *Help-Seeking Behaviour Regarding Mental Health Problems of Mediterranean Migrants in the Netherlands: Familiarity with Care, Consultation Attitude and Use of Services*

L'étude transversale de Knipscheer et Kleber publiée en 2005, a pour but d'investiguer les comportements de recherche d'aide ou « *help-seeking behaviour* » en anglais, chez des migrants d'origine méditerranéenne en lien à leur connaissance et à l'utilisation des instituts de soins psychiatriques locaux, à savoir aux Pays-Bas.

Selon les auteurs de l'étude, trois catégories de facteurs spécifiques à la culture sont déterminantes dans la recherche d'aide :

1. Méconnaissance du système de santé

Les migrants n'étant pas originaires de pays occidentaux ils ne sont pas familiers avec le système de soins du pays d'accueil ni avec l'existence de services de soins psychiatriques. De plus, les auteurs affirment que la plupart du temps les migrants ne sont pas habitués à un système de santé qui sépare les soins somatiques des soins psychiatriques. Cette séparation n'entre pas dans leur appréhension de la maladie.

2. Stigmatisation de la psychiatrie

Un autre facteur mis en évidence dans l'étude est la stigmatisation liée au fait de consulter dans des institutions de soins psychiatriques. Les migrants sont réticents à demander de l'aide par honte et par peur de susciter des commérages au sein de leur communauté.

3. Influence de la culture

Finalement, il est suggéré que le parcours de recherche d'aide est directement lié à l'influence de la culture sur la personne. Après avoir tenté de résoudre ses problèmes par elle-même, la personne se tourne vers les personnes clefs au-sein de son groupe ethnique : prêtres ou guérisseurs spirituels.

Les participants à l'étude ont été séparés en trois groupes : un groupe de migrants vivant dans la communauté hollandaise, un groupe de migrants patients d'une institution de soins psychiatriques et un groupe de patients autochtones servant de comparaison.

Contre toute attente, les auteurs de l'étude ont mis en évidence le fait que l'ethnicité n'a pas une influence considérable sur le mécanisme de recherche d'aide. Les migrants étant plutôt bien informés des options de soins psychiatriques à disposition, finissent tôt ou tard par consulter le lieu de soin adéquat. Cependant, des facteurs autres que l'origine culturelle semblent être plus importants. En effet, certaines variables sociodémographiques comme l'âge, le niveau d'éducation et la durée de résidence dans le pays d'accueil influencent la démarche de recherche d'aide des patients migrants.

Article N°4 : “My Head is Like a Bag Full of Rubbish”: Concepts of Illness and Treatment Expectations in Traumatized Migrants

Maier & Straub ont publié en 2011 une étude qualitative qui a pour but d'identifier les différentes conceptions de la maladie et les attentes et besoins vis-à-vis du traitement chez des patients migrants atteints d'ESPT. Les auteurs ont pour objectif de fournir des éléments utiles dans le but d'améliorer la prise en soin de patients migrants dans les pays occidentalisés. L'étude est basée en Suisse, à Zurich. Treize patients issus d'une clinique ambulatoire proposant une aide sociale, un soutien psychologique et médical à des réfugiés et requérants d'asile traumatisés, ont été interrogés pour l'étude. Les chercheurs ont conduit des entretiens semi-structurés auprès des migrants, utilisant des questions prédéfinies tout en se laissant de l'autonomie pour approfondir certains points si nécessaires. Les patients interrogés sont d'origines et d'ethnicité variées : Bosnie (2), Kosovo (2), Turquie (Turc, 1), Turquie (Kurde, 1), Iran (Kurde, 2), Afghanistan (2), Cameroun (1), Soudan (1), Tchétchénie (1)

Etant donné l'hétérogénéité du groupe de patients et de son faible nombre de participants, les résultats de l'étude ne sont pas généralisables à un groupe ethnique ou à une culture spécifique. Ce qui n'est d'ailleurs pas le but de l'étude. Les chercheurs se sont focalisés sur l'expérience unique de chaque patient, sur leur vision de la maladie et du traitement. La richesse des résultats repose dans la comparaison et la mise en lumière de similitudes dans les témoignages, les conceptions, les attentes des participants.

Le contenu des témoignages des migrants a été classé en deux principaux concepts :

Conception de la maladie, séparée en 4 sous-catégories :

- Concept scientifique/ technique → Le patient voit son problème comme étant d'ordre médical et pouvant donc être guéri par la médecine occidentale.
- Chronologique → Le problème est sévère mais peut se guérir avec le temps.
- Déprivation socioculturelle → Leur problème est la conséquence de plusieurs années de vie dans des conditions inhumaines dans leur pays d'origine. Aucun traitement ne peut être vraiment efficace.
- Culpabilité personnelle → La personne voit son problème comme étant la conséquence de son mode de vie passé. Ce concept est en lien avec les croyances de la personne.

Les attentes face au traitement

Dix des treize migrants participants à l'étude ne savaient pas à quoi s'attendre en allant solliciter une institution de soins psychiatriques. Ils espéraient trouver de l'aide, que leur souffrance soit atténuée, mais ne savaient pas quels seraient les moyens que les professionnels de santé allaient mettre en œuvre pour les soulager. Certains, après avoir essayé tout type de médecine traditionnelle se tournaient vers la médecine occidentale comme solution de dernier recours. Par rapport aux résultats du traitement, certains patients expriment ne pas savoir vraiment si la psychothérapie et les soins prodigués à la clinique avaient réellement été bénéfiques mais l'énergie positive ainsi que le fait de se sentir écoutés leur a permis de se sentir mieux et de diminuer certains symptômes. D'autres participants avaient déjà entendu parler de la psychiatrie et de la psychothérapie mais étaient réticents à solliciter de telles institutions car ils percevaient ce milieu comme stigmatisant socialement. Quasiment tous les participants avaient cependant déjà eu à faire à un traitement somatique et prenaient des médicaments régulièrement. En consultant à la clinique, les patients pensaient que le traitement psychiatrique allait se constituer exclusivement de prise de médicaments mais ils se sont aperçus que de parler de leurs problèmes, exprimer leur souffrance et se sentir écoutés aidait aussi énormément. Finalement, la plupart des participants avaient connaissance des pratiques de médecine traditionnelle ainsi que des guérisseurs spirituels mais disaient ne pas croire en leur efficacité. Cependant, un biais peut être présent dans le fait que, d'une part, les participants peuvent avoir omis de dire qu'ils consultaient des guérisseurs de médecine traditionnelles, d'autre part, que les patients migrants croyant en ce type de pratiques n'allaient pas consulter une clinique psychiatrique et ne soient donc pas inclus dans la cohorte de l'étude.

Article N°5 : *Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral*

L'étude mixte de Bishoff et al. (2003) a pour objectif de déterminer si la barrière de la langue, lors des entretiens de dépistage à l'accueil des requérants d'asile en Suisse, a une influence sur la mise en évidence de symptômes et sur l'orientation vers les services de soin appropriés qui en découle. Les membres du personnel infirmier sont de plus en plus appelés à intervenir en tant que médiateurs culturels lors des prises en soins de migrants. Cependant, surmonter la barrière de la langue est la première étape lors de soins interculturels.

Les auteurs de l'étude se basent sur plusieurs recherches antérieures pour affirmer que le fait de ne pas partager une langue commune entre un soignant et un patient est un obstacle à des soins optimaux. En outre, une concordance de langage amène à une meilleure compréhension et un meilleur suivi du traitement, un taux plus élevé de présence aux rendez-vous et une meilleure satisfaction du patient. Une bonne communication entre les professionnels et les patients n'est possible que si le professionnel pratique couramment la langue du patient ou si un interprète entraîné à travailler dans le milieu de la santé est sollicité.

Les auteurs de l'étude se sont basés sur 723 entretiens de dépistage à l'accueil des requérants d'asile en Suisse pour évaluer la qualité de la communication au travers de la concordance du langage entre les professionnels et les migrants. La concordance du langage est qualifiée d'*adéquate* lorsqu'un interprète est présent ou lorsque l'infirmière qui mène l'entretien parle couramment la langue du patient. Elle est *partielle* lorsqu'un interprète *ad hoc* est présent, autrement dit un membre de la famille qui fait office de traducteur. Enfin, la concordance du langage est définie comme *inadéquate*, lorsqu'il n'y a pas d'interprète et qu'il n'y a aucune langue en commun entre le patient et le soignant.

Les résultats de l'étude montrent qu'un taux plus élevé de symptômes sont détectés lorsque la concordance du langage est adéquate ou partielle que lorsqu'elle est inadéquate. Il en est de même avec la détection d'une exposition à un événement traumatisant dans le passé des migrants, qui est en corrélation avec une bonne communication lors des entretiens. Afin de répondre de manière adéquate aux besoins des patients migrants, quelles que soient leurs origines, une bonne communication est essentielle, et lorsqu'aucune langue n'est pas partagée entre le soignant et le patient, un interprète qualifié et entraîné à pratiquer dans le milieu de la santé doit être sollicité. Ceci afin d'éviter une non détection de symptômes et de pouvoir diriger le patient vers le service approprié.

7.2 Tableau comparatif

Tableau 3. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries Sandhu et al. (2013)</p>	<p>48 professionnels de la santé : psychiatres (17), infirmiers(ères) de santé mentale (9), psychologues (5), thérapeutes (1) et travailleurs social (2) Ces professionnels sont issus de 16 pays d'Europe : Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Hongrie, Italie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Espagne, Suède, Angleterre.</p> <p>Il s'agit d'une étude qualitative</p>	<p>Décrire les difficultés rencontrées lors de prises en soins de patient migrants atteints de troubles psychiatriques du point de vue des professionnels.</p>	<p>Des entretiens semis-structurés ont été conduits auprès de professionnels de la santé issus d'établissements de soins de premiers recours, d'instituts de soins psychiatriques et de services des urgences.</p>	<p>Eléments culturels : → La barrière de la langue, la provenance d'un système culturel différent sont des obstacles à une bonne prise en soin. → Importance d'inclure les proches dans la prise en soin. → Bénéfice de l'inclusion de l'ethnopsychiatrie au cursus de formation des professionnels. Etablissement d'une relation de confiance : → Meilleure adhésion aux soins → Plus de temps et une meilleure disponibilité sont nécessaires pour établir une relation de confiance avec certains patients. Risque de Marginalisation : → La marginalisation induite par le statut migratoire et la pathologie psychique entraîne un isolement social qui entrave le processus de soin. → Importance de la collaboration avec les services sociaux pour une meilleure intégration dans le pays d'accueil. Eléments traumatiques : → L'établissement d'un diagnostic psychiatrique adéquat est délicat car il faut différencier les symptômes d'une maladie psychotique des réactions dues à un traumatisme. Cette différenciation est rendue complexe par la barrière de la langue et les codes culturels différents.</p>	<p>La Suisse ne figure pas dans la liste des pays participants à l'étude.</p> <p>La cohorte de l'étude ne se focalise pas sur la pratique infirmière mais sur plusieurs types de professionnels de santé.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Health and Social Needs of Traumatized Refugees and Asylum Seekers: An Exploratory Study</p> <p>J. M. Strijk et al. (2010)</p>	<p>Patients migrants requérants d'asile et réfugiés d'une clinique de soins psychiatriques aux Pays-Bas.</p> <p>Etude mixte</p>	<p>Décrire les besoins en soins des réfugiés et requérants d'asile ayant été traumatisés lors de leur parcours migratoire.</p>	<p>Une méthode mixte a été utilisée. Une enquête a été conduite auprès de 30 patients en utilisant l'échelle d'évaluation des besoins Camberwell (CAN). Des entretiens semi-structurés ont été conduits par la suite avec 8 des 30 patients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les patients participant à l'étude souffrent de solitude et de chagrin. - Ils sont aussi touchés d'une grave détresse psychologique découlant des traumas auxquels ils ont été confrontés. - Les réfugiés rencontrent toutes sortes de problèmes pratiques qui influencent leur qualité de vie. 	<p>La cohorte de l'étude n'est pas représentative de l'ensemble des réfugiés atteints de troubles psychiatriques.</p> <p>L'échelle de mesure (CAN) n'est pas adaptée aux migrants.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Help-Seeking Behaviour Regarding Mental Health Problems of Mediterranean Migrants in the Netherlands: Familiarity with Care, Consultation Attitude and Use of Services.</p> <p>Knipscheer & Kleber (2005)</p>	<p>Les participants de l'étude ont été séparés en trois groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -un groupe de migrants vivant dans la communauté hollandaise (n=292), -un groupe issu d'une institution de soins psychiatriques constitué de patients marocains (n=51) et turcs (n=63) -un groupe de patients autochtones (n=59) servant de comparaison. <p>Etude transversale, qualitative</p>	<p>Investiguer les comportements de recherche d'aide chez des migrants d'origine méditerranéenne par rapport à leur connaissance et leur utilisation des instituts de soins psychiatriques locaux, à savoir aux Pays-Bas.</p>	<p>Des entretiens ont été conduits au sein des groupes par des chercheurs qui parlent couramment la langue des patients de la cohorte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'ethnicité n'a pas une influence considérable sur le mécanisme de recherche d'aide. - Les migrants étant plutôt bien informés des options de soins psychiatriques à disposition, finissent tôt ou tard par consulter le lieu de soin adéquat. - D'autres facteurs que l'origine culturelle semblent être plus importants : certaines variables sociodémographiques (âge, niveau d'éducation, durée de résidence dans le pays d'accueil) influencent la démarche de recherche d'aide des patients migrants. 	<p>La généralisation des résultats n'est pas garantie par les auteurs. Les résultats peuvent être biaisés par le niveau d'éducation des participants ; seules des personnes avec un certain niveau d'éducation peuvent participer à l'étude.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>“My Head is Like a Bag Full of Rubbish”: Concepts of Illness and Treatment Expectations in Traumatized Migrants</p> <p>Maier & Straub. (2011)</p>	<p>13 migrants ayant été victimes d'évènements traumatisants de cultures diverses</p> <p>Bosnia (2), Kosovo (2), Turkey (Turkish, 1), Turkey (Kurdish, 1), Iran (Kurdish, 2), Afghanistan (2), Cameroon (1), Sudan (1), Chechnya (1)</p> <p>Etude qualitative</p>	<p>Identifier les différentes conceptions de la maladie et les attentes vis-à-vis du traitement chez treize patients migrants atteint de PTSD.</p> <p>Fournir des éléments utiles dans le but d'améliorer la prise en charge de patients migrants dans les pays occidentalisés.</p>	<p>Entretiens semi-structurés.</p>	<p>Les résultats de l'étude sont classés en deux principaux concepts :</p> <p>I. Conception de la maladie, séparés en 4 sous-catégories :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Concept scientifique/ technique</u> → Problème d'ordre médical pouvant être guérit par médecine occidentale. 2. <u>Chronologique</u> → Problème sévère pouvant se guérir avec le temps. 3. <u>Déprivation socioculturelle</u> → Problème résultant de plusieurs années de conditions inhumaines, ne pouvant pas être résolus facilement. 4. <u>Culpabilité personnelle</u> → problème étant la conséquence du mode de vie (connotation religieuse ?) <p>II. Les attentes face au traitement.</p> <p>→ dix des treize migrants ne savaient pas à quoi s'attendre en allant solliciter une institution de soins psychiatrique.</p>	<p>La population cible de l'article est étendue aux migrants de manière générale et de cultures différentes. Les résultats ne sont donc pas généralisables à un seul type de population et de culture.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral</p> <p>Bischoff et al. (2003)</p>	<p>Requérants d'asile en Suisse (n=723)</p> <p>Etude mixte</p>	<p>Déterminer si la barrière de la langue, lors des entretiens de dépistage à l'accueil des requérants d'asile en Suisse, a une influence sur la mise en évidence de symptômes et l'orientation vers les services de soin appropriés qui en découle.</p>	<p>723 entretiens de dépistage à l'accueil des requérants d'asile en Suisse ont été revus afin d'évaluer la qualité de la communication entre les requérants d'asile et les professionnels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un taux plus élevé de symptômes sont détectés lorsque la concordance du langage est adéquate ou partielle que lorsqu'elle est inadéquate. - Idem pour la détection d'une exposition à un événement traumatisant dans le passé des migrants. - Un interprète qualifié et entraîné à pratiquer dans le milieu de la santé doit être sollicité lorsqu'aucune langue n'est partagée entre le soignant et le patient afin de répondre de manière adéquate aux besoins des patients migrants, quelles que soient leurs origines. - Une bonne communication est essentielle afin d'éviter une non détection de symptômes et de pouvoir diriger le patient dans le service approprié. 	

8. Discussion

Après avoir examiné le contenu des articles sélectionnés pour cette revue de la littérature, il est possible de comprendre les besoins en matière de santé pour les migrants et des barrières qui entravent le processus de soin de cette patientèle spécifique.

La discussion de ce travail s'articule en trois axes qui reprennent les résultats des articles retenus. Ceux-ci seront confrontés aux postulats de la théorie de Leininger afin d'évaluer en quoi cette théorie peut se montrer bénéfique pour répondre aux besoins de la population cible. Comme le démontre le contenu des articles retenus pour ce travail, ces besoins ne peuvent être satisfaits sans une approche adaptée de la part des professionnels de soins des pays occidentaux. Il sera question d'examiner si une prise en charge infirmière comprenant les concepts de soins infirmiers transculturels peut aider les personnes migrantes dont le psychisme est atteint et dont le bagage culturel est différent du contexte culturel du pays d'accueil.

Les trois axes sont : le besoin d'intégration sociale, le besoin de compréhension culturelle et les soins infirmiers transculturels en pratique.

8.1 Besoins d'intégration sociale

L'environnement social du patient

En premier lieu, J. M. Strijk et al. (2010), dans leur étude, mettent en évidence les conditions de vie difficiles qui compromettent l'adaptation au pays d'accueil. En effet, les modalités de logement mises en place par les pays d'accueil se trouvent être problématiques pour beaucoup de migrants. Les centres d'accueil pour migrants n'offrent pas la place suffisante pour pouvoir vivre confortablement. De plus, des personnes d'ethnies différentes se retrouvent à vivre ensemble et certaines rivalités s'instaurent. De la discrimination au sein même de ces communautés peut se faire sentir, selon les auteurs.

Maier et Straub (2011), dans leur étude, relatent des témoignages d'expériences négatives dans des camps de requérants d'asile où les occupants sont entassés et vivent dans des conditions déplorables. Le contexte social et environnemental fait partie des déterminants de la santé mentale, selon l'OMS (2017). Des mauvaises conditions de logement influencent négativement le psychisme des migrants, déjà mis à mal par l'expérience migratoire.

McFarland & Wehbe-Alamah (2015) affirment, à propos du contexte environnemental dans la théorie des soins infirmiers transculturels de Leininger, qu'il

s'agit d'une dimension complexe et multi facettes qui nécessite d'être systématiquement examinée et prise en compte. L'environnement influence la santé et la manière dont les soins sont délivrés. Celui-ci est réparti selon plusieurs facteurs qui sont représentés dans le « *Sunrise enabler* »³ de Leininger. Parmi ceux-ci on peut nommer les facteurs spirituels, politiques, sociaux, économiques, éducationnels. Tous ces éléments interagissent et influencent les soins propres à la culture du patient, sa santé et son bien-être (p.22). La question du logement pour les migrants dans les pays occidentaux est problématique. L'importance du phénomène migratoire est tel que des pistes de résolutions ne peuvent s'ouvrir sans un changement des mentalités étatiques des pays occidentaux. Comme le montrent les résultats des articles de cette revue de la littérature, l'environnement du patient migrant est bouleversé. C'est donc un élément à considérer attentivement dans une prise en soins infirmière transculturelle. S'ouvrir et s'intéresser au récit du patient, essayer de comprendre son histoire de vie peut peut-être l'aider à se sentir moins étranger.

La discrimination

Selon Sandhu et al. (2012), le statut migratoire entraîne de la discrimination de la part de la population locale. Un certain nombre de préjugés sont associés aux personnes migrantes. Lors des entretiens menés dans l'étude de Sandhu et al. (2012), il ressort que les patients migrants ont plus de risques d'être marginalisés que les patients autochtones. Vivre avec un trouble psychique combiné à la nécessité de s'adapter à un environnement nouveau ralentit le processus de soin. C'est pourquoi une étroite collaboration avec les services sociaux est préconisée.

Cette idée est validée par J. M. Strijk et al. (2010) qui soulignent que le regard des autres a un impact sur le psychisme des migrants. Certains participants à leur étude expriment avoir peur d'être stigmatisés comme un terroriste ou un criminel. Ce sentiment de rejet amplifie leur solitude, leur tristesse et leur impression d'isolement. L'OFSP (2015), décrit la stigmatisation comme le fait d'« attribuer à une personne, en les généralisant, des caractéristiques physiques, psychiques, sociales ou comportementales. C'est ainsi que cette dernière se voit attribuer des spécificités par un tiers et, en conséquence, se retrouve discriminée, exclue et rejetée par d'autres. »

Andrew & Boyle (2016), dans leur ouvrage dédié aux soins infirmiers transculturels, mettent en évidence les dangers du racisme et des stéréotypes, surtout auprès des populations migrantes. La discrimination peut augmenter le niveau de

³ Se référer à la page 18

stress déjà élevé des populations migrantes et augmenter leur fardeau déjà pesant de par leurs expériences migratoires (p.275).

Les auteurs ajoutent que les soins infirmiers transculturels s'opposent à toute forme de stéréotypes envers le patient, sa famille ou sa communauté. Les stéréotypes sont des croyances fixes et généralisées, des idées toutes faites à propos d'un groupe ou d'une classe de personne. Les stéréotypes peuvent être considérés comme une cause sous-jacente d'une mauvaise interprétation diagnostique de symptômes psychiatriques (p.275).

Comme Andrew et Boyle l'avancent, les préjugés, les stéréotypes, le racisme et l'ethnocentrisme sont présents dans les établissements de soins des pays occidentaux. Les auteurs identifient le racisme institutionnel. Il s'agit de l'organisation d'un service qui porte préjudice à des membres d'une communauté ou d'un groupe ethnique. La différence de culture et le manque de connaissances créent le racisme institutionnel. La différence de culture devrait être reconnue plutôt que dénigrée. Les auteurs affirment que les institutions de soin devraient être construites sur les valeurs culturelles des personnes qu'ils soignent. L'objectif des soins infirmiers transculturels est de surmonter le racisme institutionnel et de promouvoir des milieux de soin culturellement compétents (2016, p.267-268).

Cependant, toujours selon ces auteurs, Leininger a théorisé l'importance d'identifier ce qui est commun et universel au sein des cultures tout en considérant que les caractéristiques individuelles et emblématiques d'une population participent à la diversité culturelle :

« Modifier progressivement l'ensemble de la culture institutionnelle afin que les patients soient systématiquement traités avec respect et compréhension, écoutés plutôt qu'affrontés, encouragés et poussés à utiliser leurs propres ressources en faveur du changement. »

Ils ajoutent que plusieurs infirmières pratiquant les soins infirmiers transculturels ont identifié l'importance de conduire un inventaire personnel de leurs propres valeurs, croyances et pratiques. Ceci dans le but d'identifier, de comprendre et de tenter de supprimer tous les biais culturels, toute forme d'ethnocentrisme et de préjugés envers d'autres ethnies ou groupes culturels qu'elles pourraient ressentir.

8.2 Besoins de compréhension culturelle

Communication et langage

Comme le démontrent Bishoff et al. (2003), l'absence d'une langue commune entre le soignant et le patient migrant est un obstacle à la prestation de soins adéquats. C'est pourquoi éliminer la potentielle barrière de la langue est la première étape d'une prise en soins transculturelle.

Sandhu et al. (2012) expriment également la difficulté de proposer un diagnostic précis lorsqu'aucune langue commune n'est pas partagée entre le patient et le soignant. Une communication claire et cohérente est essentielle pour définir le diagnostic et établir le plan de traitement, en particulier en psychiatrie où les évaluations cliniques s'appuient sur ce que communique le patient verbalement et sur la manifestation de son non-verbal.

Andrew & Boyle (2016) affirment donc que la communication verbale et non verbale sont parmi les compétences les plus importantes pour une prise en soin infirmière en psychiatrie. Lorsque les patients sont issus de cultures différentes, communiquer est rendu plus difficile par la barrière de la langue. La communication interpersonnelle aide l'infirmière en santé mentale à évaluer les valeurs, les croyances et les attentes face au traitement du patient. Elle permet d'apporter un échange entre le soignant et le patient ainsi que sa famille et donc de confronter deux cultures différentes (p.14-16). Les auteurs ajoutent que la culture influence chaque interaction qu'une infirmière a avec son patient. Il est donc important que l'infirmière soit au clair avec ses propres valeurs culturelles, ses croyances, et l'impact de ses interventions afin qu'elle puisse se rendre compte de la diversité qui existe d'une culture à une autre. Si le contexte culturel du patient n'est pas considéré, il peut y avoir un malentendu.

L'étude de Bishoff et al. (2003) démontre qu'une concordance du langage entre soignants et patients ou, le cas échéant, le recours à un interprète qualifié et formé en psychiatrie, augmente la détection de symptômes liés à un état de stress post-traumatique chez les requérants d'asile. De surcroit, une meilleure orientation du patient vers le service de soins adéquat est possible. Maier & Straub (2011) soulignent que la barrière de la langue peut entraîner des malentendus entre les conceptions que le patient a de la maladie et les traitements proposés par les soignants.

Construire une relation de confiance

Sandhu et al. (2012), ainsi que Maier et Straub (2011), mentionnent la difficulté mais également l'importance de développer une relation de confiance avec des patients migrants traumatisés et/ou qui ont des problèmes avec l'autorité, qui ne connaissent

pas le système de santé occidental ou la fonction des services de santé mentale. Ces patients nécessitent plus de temps et plus d'attention pour établir avec eux une relation de confiance. Leur vécu traumatique peut provenir d'expériences antérieures de torture, d'oppression et de conflit ethnique, ce qui peut provoquer des réponses négatives à la façon dont le soin est livré dans le pays d'accueil.

Andrew et Boyle (2016) soulignent le défi que peut représenter le développement d'une relation de confiance avec des patients qui ne parlent pas la même langue. Le recours à un interprète qualifié est préconisé et le fait de faire appel à un membre de la famille ou un autre soignant externe à la situation est à éviter (p.263). Cette idée est partagée par Bishoff et al. (2003) dont l'étude démontre que faire appel à des membres de la famille ne permet pas une bonne détection des symptômes. En outre, le fait de devoir témoigner de sa souffrance psychologique devant des proches peut être inconfortable et donc certains éléments peuvent être occultés.

Dans le but de comprendre la situation ou le contexte du patient, ainsi que les normes et valeurs qui lui sont propres, Andrew & Boyle soutiennent que la compétence en matière de communication la plus importante est l'empathie. L'infirmier(e) doit tenter de comprendre le point de vue du patient, puis lui transmettre sa compréhension de son récit (2016, p.307). Pour Simon (2009), « l'empathie permet au thérapeute de participer de façon aussi intime que possible à l'expérience du client tout en demeurant émotionnellement indépendant ». De plus, « l'empathie sous-entend la relation [et] signifie la validation de l'expérience [...] L'empathie implique l'objectivité [et] exige d'être exempte d'un jugement de valeur ou d'une évaluation » (Forsyth, 1999, p.52 cité par Simon, 2009, p.30). Ces éléments permettent au patient de se sentir en confiance et améliorent la relation thérapeutique, selon Sandhu et al. (2012).

En plus de la communication verbale qui permet l'échange d'informations entre le patient et le soignant, l'analyse de la communication non-verbale qui comprend le ton de la voix, l'écoute, les expressions du visage et les gestes du corps permet aussi une prise en charge culturellement congruente.

Manifestations des symptômes

Certaines études retenues dans cette revue de la littérature traitent de la délicatesse d'interpréter les symptômes des patients car leur manifestation peut avoir une toute autre signification d'une culture à une autre.

Sandhu et al. (2012) sensibilisent au risque qu'une méconnaissance de la culture du patient peut amener à une mauvaise interprétation de ses comportements et mener à des erreurs diagnostiques. Le défi qui se pose alors aux professionnels est de

déterminer ce qui est normal dans une culture et ce qui ne l'est pas dans une autre (J. M. Strijk et al., 2010).

Andrew & Boyle (2016) définissent les *symptômes* comme un phénomène subjectif expérimenté par un individu qui peut traduire un dysfonctionnement physiologique. En opposition avec les *signes* qui sont une anomalie objective que le soignant peut détecter, lors d'un examen clinique par exemple. L'expérience d'un symptôme est donc propre à un individu, qu'il interprète de manière congruente à ses normes culturelles, comportements inconscients spécifiques à un groupe culturel. De tels comportements sont transmis par les parents, les enseignants et autres membres issus du même groupe culturel qui partagent les mêmes valeurs, croyances et pratiques (p.73).

Selon Alligood (2014), la théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture de Leininger, fait partie des « grandes » théories infirmières. Elle prend en compte l'aspect holistique de la personne tout en partant du postulat que la structure sociale, le contexte environnemental, les valeurs culturelles, les expressions de langage mais aussi les pratiques professionnelles et traditionnelles ne peuvent pas être séparés.

Ainsi, Andrew et Boyle (2016) définissent les compétences culturelles comme la considération de la culture de l'autre. Il s'agit de prodiguer des soins respectueux, cohérents avec les croyances et donc d'avoir connaissance des différents comportements et normes culturelles pour ne pas les méprendre avec des symptômes. En outre, ils ajoutent que la culture influence également la manière dont un individu interprète la maladie mentale et se comporte face à elle. Cette dernière est définie selon des normes et des valeurs sociales et culturelles. La culture est donc une clef de lecture pour interpréter l'expérience et la manifestation des symptômes, des signes et des comportements du patient (p.73).

8.3 Soins infirmiers transculturels en pratique

Selon Alligood (2014), la théorie de Leininger est basée sur le postulat que les patients de cultures différentes sont capables d'informer et de guider les professionnels de santé afin de recevoir des soins appropriés.

La culture représente, selon Leininger, un ensemble de valeurs structurées qui influence le mode de vie de la personne, ses décisions et ses actions. La théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture conçoit que l'infirmier(e) doit découvrir et documenter l'univers culturel du patient. Elle doit prendre comme base de

sa prise en charge la vision des soins *emic (générique)*⁴ que possède le patient ainsi que ses connaissances, savoirs et valeurs pour y appliquer les soins *etic (professionnel)* adaptés.

McFarland et Wehbe-Alamah (2015), en s'appuyant sur la théorie de Leininger, décrivent trois modes d'action qui permettent de proposer des soins infirmiers culturellement congruents (p.16).

L'étude de Sandhu et al. (2013), met en évidence la difficulté qu'ont les professionnels à comprendre la culture du patient et à ne pas confondre un comportement issu d'un code culturel avec un symptôme. Afin de comprendre les besoins du patient et d'offrir des soins culturellement adéquats, l'infirmier(e) applique le premier mode de la théorie de Leininger : prodiguer des soins culturels qui visent à préserver ou maintenir les valeurs propres à la culture du patient. Ces valeurs font partie de l'identité culturelle du patient. Ces actions permettent au patient de maintenir son bien-être, de se rétablir après une maladie et de faire face à un handicap ou à la mort (p.333).

De plus, McFarland et Wehbe-Alamah (2015) soutiennent qu'il est important de tenir compte de ce que les patients estiment bénéfique pour eux et pour leurs proches. En pratique, c'est avec respect et empathie que l'infirmier(e) collabore et écoute le patient afin de prendre conscience de la différence de culture et de l'impact que cette différence peut avoir sur la relation soignant-soigné (p.333). En effet, Maier et Straub (2011), soulignent le bénéfice que la relation de confiance peut avoir dans le processus thérapeutique chez les patients atteints d'ESPT.

L'infirmière, par le biais du deuxième mode d'action de Leininger, à savoir les soins culturels d'adaptation et de négociation, propose des interventions et des décisions, culturellement congruentes vis-à-vis du mode de vie du patient. Il s'agit d'adapter le plan de soin en fonction de ses pratiques culturelles de manière à satisfaire ses besoins.

Comme cela a été évoqué, l'ESPT entraîne des symptômes dépressifs (Twonsend, 2010). La rupture avec l'environnement social, familial et culturel accentue la détresse psychologique, l'anxiété et le sentiment d'isolement social.

Une possibilité serait de solliciter des migrants de la même culture, patients ou pas, qui accompagneraient le patient et l'aideraient à se reconnecter à ses pratiques, rituels, et habitudes de vie. L'action des pairs du patient, en partenariat avec les soins infirmiers, pourrait, en respectant le mode de vie du patient, l'aider à se retrouver dans son identité culturelle.

⁴ Se référer à la page 17

Enfin, le troisième mode d'action de Leininger, consiste à prodiguer des soins culturels qui permettent un remodelage ou une restructuration. Par le biais d'enseignements, l'infirmier(e) sensibilise le patient aux risques que peuvent avoir certaines pratiques culturelles et propose des interventions adaptées (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, p.333-335). Les auteurs ne font pas mention de l'usage de ce troisième mode dans une démarche de soin psychiatrique. Cependant, comme mentionné dans l'étude de Maier et Straub (2011), les représentations vis-à-vis de la psychiatrie et de la maladie mentale propres à certains patients migrants sont négatives. Dans certaines cultures, avoir recours à la psychiatrie est très stigmatisant. C'est pourquoi, dans la relation thérapeutique avec un patient migrant atteint d'ESPT, une intervention relative au troisième mode d'action de Leininger, correspondrait à travailler ces représentations.

Dans le cadre d'un groupe de parole mené dans un service de psychiatrie, par exemple, il s'agirait de mobiliser les représentations qu'a le patient de la psychiatrie, puis qu'il puisse les confronter à l'argumentation et aux représentations des autres patients du groupe. La finalité étant de faire évoluer ses représentations pour intégrer progressivement le processus thérapeutique.

Outre l'apport du soin transculturel chez les patients migrants, Maddern (2004) préconise une démarche de soin infirmiers selon trois étapes, pour le traitement psychiatrique des patients requérants d'asile atteints d'ESPT.

La première étape consiste à établir un lien de confiance entre le patient et le soignant. Des interventions sont proposées telles que : un support psycho-éducatif, une gestion des symptômes (par exemple, la relaxation, la gestion du stress, etc.), un traitement médicamenteux adapté, l'orientation vers des services sociaux adéquats et une aide dans les démarches administratives.

La deuxième étape consiste en une thérapie axée sur le traumatisme. C'est en partageant son vécu, en le restituant dans son contexte social et historique, que le souvenir de l'évènement traumatique du patient sera transformé et intégré dans sa propre histoire de vie. Par ce cheminement, une diminution des symptômes est escomptée.

La troisième étape se concentre sur l'aide au patient à se reconnecter avec la société en considérant le traumatisme comme partie intégrante de son histoire de vie. Il s'agit, d'aider le patient à reconstruire un réseau de relations sociales et de construire des objectifs pour sa vie future.

Bien que Sandhu *et al.* (2012) relèvent dans leur étude le besoin des professionnels de soins d'être formés à l'ethnopsychiatrie, aucun des articles

sélectionnés dans cette revue de la littérature ne traite de la mise en pratique de la théorie de Leininger.

Cette théorie aide à surmonter les obstacles rencontrés par les patients migrants atteints d'EPST et propose une manière adaptée d'aller à la rencontre de cette patientèle. Il est question de décrire, de décrypter et de comprendre les aspects de la réalité des personnes migrantes. Les composantes de la théorie aident donc le soignant à formuler des hypothèses de compréhension sur cette réalité. Mais est-ce que la théorie seule suffit ?

Les résultats de l'étude de J. M. Strijk et al. (2010) montrent le besoin des patients migrants traumatisés d'être écoutés. Selon les auteurs, l'écoute active du soignant permet de surmonter les incompréhensions liées à la diversité culturelle.

En psychiatrie, les outils principaux utilisés par le personnel infirmier, sont l'entretien infirmier et la relation soignant-soigné. Les professionnels sont donc accoutumés et expérimentés dans ce domaine. Mais connaissent-ils et utilisent-ils la théorie de Leininger ? Qu'en est-il des centres d'accueil pour migrants ?

Il serait judicieux de se questionner sur l'emploi de la théorie combinée à la pratique de l'entretien en soins infirmiers psychiatriques ou l'entretien motivationnel en psychiatrie. Quels seraient les techniques et outils relationnels à mobiliser ?

A propos de l'entretien motivationnel, Miller et Rollnick (2006) affirment : « sans la conscience de ses propres opinions et de son investissement personnel, on ne voit que la moitié de l'image » (p.232). Comment donc mener un entretien tout en respectant ses propres valeurs et celles du patient ?

L'empathie a été évoquée plus haut, c'est une dimension nécessaire à mobiliser pour entrer en relation avec le patient, l'aider à s'exprimer, valider ce qu'il dit afin qu'il se sente compris. Il s'agit également d'aider le patient à se reconnecter avec ses ressources, à exprimer ses craintes, ses difficultés mais aussi ses envies et ses objectifs.

Comment rendre une théorie vivante dans la pratique des soins au quotidien ? Une réflexion pluridisciplinaire semblerait adaptée. Par exemple : analyser en équipe le cas d'un patient selon la théorie de Leininger. Ce travail permettrait de fédérer l'équipe autour de valeurs transculturelles. Cette situation emblématique deviendrait un modèle à partir duquel des supports, lignes directrices, pourraient être élaborés selon les composantes de la théorie de Leininger. Ces outils seraient utilisés pour accompagner d'autres patients vivant une situation similaire. Puis, en développant cette idée, la création d'espaces d'analyse de la pratique, selon les postulats de la théorie de Leininger pourrait permettre aux professionnels de s'entraider pour offrir des prises en soins efficaces.

9. Conclusion

La question de recherche de ce travail souligne la nécessité d'intégrer l'approche du soin transculturel dans les pratiques soignantes auprès des patients migrants atteints d'ESPT (population cible de ce travail).

Cette revue de la littérature permet de préciser les besoins des patients migrants dont les principaux sont l'intégration sociale et la compréhension culturelle. Ce travail met également en évidence les obstacles auxquels ces patients sont confrontés : les stéréotypes, la discrimination, les conditions de logement déplorables, la complexité de la communication avec les soignants liés à la barrière de la langue, aux différents codes culturels et aux représentations de la maladie propres à chaque culture.

Dans une prise en soin infirmière, tous ces éléments ont un impact sur la relation soignant-soigné. Ils doivent donc être pris en compte attentivement. C'est par une approche transculturelle que l'infirmière peut répondre aux besoins des patients migrants atteints d'état de stress post-traumatique. En effet, selon la littérature, la théorie avec ses postulats, concepts et valeurs propose de bâtir le socle de la prise en soins infirmière des patients migrants. Elle constitue les fondements d'une relation de soin basée sur la conciliation de la culture du migrant avec celle du pays d'accueil.

La théorie de Leininger préconise donc une ouverture d'esprit vis-à-vis de la culture de l'autre. Il convient de chercher à comprendre les valeurs de la personne, d'analyser son vécu ainsi que ses expériences. Le patient pourra ainsi se reconnecter à ses valeurs, construire des nouveaux repères dans son environnement social ce qui l'aidera à retrouver un équilibre psychique.

D'autre part, une des finalités des soins infirmiers transculturels est d'accompagner le patient à intégrer les soins qui lui sont proposés tout en prenant en compte ses croyances. Il s'agit donc d'établir des ponts entre les deux cultures.

Les expériences de ces patients atteints de ESPT, vécues dans leur pays d'origine ou celles liées à la migration, ont un impact sur leur qualité de vie et sur leur intégration dans le pays d'accueil. La perte de repères, l'atteinte à leur identité, l'isolement induit par la migration affectent leur capacité à retrouver un équilibre psychique. La théorie de Madeleine Leininger est d'autant plus appropriée pour aller à la rencontre de ces personnes souffrant de traumatismes qu'elle permet d'accueillir leur histoire de vie dans leur contexte culturel. Le nouvel environnement du pays hôte, ainsi que son influence sur le psychisme du migrant, est pris en compte tout au long de la relation avec la personne.

Ce travail comporte toutefois certaines limites. Premièrement, les études sélectionnées sont issues de divers pays européens et les résultats ne sont donc à priori pas généralisables à la Suisse. Cependant, même si les systèmes de santé de ces pays sont différents dans leur organisation, ils sont tous confrontés à l'accueil des migrants et la Suisse ne fait pas exception.

Deuxièmement, seulement cinq articles ont été retenus pour cette revue de la littérature. Il s'agit principalement d'études qualitatives, ce qui rend les résultats peu généralisables à l'ensemble de la population migrante.

Troisièmement, comme mentionné dans la discussion, la mise en pratique concrète de la théorie de Leininger n'est traitée dans aucun article sélectionné. Il serait intéressant de se poser la question suivante : Cette théorie est-elle connue des institutions de soin ? Il serait judicieux de conduire une recherche sur les connaissances et la mobilisation de la théorie de Leininger par les professionnels de santé concernés ainsi que leurs façons d'aborder les soins transculturels.

Une autre modalité de travail pratique de la théorie de Leininger : à partir de situations types emblématiques, identifiées par les soignants s'occupant de migrants atteints d'ESPT, il s'agirait de définir les compétences individuelles et collectives utiles pour répondre à chaque situation. En équipe, un référentiel de compétences en lien avec la théorie de Leininger pourrait être ainsi créé. Ce référentiel serait utile aux soignants pour faire un état des lieux de leurs compétences acquises et celles à développer.

Cette recherche de littérature montre des aspects essentiels de la migration, des ruptures, déséquilibres et contraintes qu'elle impose aux personnes qui la vivent. Ces dernières sont en proie à une grande vulnérabilité. Cependant, selon Bonino (2008), « Etre semblable et différente, voilà certainement une des caractéristiques majeures de la personne atteinte d'une maladie chronique. Se sentir différent par les contraintes que la maladie fait porter sur sa vie quotidienne, les obligations et les entraves omniprésentes et qui marquent la différence fondamentale entre la vie du malade et celle du bien portant. Et pourtant être semblable aux autres dans ses désirs, ses aspirations, ses émotions, ses réflexions, puisqu'être malade chronique ne modifie en rien la conscience de ce que l'on est en tant qu'être humain » (p.9).

Si l'on met en parallèle la migration et la maladie on constate qu'elles font vivre une rupture avec le connu : pour la migration, une rupture avec un pays, une famille, une culture ; pour la maladie, une rupture avec un état de santé antérieur, un quotidien et une continuité de vie. L'approche transculturelle du soin ne pourrait-elle donc pas s'appliquer à tous types de patients ? Considérer la personne dans sa singularité, envisager son histoire comme étant unique au-delà de toutes frontières.

10. Références

- Alligood, M.R. (2014). *Nursing Theorists and their work*. St-Louis: Elsevier
- Althaus, F., Paroz, S., Renteria, S.C., Rossi, I., Gehri, M., & Bodenmann, P. (2010). La santé des étrangers en Suisse. Les médecins ont-ils mieux à faire ou peuvent-ils mieux faire. *Forum Med Suisse*, 10(4), 59-64. Accès [http://www.hospitals4equity.ch/index.php/de/medienpublikationen?file=files/Hospitals/CHUVPUM/Documents/Cultural%20competence/Forum%20Med%20Suisse%202010%3B10\(4\)-61_La%20sante%20des%20etrangers%20en%20Suisse.pdf](http://www.hospitals4equity.ch/index.php/de/medienpublikationen?file=files/Hospitals/CHUVPUM/Documents/Cultural%20competence/Forum%20Med%20Suisse%202010%3B10(4)-61_La%20sante%20des%20etrangers%20en%20Suisse.pdf)
- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2016). *Transcultural concepts in nursing care*. Philadelphia : Wolters Kluwer
- Baubet T. & Moro M. R. (2013). *Psychopathologie transculturelle*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier
- Bhugra, D., & Becker, M. A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*, 4(1), 18-24.
- Bischoff, A., Bovier, P. A., Isah, R., Françoise, G., Ariel, E., & Louis, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*, 57(3), 503-512. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00376-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00376-3)
- Bodenmann P., Madrid C., Vannotti M., Rossi I. & Ruiz J. (2007). Migrations sans frontières mais barrières des représentations. *Revue Medicale Suisse*, 3(135). Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-135/32686>
- Bonino, S. (2008). *Vivre la maladie: ces liens qui me rattachent à la vie*. Bruxelles : De Boeck.
- Casillas, A., Paroz, S., Green, A. R., Wolff, H., Weber, O., Faucherre, F., ... Bodenmann, P. (2014). Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-19>

- Eparvier, E. (2013). L'entretien motivationnel infirmier en psychiatrie : transformer l'attente en action, The motivational interview in psychiatric nursing : transforming expectation into action, La entrevista motivacional de enfermería en psiquiatría : convertir la espera en actuación. *L'information psychiatrique*, me 89(1), 51-55.
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.). Philadelphia : F.A. Davis.
- Heeren, M., Wittmann, L., Ehlert, U., Schnyder, U., Maier, T. & Müller J. (2014). Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry* 55(4). 818–825. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.02.003>
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2005). Help-Seeking Behaviour Regarding Mental Health Problems of Mediterranean Migrants in the Netherlands: Familiarity with Care, Consultation Attitude and Use of Services. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(4), 372-382. <https://doi.org/10.1177/0020764005060853>
- Maddern S. (2004). Post-traumatic stress disorder in asylum seekers. *Nursing Standard*, 18(18), 36-39.
- Maier T. & Straub M. (2011). "My Head is Like a Bag Full of Rubbish": Concepts of Illness and Treatment Expectations in Traumatized Migrants. *Qualitative Health Research*, 21(2), 233–248. DOI: 10.1177/1049732310383867
- Manoukian A. (2014). *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Lamarre
- McCarthy, J., Cassidy, I., Graham M. & Tuohy D. (2013). Conversations through barriers of language and interpretation. *British Journal of Nursing*, 22 : 6, 335-339.

- McFarland M.R. & Wehbe-Alamah H.B. (2015). *Leininger's Culture Care Diversity and Universality, A Worldwide Nursing Theory (3rd ed.)*. Burlington : Jones and Bartlett learning
- Miller, W. R., Rollnick, S., Lécallier, D., & Michaud, P. (2006). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. Paris: InterEditions.
- Office cantonal de la statistique. (2016). *Statistiques cantonales*. Accès http://www.ge.ch/statistique/domaines/aperçu.asp?dom=01_02_5
- Office fédéral de la culture. (2013). *Définition de la culture par l'UNESCO*. Accès <http://www.bak.admin.ch/themen/04117/index.html?lang=fr>
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2015). *Santé psychique en Suisse. État des lieux et champs d'action* [Brochure]. Accès https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/dialog-bericht/bericht_psychische_gesundheit.pdf.download.pdf/Rapport_Sante_psychique_Suisse_française.pdf
- Organisation internationale pour les migrations. *Social Determinants of Migrant Health*. (2017). Accès <https://www.iom.int/fr/social-determinants-migrant-health>
- Organisation mondiale de la santé. (2012). *Les risques pour la santé mentale : Aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque*. Accès http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_FR_27_08_12.pdf
- Pazargadi M., Moghadam M.F., Khoshknab M.F., Renani H.A. & Molazem Z. (2015). The Therapeutic Relationship in the Shadow: Nurses' Experiences of Barriers to the Nurse–Patient Relationship in the Psychiatric Ward, *Issues in Mental Health Nursing*, 36(7), 551-557. doi: 10.3109/01612840.2015.1014585
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière éducation.

- Pestre E. (2014). *La vie psychique des migrants*. Paris : Payot & Rivage
- Premand, N., Baeriswyl-Cottin, R., Gex-Fabry, M., Coraboeuf, B., Giannakopoulos, P., Eytan & A., Bartolomei, J. (2013). Soins psychiatriques pour les requérants d'asile à Genève : Une approche multidisciplinaire pour préserver la singularité des soins. *Revue médicale suisse*, 9, 1664-8.
- Sandhu, S., Bjerre, N. V., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., ... Priebe, S. (2013). Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 105-116. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0528-3>
- Secrétariat d'État aux migrations (SEM). (2015). *Motifs de migration*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/internationales/weltweite-migration/migrationsgruende.html>
- Secrétariat d'État aux migrations (SEM). (2015). *Rapport sur la migration* [Brochure]. Accès <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/berichte/migration/migrationsbericht-2014-f.pdf>
- Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM). (2016). *Statistiques en matière d'asile : 2015*. Berne-Wabern : SEM.
- Simon, E. (s. d.). Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Recherche en soins infirmiers*, (98), 28-31.
- Strijk P J. M., , van Meijel B., & Gamel C. J. (2010). Health and Social Needs of Traumatized Refugees and Asylum Seekers: An Exploratory Study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47 (2011), 48-55. doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00270.x
- Tison, B. (2007). *Soins et cultures: formation des soignants à l'approche interculturelle*. Masson.

Townsend, M. C. (2010) *Soins infirmiers : Psychiatrie et santé mentale* : (2ème éd.).
Saint-Laurent, QC : ERPI.

Vega A. (2012). *Soignants/Soignés : pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. De Boeck : Bruxelles.