

Table des matières

Résumé	2
Liste des tableaux.....	5
Liste des figures.....	6
Remerciements	7
Introduction	8
Problématique	12
Question de recherche	16
Objectifs.....	16
Cadre théorique	17
Théorie / Aspects théoriques.....	18
Soins centrés sur la personne	18
Concepts	23
L'acculturation	23
Disease – illness – sickness	24
Vulnérabilité	23
Méthode	25
Résultats	31
Points de vue des réfugiés	34
Points de vue des professionnels.....	41
Discussion	44
Discussion des résultats et lien avec le cadre de référence	45

Forces et limites de ce travail	51
Implication dans la pratique	52
Conclusion.....	53
Références	56
Déclaration d’authenticité.....	61
Annexes	62
Annexe I : Statistiques des pays d’origines des réfugiés	63
Annexe II : Les huit routes migratoires	64
Annexe III : Procédure suisse de migration	66
Annexe IV : Soins centrés sur la personne	68
Annexe V : Déterminants de la santé.....	69
Annexe VI : Tableau récapitulatif des articles.....	73
Annexe VII : Tableau récapitulatif des résultats	77
Annexe VIII Grilles d’analyses.....	91

Liste des tableaux

Tableau 1	Mots-clés en français traduits en anglais (MeSH).....	23
-----------	---	----

Liste des figures

Figure 1. Flowchart	31
---------------------------	----

Remerciements

Nous tenons à remercier notre directrice de travail de Bachelor, Madame Katia Scrima, pour son soutien, ses encouragements et ses conseils tout au long de la réalisation de ce travail.

Nous remercions également Lindita Iseni de l'aide apportée pour l'élaboration du Flowchart et Marie-Pierre Barbey pour la lecture et les corrections apportées à ce travail.

Pour terminer, nous remercions nos familles pour leur soutien moral et leur encouragement.

Introduction

En Suisse, la population migratoire est en augmentation depuis quelques années. Le Secrétariat d'Etat aux migrants (SEM, 2017) a démontré que le nombre de réfugiés a doublé depuis 2007 pour finalement atteindre 45'804 réfugiés en 2016.

Selon l'Organisation Internationale des Migrations (2017) (OIM), un migrant est une personne qui quitte son lieu de résidence, franchit ou a franchi une frontière internationale, se déplace ou s'est déplacée à l'intérieur d'un Etat quels que soit son statut juridique, les causes de son déplacement, si celui-ci est volontaire ou non et la durée de son séjour.

Le terme « réfugié » est défini comme étant une personne qui réclame une protection à un pays tiers pour des raisons de persécution du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques (« HCDH | Convention relative au statut des réfugiés », n.d.).

De ce fait, tous les réfugiés sont des migrants mais tous les migrants ne sont pas des réfugiés.

Finalement, un requérant d'asile est quelqu'un qui demande le statut légal de réfugié et donc l'autorisation de rester dans le territoire (« HCDH | Convention relative au statut des réfugiés », n.d.).

Dans la suite de ce travail de bachelor, les termes « requérants d'asile », « réfugiés » et « migrants » seront utilisés sous le même indicatif de « réfugiés » afin de faciliter la compréhension du texte, sauf sous réserve de précision.

Bien que la migration ait toujours existé, les raisons, la proportion et le parcours ont changé. Il y a quelques années, le motif de la migration était essentiellement économique. Actuellement, la population migratoire est souvent forcée à fuir leur pays pour échapper à des persécutions ou un conflit armé. De ce fait, tous les

migrants ne sont pas sur la route de leur propre volonté (Zetter, 2014). Bien que les raisons du voyage soient différentes, le processus migratoire reste le même. Toute personne migrante passe par plusieurs étapes. La première phase est le « déracinement ». Cette phase correspond à faire ses adieux à sa famille, ses amis, faire le deuil de sa vie passée. Puis, il y a les attentes et l'idéalisation du futur pays. Cette étape engendre des pertes de repères continues du fait du parcours migratoire qui peut être traumatisant et peut engendrer un mal-être et des troubles psychiatriques (Strijk, Van Meijel & Gamel, 2010). Ensuite, il y a le choc culturel lorsqu'ils arrivent dans le nouveau pays. Cela implique une prise de conscience entre ce qu'ils imaginaient et la réalité. Finalement, la dernière étape est l'intégration. Toutes ces composantes forment le concept d'acculturation. (Strijk et al., 2010).

Depuis quelques années, l'épidémiologie a fortement progressé. D'après l'OIM (2017), il y avait 155 millions de migrants dans le monde durant l'année 2000. Ce chiffre a augmenté ces dernières années et a atteint 244 millions en 2015. En Europe, la population migrante avait atteint 55 millions en 2000, puis en 2015, l'Europe a accueilli 75 millions de migrants. Suite à cette hausse de migrants, la Commission Européenne (2018) propose la mise en place d'un système de relocalisation des migrants dans le but de soulager certains pays, notamment l'Italie qui avait fait face à 30'755 demandes d'asile et une augmentation de 20% dans les passages illégaux en 2015. En Grèce, 7'475 demandes d'asile ont été recensées alors que les passages illicites ont augmenté de 250%.

Théoriquement, ce système de relocalisation pour les réfugiés implique que les Etats membres de l'Union Européenne accueillent des personnes ayant besoin d'une protection internationale. Le nombre de personnes accueillies est calculé en fonction de la taille de la population (40%), le PIB totale du pays (40%), le nombre

de demandes d'asile au cours des quatre dernières années (10%) et le taux du chômage (10%) (Commission Européenne, 2018). Suite à cette répartition des réfugiés, l'Allemagne décide d'ouvrir ses frontières et de permettre ainsi aux réfugiés d'y rentrer. Le nombre de demandes d'asile a donc atteint un taux de 155,3% en 2016 (Georgiadou, Morawa & Erim, 2017). Ces chiffres soulignent nettement l'évolution de la migration.

En Suisse, le SEM a recensé, en 2010, 15'567 demandes d'asile. Ce chiffre a augmenté jusqu'en 2015 et atteint le nombre de 39'523 demandes d'asile. L'Office fédérale de la statistique (OFS) (OFS-Statistique en matière d'asile, 2018) a inventorié en mai 2018, 64'208 demandes d'asile, dont 2'159 à Fribourg. 20'062 demandeurs sont encore dans le processus de procédure alors 43'591 requérants d'asile dont la demande a été rejetée mais le retour au pays est impossible et sont donc admis provisoirement en Suisse (Permis F). A cette même période, 20'617 requérants d'asile ayant un permis N avaient une activité lucrative (768 à Fribourg). 33'814 réfugiés en mai 2018 ont obtenu un permis B ce qui représente une augmentation de 37,5% comparer à l'année précédente. La plupart de ces personnes proviennent de pays en guerre. Au premier trimestre 2017, l'OFS (2017) a répertorié 939 individus venant de l'Erythrée soit le double de 2016, 427 de la Syrie et 339 de la Guinée. A la fin de l'année, la majorité des demandeurs d'asile provenant d'Erythrée ou de Syrie. Par contre, la Guinée est remplacée par l'Afghanistan (Annexe I).

Problématique

Suite aux constations concernant l'augmentation mondiale de la migration, le questionnement sur la santé de ces nombreux réfugiés et de leur prise en charge dans le pays d'accueil est interpellant. En effet, les réfugiés sont souvent identifiés comme une « population vulnérable », c'est-à-dire un groupe d'individus à risque accru de résultats médiocres sur le plan de la santé physique, psychologique et sociale (Derose, Escarce & Lurie, 2007).

Dans leur pays d'origine, les réfugiés sont vulnérables dues à différents facteurs tels qu'une mauvaise gouvernance, un climat d'instabilité politique et une protection défailante des droits humains qui peuvent être à l'origine de leur départ. D'autres facteurs secondaires existent tels que la pénurie d'eau, une insécurité alimentaire, une sécheresse, une famine ou une catastrophe naturelle. A long terme, cette situation devient invivable et la migration est leur dernière solution (Zetter, 2014).

Durant leur voyage, les réfugiés s'exposent à des risques et des difficultés à chaque étape de leur voyage, tels que "les menaces" sur les routes empruntées, l'exposition à des conditions difficiles notamment les camps de réfugiés, la rupture avec la famille et l'incertitude quant à l'avenir dans le pays d'accueil. Tous ces éléments engendrent une vulnérabilité multidimensionnelle et dynamique (Kirmayer et al., 2011). Une autre étude appuie ces faits en soulignant que les réfugiés sont exposés à des événements traumatiques tels que la guerre, la violence, la torture et la persécution. Certaines personnes sont aussi sujettes à des trafics d'êtres humains dans le but d'obtenir une rançon, ou elles sont victimes de mariages forcés, d'abus sexuels ou d'exploitations au travail (Slobodin & Jong, 2014) ; (Zetter, 2014, p. 43-44). Durant leur parcours, 20'000 migrants ont perdu la vie au cours des seize dernières années (Zetter, 2014, p. 43-44).

Cependant, suite à une augmentation du flux migratoire, les lois se sont durcies et certaines routes d'accès à l'Europe ont été fermées (Annexe II). Le voyage devient plus dangereux et accentue les passages illégaux à l'aide de passeurs afin d'atteindre leur destination, ce qui accroît d'autant plus leur vulnérabilité. Tous ces éléments provoquent ou aggravent les problèmes de santé mentale (Zetter, 2014). Ces derniers englobent l'anxiété, la dépression, le stress post-traumatique et les traumatismes à la suite d'un viol, d'agressions, des persécutions, de tortures ou la vision de certaines scènes choquantes. Ces problèmes de santé sont surreprésentés chez les réfugiés à comparer les autres immigrants (Spike, Smith & Harris, 2011) ; (Samarasinghe, Fridlung & Arvindsson 2010) ; (Burchill & Pevalin, 2012). Une étude qui avait pour but d'estimer les taux de différents troubles mentaux a montré que 80% des 56 participants ont subi ou ont été témoin d'un événement traumatique ; 35,7% ont éprouvé des symptômes de stress post-traumatique ; 23,2% souffrent de dépression sévère (Georgiadou, Morawa & Erim, 2017). D'autres problèmes sont constatés chez les personnes réfugiées comme les troubles du sommeil, les problèmes de mémoire et de concentration, l'isolement social et la pauvreté (Khawaja & Stein, 2016). De plus, les réfugiés sont exposés à d'autres problèmes de santé tels que des maladies chroniques, des troubles musculo-squelettiques et des maladies infectieuses (Spike et al., 2011). Pas moins de 20% des réfugiés auront des problèmes physiques qui affecteront leur quotidien (Burchill et al., 2012).

Les difficultés de communication, les problèmes financiers, les logements précaires, l'incapacité à trouver du travail et le manque de soutien familial apparaissent une fois que les réfugiés sont dans le pays d'accueil. Ces divers problèmes augmentent les facteurs de risque et accentuent les détresses psychologiques (Schick et al., 2016). Certaines études démontrent que la menace

d'expulsion durant le processus d'asile ainsi que la crainte de retourner au pays augmentent formellement les problèmes de santé mentale (Burchill et al., 2012). De plus, les traumatismes non traités, le chômage et la ségrégation sociale au sein du pays d'accueil pourraient aggraver davantage la santé des réfugiés (Samarasinghe et al., 2010). Ainsi, des sentiments de désillusion, de dépression et de démoralisation peuvent survenir à la suite d'obstacles persistants comme la procédure de demande d'asile (Kirmayer & al., 2011).

Dans une majorité de pays, les examens de santé pour les demandeurs d'asile ont pour but de dépister une mauvaise santé afin d'améliorer leur bien-être et de garantir la sécurité de la population (Wångdahl, Lytsy, Martensson, & Westerling, 2015). Cependant, les réfugiés ont moins d'informations concernant leur santé que la population générale (Wångdahl et al., 2015). Les difficultés de communication, les différentes cultures et le manque de connaissances concernant leur santé sont des facteurs préteritant les échanges d'informations (Burchill et al., 2012) ; (Samarasinghe et al., 2010) ; (Khawaja et al., 2016). De plus, les compétences linguistiques limitées gêneraient l'accès aux soins de santé et à l'information, ce qui expliquerait la mauvaise santé des réfugiés (Spike et al., 2011) ; (Burchill et al., 2012).

En terre helvétique, le premier contrôle de santé se fait au centre d'enregistrement et de procédure (CEP). Il se trouve que ce contrôle est le seul tout au long du processus. En Suisse, les réfugiés arrivent soit à l'aéroport, soit en entrant illégalement. Dans les deux cas, ils se retrouvent au Centre d'enregistrement et de Procédure (CEP) (SEM, 2012). A ce moment-là, la première audition est effectuée. Elle comprend différentes étapes qui consistent à enregistrer différentes données personnelles, réaliser une photo passeport, relever les empreintes digitales, faire un examen médical et vérifier la procédure de Dublin

(SEM, 2012) (Annexe III). A ce stade, la décision concernant la demande d'asile peut être positive comme négative. Si elle s'avère négative, le renvoi est immédiat et se fait par avion. Dans le cas où la demande est acceptée, le réfugié devient requérant d'asile et est réparti dans un canton et sera loger dans un foyer pour requérant où il attend sa deuxième audition. A ce moment, le requérant possède un permis N qui lui donne l'opportunité de travailler après 3 mois dans le canton où il habite. De plus, il a le droit à l'enseignement et à l'aide sociale et l'assurance maladie de base. Une deuxième audition sera faite par la suite au Secrétariat d'Etat aux migrations. Recevant une réponse favorable à sa demande d'asile, le réfugié obtient un permis B qui lui permet d'avoir d'autres avantages. Si le renvoi est illicite ou impossible, le réfugié peut rester en Suisse de manière provisoire malgré une réponse négative (SEM, 2015).

Il y a peu de littératures scientifiques concernant la santé des réfugiés et leurs expériences face à l'examen de santé (Wångdahl et al., 2015). Un déterminant clé de la santé et de l'autonomisation est la littératie en santé. Il existe deux formes : la littératie fonctionnelle et la littératie complète. Cette dernière est définie par Sorensen et al., (2012) "... lie les connaissances, la motivation quotidienne concernant les soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé ou améliorer la qualité de vie." Quant à la littératie fonctionnelle, elle englobe la capacité des individus à lire des informations et des instructions sur la santé qui sont nécessaires pour fonctionner efficacement en tant que patient dans le système de santé (Wångdahl & al., 2015). De ce fait, les réfugiés sont dans un groupe ayant une littératie limitée dû aux problèmes de communication et aux difficultés liées à la littératie complète telle que la motivation, la compréhension d'informations et les compétences à accéder à un système de soin (Wångdahl et al., 2015).

Différents éléments tels que la vulnérabilité, les difficultés de communication, les différences culturelles ainsi que le manque de connaissances concernant les droits et le système de santé amènent le questionnement suivant.

Question de recherche

La question PICO est la suivante :

« Comment offrir une meilleure prise en soins aux réfugiés de plus de 18 ans dès leur arrivée dans le pays d'accueil ? »

P : Requérants d'asile et/ou réfugiés de plus de 18 ans

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES 

I : Meilleure prise en soin de la santé des réfugiés

Co : Toutes institutions socio-sanitaires dans les pays d'accueil prenant en charge ces personnes

Objectifs

Les objectifs dans ce travail sont :

- Identifier les besoins de santé des requérants d'asile ou des réfugiés
- Inventorier les différentes interventions pour améliorer la prise en soin de ces personnes.

Cadre théorique

Théorie / Aspects théoriques

La théorie de soin « Soins centrées sur la personne » et les concepts suivants aideront à comprendre et analyser cette prise en charge.

Soins centrés sur la personne

La théorie de McCormack, concernant les soins centrés sur la personne, comprend quatre points : Le prérequis, l'environnement de soins, les processus centrés sur la personne et les résultats de soins attendus.

Le prérequis se focalise sur les attributs de l'infirmier. Cela inclue les compétences professionnelles qui sont basées sur les connaissances et compétences d'un infirmier pour prendre une décision et prioriser les soins. Les connaissances qui sont organisées à travers les lois générales et à la recherche qualitative et quantitative contribuent au développement du savoir empirique (Milhomme, Gagnon & Lechasseur, 2014). Cette phase englobe aussi des compétences interpersonnelles, l'engagement du soignant, ses croyances et ses valeurs ainsi que la connaissance de soi-même. En effet, il est important de connaître ses croyances et valeurs car elles peuvent avoir un impact sur les décisions prises. Cela s'appelle le savoir personnel qui englobe les compétences interpersonnelles. (Milhomme et al., 2014).

Le second point est l'environnement de soin qui est lié avec le contexte dans lequel le soin est fait c'est-à-dire les systèmes qui facilitent la prise de décision partagée, l'efficacité des relations de travail, les systèmes organisationnels de soutien et le partage du pouvoir ainsi que le potentiel d'innovation. S'ajoute à ses caractéristiques la culture du lieu de travail, la qualité de leadership infirmier et l'évaluation de la qualité des prestations de soins. Effectivement, en se basant sur

les savoirs infirmiers, le savoir émancipatoire est défini comme étant la capacité à identifier des injustices en lien avec le contexte sociopolitique. C'est pourquoi, l'infirmier doit défendre l'équité dans les soins aux patients et défendre ses intérêts (Milhomme et al., 2014).

Le processus centré sur la personne procure des soins à travers des activités qui privilégient les soins centrés sur la personne. Les croyances et les valeurs du patient sont des principes primordiaux des soins infirmiers centrés sur la personne qui renforcent l'image de ce que le patient apprécie dans sa vie. Cela implique un processus de négociation qui englobe les valeurs individuelles pour une prise de décision dont la clé du succès est une bonne communication. Le partage des décisions physiques, la présence compatissante et l'engagement qui reflète la qualité de la relation patient-soignant complète la troisième étape. En lien avec les savoirs de la discipline, les habilités liées à la pensée rationnelle, au jugement clinique et aux habilités techniques prennent appui sur le savoir esthétique (Milhomme et al., 2014).

Finalement, les résultats de soin attendus contiennent la satisfaction des soins, la collaboration du patient, le sentiment de bien-être et la création d'un environnement thérapeutique (McCormack & McCance, 2006).

Dans la prise en charge des réfugiés, l'approche centrée sur la personne est incontournable afin d'éviter les préjugés (Annexe IV). De plus, en se basant sur le modèle de compétence culturelle de Campinha Bacote, un modèle qui peut aider pour l'élaboration et la mise en place des services de soins de santé culturellement adaptés, les soignants doivent travailler efficacement dans le contexte culturel du patient (personnel, famille, communauté). Ce concept implique l'intégration de la

conscience culturelle, des savoirs culturels, des savoir-faire culturels, des rencontres et du désir culturel. (Campinha-Bacote 2002).

La conscience culturelle est décrite comme une auto-évaluation et une exploration de son contexte culturel et professionnel. Pour ce faire, il faut reconnaître ses préjugés afin d'éviter de s'imposer culturellement. Ensuite, le savoir culturel est défini comme un processus de recherche et d'obtention éducative sur plusieurs groupes culturels. Trois domaines doivent être exploré par l'infirmier : les croyances liées à la santé en comprenant leur vision du monde, l'incidence et la prévalence des maladies en acquérant des connaissances dans le domaine de l'écologie bio culturel et l'efficacité du traitement en disposant des savoirs pharmacologiques ethniques dans le but de collecter des données culturelles et faciliter une évaluation physique basée sur la culture afin de parvenir au savoir-faire culturel. Puis, en s'engageant dans des interactions interculturelles, la relation patient-soignant permet d'affiner les croyances et d'empêcher les stéréotypes. Les patients sont autant savants que les thérapeutes (Campinha-Bacote, 2002). Ils font parties intégrantes du groupe de soignants et ainsi le thérapeute n'est plus le seul référent du savoir. Cependant, pour que la relation se mette en place, il est important d'intégrer la notion de traumatisme migratoire et de ses conséquences psychiques dans la prise en charge. Les réfugiés doivent affronter l'obligation de se reconstruire en ayant perdu tous les appuis externes qui sont indispensables au maintien de la santé, physique et psychique telle que la langue, la culture et la famille. Cela touche autant la dimension individuelle que la dimension collective. C'est pourquoi les compétences transculturelles sont primordiales dans une prise en charge globale et adéquate (Ribowski, 2007). Il est nécessaire que le soignant évalue les besoins linguistiques du patient et de faire appel à un interprète formé au besoin afin d'obtenir un recueil de données exacte. Ce processus est appelé

rencontre culturelle. Finalement, le désir culturel représente la motivation du soignant à s'engager culturellement dans la relation. Cela implique d'être ouvert, flexible et accepter les différences (Campinha Bacot, 2002).

Il est également important de prendre en considération les déterminants sociaux de la santé (Annexe V). Le modèle Dahlgren et Whitehead est basé sur l'approche des inégalités (ou inéquités) de santé. Cette perspective de l'équité est suggérée pour la classification des déterminants de santé. Le modèle est organisé dans le but d'apporter une réflexion sur les déterminants de la santé et ainsi élaborer une stratégie pour réduire les inéquités de santé. Ce dernier s'articule sur 5 niveaux disposés en arc-en-ciel. Le premier niveau qui est au centre du schéma correspond à l'âge, au sexe et aux facteurs héréditaires. Ensuite, vient le mode de vie individuel, les réseaux sociaux et communautaires puis les conditions de vie et de travail et le dernier niveau fait référence aux conditions socio-économiques, culturelles et environnementales. Chaque catégorie correspond à un niveau d'action en matière de politiques publiques (Cantoreggi, 2010). De plus, la charte d'Ottawa pour la promotion de santé a marqué le passage des déterminants de la santé à des conditions plus globales tels que sociales, économiques, environnementales et politiques (Samarasinghe et al., 2010).

Le stress

Le stress permanent engendre une fatigue constante, des sautes d'humeurs, de l'irritabilité, de l'agressivité et de la dépression et des troubles du sommeil. De plus, ces derniers génèrent des difficultés de concentration, des céphalées, une sensation de faiblesse et une baisse d'énergie. A long terme, des maladies peuvent apparaître comme les maladies cardio-vasculaires, le burn-out, la dépression, des ulcères gastriques, des cancers qui peuvent entraîner la mort.

Lorsque le stress est présent chez un individu, le corps répond. C'est le syndrome général d'adaptation (SGA) qui est une réponse physiologique, unique, non spécifique de l'organisme face à une agression quelle qu'elle soit. Cette réponse vise à rétablir l'homéostasie (Selye). La première étape s'appelle la phase d'alarme et consiste à remobiliser les ressources pour faire face à l'agression. Il y a alors une libération d'adrénaline et de noradrénaline. S'en suit la phase de résistance qui comprend l'étape au cours de laquelle les défenses de l'organisme sont augmentées par rapport à l'agent stresseur mais diminuées vis-à-vis des autres agressions. Le cortisol joue un rôle primordial en augmentant la glycémie et en diminuant les défenses immunitaires. L'aldostérone qui retient le NaCl pour augmenter le volume sanguin est aussi actif dans cette phase. Finalement, la phase d'épuisement représente la défaillance des capacités d'adaptation.

Le modèle transactionnel (coping) est un ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeant, destinés à gérer les demandes externes et internes perçues comme consommant les ressources de la personne (Lazarus et Folkmann). C'est un processus cognitif permettant à l'individu de donner un sens à la situation en fonction des ressources qu'il peut mobiliser pour y répondre. Le coping est centré sur trois domaines. Le premier est le coping qui est centré sur le problème. Il se concentre sur le problème et sur les modes de résolutions. Il touche les efforts cognitifs et comportementaux. Le coping centré sur les émotions est le deuxième domaine. Ce dernier contrôle les expressions de la détresse émotionnelle et touche les stratégies d'évitement, l'impuissance et l'auto-accusation. Le dernier domaine est le coping centré sur le soutien social en créant des liens et en se faisant aider (Bruchon-Schweitzer et Siksou, 2008).

Concepts

Vulnérabilité

Selon Liendle in Formarier et al (2012), le concept de vulnérabilité est défini comme une situation de faiblesse à partir de laquelle l'intégrité d'un être est ou risque d'être affectée, diminuée, altérée. Dans le domaine de la santé, ce modèle correspond au risque de développer des incapacités. La vulnérabilité peut être induite par un changement dans la situation de santé, peut être liée à l'âge et à l'état de l'individu. En effet, les réfugiés font face à la dégradation sociale, la pauvreté et le racisme. Tout ceci ne fait qu'augmenter leur vulnérabilité face aux maladies psychiques et à la détresse psychologique. La vulnérabilité peut s'accroître durant la transition culturelle car l'individu se retrouve face à des valeurs socio-culturelles différentes dans le pays d'accueil (Samarasinghe et al., 2010).

L'acculturation

Selon Moniel & Ignaius (2014), l'acculturation est la notion de base pour définir le processus d'apprentissage sous l'influence de rencontre avec une nouvelle société d'accueil. C'est le croisement avec d'autres modèles de hiérarchie, de coutumes et de croyances. Ce processus connaît plusieurs stades comme la compétition et le conflit. Lorsque des personnes migrent, il y a une perte de langage sociale, d'un système de codage, de perception ainsi qu'une perte de représentation.

Selon B. Pourré (2008), l'acculturation est définie comme un résultat d'un traumatisme lié à une rupture, à une discontinuité dans la lecture quotidienne du monde se manifestant parfois par une rigidité dans les anciennes références idéalisées et une difficulté à intégrer les nouvelles.

En arrivant dans le nouveau pays d'accueil, les migrants découvrent de nouvelles valeurs socio-culturelles. Cela peut amener à une transformation de l'identité de la personne. Ce processus qui se nomme l'acculturation se fait sur un long terme. En effet, il englobe le rejet de l'ancienne identité, un moment de transition où la nouvelle identité n'est pas fonctionnelle et finalement la nouvelle identité. Néanmoins, la transition reste difficile à gérer car elle peut impacter négativement sur la perception de soi, diminuer l'estime de soi et engendrer un stress acculturatif (Samarasinghe et al., 2010).

Disease – illness – sickness

Il y a trois aspects pour parler de la maladie en anthropologie. Le "disease" correspond à la perspective du spécialiste occidental. Ce sont les représentations partagées par tous les professionnels. L'"illness" quant à lui englobe les représentations culturelles ainsi que les interprétations exprimées par le patient. Ce dernier exprime et interprète sa maladie à travers sa symbolique et le sens qu'il lui donne. Avec cette population, il est important de comprendre la santé de l'être humain comme un ensemble complexe. Il faut donc abandonner l'opposition corps-esprit (Verhoever & Van Neerven, 2014). Le "sickness" représente les déterminants sociaux de la maladie ou du mal-être. Il s'agit des mauvaises conditions d'hygiène, de travail et du statut légal (Verhoever & Van Neerven, 2014).

Méthode

Choix du devis de recherche

Ce travail de Bachelor est considéré comme une revue étoffée de littérature. Cela désigne une évaluation critique des recherches approfondies et des théories relatives à un sujet spécifique. La résolution de la problématique impliquera une collection de données, une évaluation scientifique et une présentation des preuves disponibles sur le problème de recherche (Coughan, Ryan & Cronin, 2013).

Description des étapes de réalisation

Tableau 1

Mots-clés en français traduits en anglais (Descripteurs)

Mots-clés en français	Traduction en anglais des descripteurs
Réfugiés	Refugees / immigrants
Requérants d'asile	Asylum seekers
Prise en soin	Nursing care / Healthcare
Stress	Stress
Santé mentale	Health care
Soins transculturelles	Transcultural care
Soins infirmiers	Nursing care
Interventions	Interventions
Facteurs de risque	Risk factors
Facteurs protecteurs	Protective factors
Troubles psychosomatiques	Psychophysiologic disorders
Promotion de la santé	Health Promotion

Bases de données

Les recherches d'articles scientifiques se sont essentiellement faites à partir des bases de données CINAHAL, Pubmed, PsycInfo. Certains sites internet ont également été consultés comme la Confédération Suisse (admin.ch) et le Secrétariat d'Etat aux migrants (SEM), l'Organisation des Nations unies, Nations Unies des droits de l'homme et l'Organisation internationale pour les migrations.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Plusieurs critères ont été définis pour sélectionner les articles scientifiques les plus pertinents.

Les critères d'inclusions sont :

- Stress vécus
- Articles français / anglais
- Réfugiés et / ou requérants d'asile

Les critères d'exclusion sont :

- Population moins de 18 ans
- Articles ayant plus de 10 ans
- Articles ayant pour sujet les troubles du stress post-traumatique

Stratégies de recherche

La sélection des articles est expliquée dans le diagramme suivant.

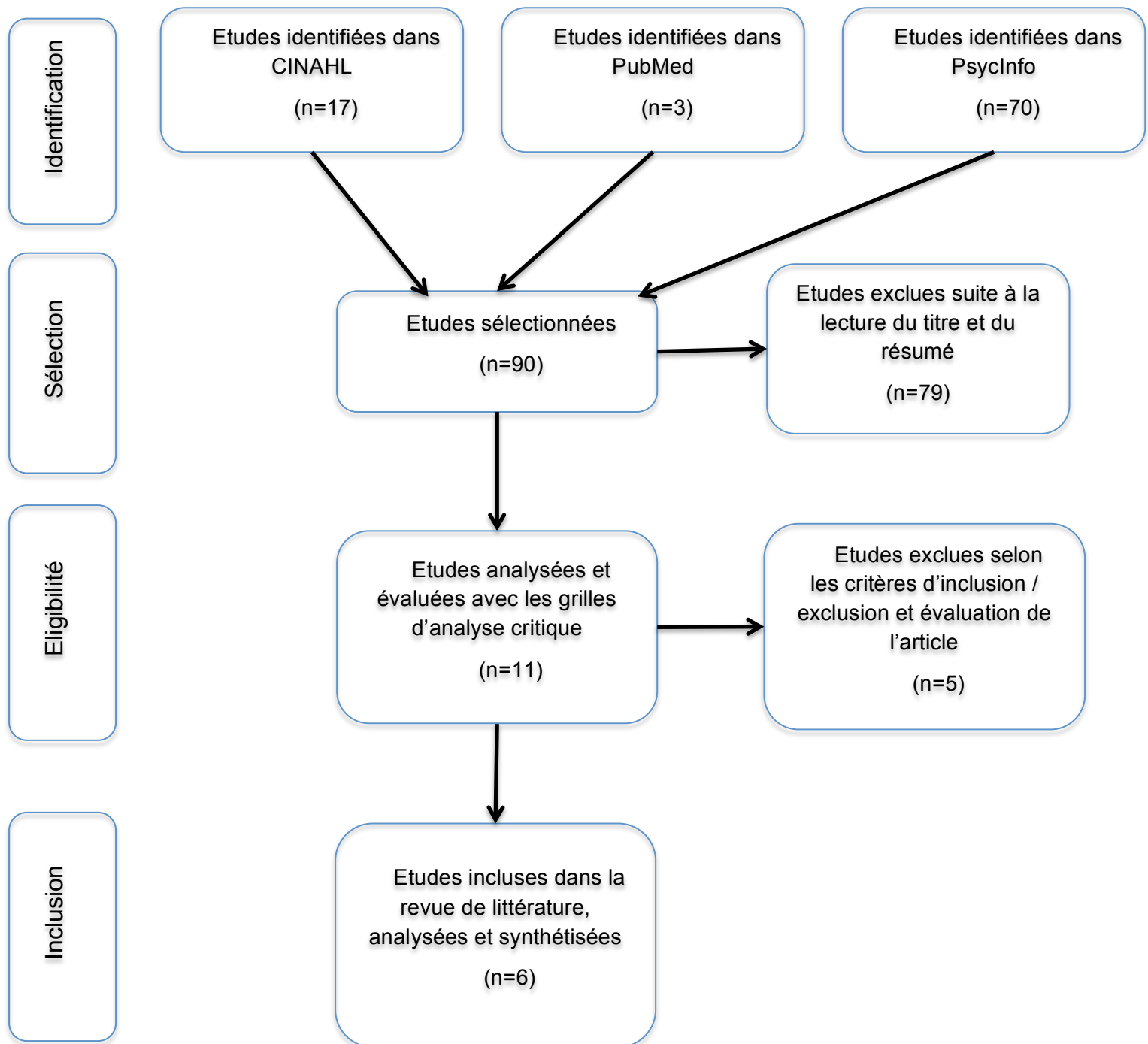


Figure 1 : Flowchart

Outils d'analyse de données

Pour l'étude des données des articles retenus, deux grilles d'analyse de lecture d'articles scientifiques de Fortin et Gagnon (2016) ainsi que Loiseleur (2007) ont été utilisées. Une des grilles contribue à la compréhension de l'article en le résumant. La seconde grille permet une analyse critique. Les deux grilles sont employées pour les études quantitatives et qualitatives et chaque article est analysé en fonction de ces deux grilles.

Stratégie 1 dans PubMed

"Health Promotion" AND "Transcultural Nursing" AND "Refugees"

Résultats : 3 articles dont 1 a été retenu :

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

Stratégie 2 dans CINAHL

"Asylum seekers" AND "Health Care Delivery" limites 2009 - 2018

Résultats : 17 articles dont 4 ont été retenus :

- Khawaja, N. G., & Stein, G. (2016). Psychological services for asylum seekers in the community: Challenges and solutions. *Australian Psychologist*, 51(6), 463-471.
- Burchill, J. (2012). Barriers to effective practice for health visitors working with asylum seekers and refugees. *Community Practitioner*, 85(7), 20.

- Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2015). Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers—a Swedish cross-sectional study. *BMC public health*, 15(1), 1162.
- Spike, E. A., Smith, M. M., & Harris, M. F. (2011). Access to primary health care services by community-based asylum seekers. *Med J Aust*, 195(4), 188-191.

Stratégie 3 dans PsycInfo

"Asylum seekers" AND "Coping strategies" AND "Health care" limites 2008 - 2018

Résultats : 70 articles dont 1 a été retenu :

- Sulaiman-Hill, C. M. R., & Thompson, S. C. (2012). 'Thinking Too Much': Psychological distress, sources of stress and coping strategies of resettled Afghan and Kurdish refugees. *Journal of Muslim Mental Health*, 6(2).

Résultats

Il a été possible de comparer à l'aide d'un tableau différents aspects tels que les devis de recherche, l'échantillon et le setting utilisé, la méthode de récolte de données ainsi que les qualités méthodologiques des six articles retenus (Annexe VI).

Les six articles retenus dans ce travail sont de devis variés. En effet, quatre articles emploient un devis qualitatif (Burchill et al., 2012 ; Khawaja et al., 2016 ; Samarasinghe et al., 2010 ; Spike et al., 2011). Deux de ces articles sont des études de cas (Burchill et al., 2012 ; Spike et al., 2011). La troisième est une étude transversale (Samarasinghe et al., 2010) tandis que la quatrième étude est exploratoire (Khawaja et al., 2016). Le cinquième article sélectionné est un devis mixte de type exploratoire (Sulaiman-Hill et al., 2012) alors que la dernière étude emploie un devis corrélationnel (Wångdahl & al., 2015). Parmi les six articles, trois proviennent d'Australie (Khawaja et al., 2016 ; Spike et al., 2011 ; Sulaiman-Hill et al., 2012), deux de Suède (Samarasinghe et al., 2010 ; Wångdahl et al., 2015) et le sixième d'Angleterre (Burchill et al., 2012). Tous les articles ont été écrits entre 2010 et 2016. Etant des études qualitatives et corrélationnelles, leur niveau de preuve est faible. Toutefois, le devis qualitatif a permis d'avoir une grande diversité des résultats et ainsi avoir une vision d'ensemble des différents avis (Grove, Grave & Burns, 2015).

Deux études retenues ont pour population cible des professionnels de la santé (des infirmiers, des psychologues, des psychiatres ainsi qu'un ergothérapeute et un éducateur) qui travaillent dans les centres de premier secours afin d'avoir leurs opinions concernant la manière adoptée pour fournir des services, des soins efficaces aux réfugiés (Samarasinghe et al., 2010 ; Khawaja et al., 2016). Un troisième article questionne également des infirmiers ayant une qualification de santé publique sur les obstacles rencontrés lorsqu'ils travaillent avec des réfugiés

aux alentours de Londres (Burchill et al., 2012). Deux autres études ciblent le point de vue des réfugiés, venant de différents pays tels que l'Arabie, la Somalie et le Dari, en lien avec leur expérience de la communication avec les différents professionnels rencontrés (Wångdahl et al., 2015) ou l'Asie, l'Afrique subsaharienne, le Moyen-Orient et l'île du Pacifique (Spike et al., 2011). Finalement, le dernier article souligne les difficultés des réfugiés à accéder aux services de soins mais également l'opinion de trois infirmiers, un généraliste et un gestionnaire de service concernant l'impact de ces éventuelles difficultés. Dans cette étude, ces deux différentes populations se rencontrent dans un centre de demandeurs d'asile et au Service de santé des réfugiés de la Nouvelle - Galles du Sud (Spike et al., 2011). Tous les participants des études retenues avaient plus de 18 ans. De plus, tous les articles ont été approuvés par un comité d'éthique.

Cinq des articles retenus sont des études qualitatives. Cette méthode permet de récolter les expériences vécues et les ressentis liés au parcours des réfugiés ou des professionnels de la santé par le biais d'entretiens. Un récapitulatif a été fait sous forme de tableau résumant les différents résultats trouvés facilitant ainsi leur compréhension et la catégorisation (Annexe VII). Pour chaque article, différents résultats ont été relevés et mis en commun dans le but de créer des catégories et ainsi faciliter la lecture des résultats. Ces derniers sont comparés à l'aide d'un métaplan contenant le titre, le devis, l'échantillon, la question de recherche et les résultats de chaque article. Grâce à cet outil, la catégorisation des résultats a été facilitée. Dans le paragraphe suivant, la catégorisation des résultats est expliquée.

Catégorisation

A la suite de l'analyse critique des six articles, deux grandes catégories ont été mises en évidence. Trois études ciblent les difficultés à accéder aux services de

soin, les expériences de communication et les sources de stress chez les réfugiés (Spike et al., 2011) ; (Sulaiman-Hill et al., 2012) ; (Wångdahl et al., 2015). De ces différents thèmes découlent cinq catégories : le statut légal, les problèmes de finances, la littératie en santé, la culture et le disease - illness - sickness. Quatre autres études se focalisent sur les obstacles rencontrés en travaillant avec cette population, la promotion de la santé et l'offre de soins pour les familles réfugiées (Burchill & Pavelin, 2012) ; (Khawaja & Stein, 2016) ; (Samarasinghe et al., 2010) ; (Spike et al., 2011). Les résultats obtenus après analyse ont été regroupés en trois catégories : le manque de temps, le manque de connaissances en lien avec la prise en charge des réfugiés et leurs ressources.

Comme cité précédemment, les objectifs visés dans cette revue de littérature sont d'identifier les besoins en santé des requérants d'asile et d'inventorier les différentes interventions pour améliorer la prise en soins des réfugiés de plus de 18 ans.

Points de vue des réfugiés

Les résultats concernant les différents aspects en lien avec le point de vue des réfugiés sont développés ci-dessous.

Statut légal

Une des principales problématiques touchant tous les réfugiés est le cadre légal englobant les lois, leur statut et leurs droits. En effet, sur les six articles retenus, deux mettent en évidence qu'une fois dans le pays d'accueil, les réfugiés sont en attente d'une réponse à leur demande d'asile (Khawaja et al., 2016) ; (Spike et al., 2011). Le fait de ne pas avoir de permis implique que les réfugiés sont souvent interdit d'accès à un emploi ce qui entraîne des difficultés financières (Spike et al.,

2011). Ces dernières auront un impact sur différents aspects notamment l'accès à une gamme de services comme les services de la santé, les services juridiques, l'éducation et les interprètes (Khawaja et al., 2016). N'ayant pas de visa permanent, leur avenir est flou et sans but précis. Le stress constant auquel ils font face est dû à leur incertitude quant à leur avenir ce qui constitue une des principales plaintes des réfugiés (Khawaja et al., 2016). En effet, l'anxiété et le stress sévère sont très présents lorsque les réfugiés sont dans l'attente d'une réponse concernant leur visa. Il est prouvé que restreindre le temps d'attente dans les traitements des demandes de visa pourrait améliorer les problèmes psychologiques des réfugiés (Khawaja et al., 2016).

Finance

Trois articles indiquent que les réfugiés ont des difficultés financières (Burchill et al., 2012) ; (Spike et al., 2011) ; (Wångdahl et al., 2015). Comme le souligne l'étude de Spike et al., (2011), le droit de travail et l'assurance Medicare ne sont pas accordés à de nombreux demandeurs d'asile. Cependant, un programme d'assistance aux demandeurs d'asile qui est géré par la Croix-Rouge australienne fournit un soutien financier et une aide pour certains frais médicaux aux demandeurs d'asile admissibles (Spike et al., 2011). De plus, ils sont réticents à se rendre chez un généraliste dû aux expériences négatives telles que les prix des consultations et des factures reçues par la suite. S'ajoute à cela, des plaintes de la part des réfugiés concernant les options limitées et le temps d'attente pour un rendez-vous. Un nombre élevé des réfugiés peinent à payer leurs médicaments et arrêtent leurs traitements chroniques (Spike et al., 2011). C'est pourquoi les réfugiés utilisent davantage des services plus coûteux tels que les urgences (Burchill et al., 2012).

Culture

Un autre thème revenant dans deux différents articles est la difficulté d'adaptation à la culture du pays d'accueil (Khawaja et al., 2016) ; (Burchill et al., 2012). En effet, les réfugiés sont issus de culture collectiviste alors que la culture occidentale est de nature individualiste. De ce fait, il y a une différence dans la prise en charge globale de la personne. Souvent, les réfugiés qui peinent à maintenir leur identité, rencontrent des difficultés culturelles. Il peut s'agir de religion ou des rôles des femmes et des hommes au sein de la nouvelle société. A cause de ces différences, il y a une augmentation de racisme qui amène à l'isolement et au stress acculturel (Khawaja et al., 2016). Tous ces éléments rendent la compréhension et le diagnostic d'une maladie difficile et peuvent conduire à un diagnostic erroné (Burchill et al., 2012). De plus, l'interaction entre les infirmiers et les familles peuvent être perturbés par les attentes de "donner" et "recevoir" des différences culturelles. Le système de santé des pays d'accueil visant à autonomiser l'individu peut être mal perçu par les familles issues des cultures collectivistes (Samarasinghe et al., 2010) ; (Khawaja et al., 2016). Il est jugé primordial pour la qualité des soins de transmettre des informations importantes, de communiquer de manière claire et d'avoir de bonnes relations interpersonnelles entre les soignants et les patients (Wångdahl & al., 2015). La culture étant différente, il est nécessaire d'intégrer ces aspects-là, car elle a une répercussion sur le vécu, le ressenti et la guérison des problèmes de santé de l'individu (Kirmayer, 2012).

Disease – illness - sickness

Le thème suivant revient dans trois articles (Burchill et al., 2012) ; (Khawaja et al., 2016) ; (Sulaiman-Hill et al., 2012). Dû à la différence culturelle, la compréhension de la santé et de la maladie est divergente (Burchill et al., 2012). Les troubles

psychologiques les plus courants sont la dépression, l'anxiété et le syndrome post-traumatique. Les patients souffrant de ces troubles déplorent des symptômes physiques tels que des céphalées, des palpitations, une perte de poids, des vertiges et des douleurs (Burchill et al., 2012). Généralement, les problèmes de santé surviennent lorsque les réfugiés arrivent dans le pays d'accueil (Khawaja et al., 2016). La dépression pourrait augmenter et empirer dans leur nouvelle société due à l'isolement social et culturel (Khawaja et al., 2016). Il a été prouvé dans l'étude que la différence entre la culture et la religion étaient des facteurs de stress avec un risque très élevé de développer un trouble de santé mental. Ce risque est évalué à l'aide d'une échelle de Kessler-10. Celle-ci a été utilisée pour mesurer les risques de développer un trouble psychologique en fonction du score obtenu : le faible risque K-10 est entre 10 et 15.9, le risque modéré correspond à un score entre 16 et 21.9. Le risque élevé se situe entre 22 et 29.9 alors que le risque très élevé équivaut à un score supérieur à 30 (Sulaiman-Hill et al., 2012). Souffrant de détresse psychologique, 22.5% des réfugiés considèrent que leurs soucis de santé étaient principalement physiques. 34% estimaient que c'était parfois physique et 43.5% jugent que leurs symptômes de troubles psychologiques ne sont pas dû à un problème physique. 76% des femmes comparées à 35% des hommes manifestent une maladie ou une limitation physique. Mais seulement 11% ont supposé que c'était un problème de santé mentale et ont consulté un professionnel (Sulaiman-Hill et al., 2012). Il existe tout de même des facteurs protecteurs chez les réfugiés. En effet, les liens sociaux, les réseaux familiaux et les croyances religieuses préservent la santé des réfugiés (Kawaja et al., 2016).

La littérature en santé

Les problèmes liés à l'éducation sont mentionnés dans quatre articles (Spike et al., 2011) ; (Burchill et al., 2012) ; (Wångdahl & al., 2015) ; (Sulaiman-Hill et al.,

2012). L'éducation est parfois inaccessible pour les réfugiés. Lorsqu'ils arrivent dans le pays d'accueil, de nombreux réfugiés se plaignent du manque d'informations concernant l'accès aux soins (Spike et al., 2011). Ils ne comprennent pas le système de santé du pays d'accueil et cela engendrait de la confusion et de l'anxiété (Burchill et al., 2012). Il est démontré que 70,2% des participants ne savent pas où se rendre lorsqu'ils ressentent une baisse de l'état psychologique ($p<0.001$) (Wångdahl et al., 2015). 61.4% des réfugiés interrogés disent ne pas avoir été informés de leurs droits concernant les soins ($p<0.001$). De plus, lors du premier examen de santé gratuit, 60.8% des réfugiés n'ont ni reçu de nouvelles connaissances ni d'aide ($p<0.001$) (Wångdahl & al., 2015). En effet, ils se situent dans un groupe où la littératie est limitée. De ce fait, ils posent peu de questions et l'examen est alors inutile (Wångdahl et al., 2015). Tout cela est problématique et accentue la détresse psychologique. Il est ressorti que le niveau minimal d'éducation augmente significativement des problèmes psychologiques (Sulaiman-Hill et al., 2012). Il a été prouvé que l'éducation est un facteur protecteur de l'état de santé. Effectivement, les réfugiés ayant seulement une éducation primaire avait une moyenne de 22.8 correspondant à un risque élevé de développer un trouble psychologique comparer à ceux qui avaient un niveau tertiaire avec 19.0 de moyenne qui correspond à un risque modéré. 7/24 participants ayant un score de plus de 30 sur l'échelle de Kessler-10 dans l'étude de Sulaiman-Hill et al., (2012) savaient parler anglais mais avaient tout de même des problèmes de communication, ce qui était aussi une source de stress supplémentaire. Les problèmes linguistiques et les services de traduction sont relevés comme étant une barrière systématique de l'état de santé. (Kirmayer & al., 2011) ; (McKeary & Newbold, 2010).

Facteurs de stress

Sur les six études retenues, quatre abordent différents facteurs engendrant du stress permanent comme les pensées constantes qui englobent les expériences passées traumatiques et actuelles. Ayant ces pensées, les réfugiés sont généralement tristes et déprimés (Sulaiman-Hill et al., 2012) ; (Spike et al., 2011) ; (Khawaja et al., 2016) ; (Samarasinghe et al., 2010).

"En Afghanistan, il y a encore beaucoup de guerre, quand nous regardons les nouvelles, je deviens agitée et je ne peux dormir" Fille afghane arrivée il y a 6 ans en Australie. {Traduction libre} (Sulaiman-Hill et al., 2012)

"Tous nous blessent, c'est pourquoi nous ne pouvons pas apprendre, nous sommes physiquement en classe mais l'esprit est ailleurs." Fille afghane arrivée il y a 7 ans. {Traduction libre} (Sulaiman-Hill et al., 2012)

La séparation avec la famille et sa vie antérieure est le second facteur de stress élevé par 8/24 participants ayant un score de Kessler-10 de 34.8 correspondant à un risque très élevé de développer des troubles psychologiques (Sulaiman-Hill et al., 2012).

"Je me sens très stressée la plupart du temps parce que je suis loin de ma famille" Fille kurde, arrivée il y a 6 ans {Traduction libre} (Sulaiman-Hill et al., 2012)

"Beaucoup de tension, mauvais moment loin de ma famille : mon frère, ma mère et ma sœur sont tous morts en même temps. C'est encore la cause de mes problèmes, même 27 ans après." Homme afghan depuis une année en Australie. {Traduction libre} (Sulaiman-Hill et al., 2012)

Le troisième facteur étant le sentiment d'être submergé correspond au sentiment de n'avoir aucun but, d'être découragé pour son avenir, de désespoir est représenté par :

"Beaucoup de personne se sentent désespéré" Homme afghan cela fait 20 ans qu'il est en Australie. {Traduction libre} (Sulaiman-Hill et al., 2012)

Le quatrième facteur engendrant du stress est les tensions familiales et communautaires, la structure familiale et l'acceptation du pays d'accueil (Sulaiman-Hill et al., 2012).

"Nous voulons nous mélanger avec les personnes locales mais nous n'avons pas l'impression qu'ils le veulent. Ils sont renfermés. " Homme kurde, 3 ans en Australie {Traduction libre} (Sulaiman-Hill et al., 2012)

La dissonance du statut correspondant au positionnement sociale représente une difficulté supplémentaire pour les réfugiés (Sulaiman-Hill et al., 2012).

"Je voulais être professeure mais je ne pouvais pas aller à l'école (en Afghanistan) mais maintenant parce que j'ai des enfants, sans aide familiale c'est encore plus dur." Fille afghane 9 ans en Australie. {Traduction libre} (Sulaiman-Hill et al., 2012)

La déresponsabilisation incluant le manque de contrôle et l'humiliation constitue un autre élément (Sulaiman-Hill et al., 2012).

"Certaines personnes au gouvernement étaient méchantes avec nous, ce qui nous a mis en colère et qui nous a causé des problèmes de santé, du stress et de la peur. Nous nous sentions humiliés par la charité" Homme afghan arrivée il y a 4 ans. {Traduction libre} (Sulaiman-Hill et al., 2012)

Ensuite, les femmes et les personnes âgées souffrent davantage d'isolement sociale (Sulaiman-Hill et al., 2012).

"La vie est bien ici mais pas pour moi car je suis toute seule ici." Femme kurde arrivée il y a 3 ans. {Traduction libre} (Sulaiman-Hill et al., 2012)

"Personne n'est autour de moi et je suis toujours à la maison" Femme kurde arrivée il y a 3 ans. {Traduction libre} (Sulaiman-Hill et al., 2012)

Les réfugiés éprouvent des problèmes culturels et sociaux tels que l'alcool, la drogue et la culture du pays d'accueil (Sulaiman-Hill et al., 2012).

"Nous avons eu des problèmes avec un gang dans les alentours de notre habitation. Notre fils s'est fait tapé, chassé et attaqué." Homme kurde arrivé il y a 2 ans {Traduction libre} (Sulaiman-Hill et al., 2012)

D'autres facteurs comme la détention de l'immigration, la criminalité, les problèmes économiques et le fait de ne pas croire en quelque chose sont relevés (Sulaiman-Hill et al., 2012).

"La vie ici est sécurisée mais les opportunités sont gênées par les difficultés de la langue et les problèmes financiers. C'est dur de continuer et de progresser avec ce système. Les aides financières pour les réfugiées ne sont pas suffisantes, le système garde les gens pauvres." Homme kurde arrivé il y a 3 ans. {Traduction libre} (Sulaiman-Hill et al., 2012).

Points de vue des professionnels

Suite à l'analyse des six articles, quatre études étaient axées sur le point de vue des professionnels de santé (Burchill et al., 2012) ; (Khawaja et al., 2016) ; (Samarasinghe et al., 2010) ; (Spike et al., 2011) ; (Sulaiman-Hill et al., 2012). Les défis majeurs rencontrés par les professionnels travaillant avec une population vulnérable telle que les réfugiés, sont le manque de connaissances et le manque de temps.

Manque de connaissances

Trois articles retenus ont relevé le manque de connaissances des professionnels concernant la culture, les lois et les droits des réfugiés (Burchill et al., 2012) ; (Samarasinghe et al., 2010) ; (Sulaiman-Hill et al., 2012). En effet, les professionnels ne se sentent pas assez qualifiés pour gérer certaines situations ou des problèmes psychosomatiques. Ils sont alors insatisfaits de leur travail. Ayant peu de connaissances culturelles, les professionnels soulignent leurs difficultés à interpréter le langage corporel (Samarasinghe et al., 2010). De plus, cette étude souligne l'importance de la compétence culturelle de l'infirmier. Elle est, en effet, liée à la promotion de la santé (Samarasinghe & al., 2010 ; Sulaiman-Hill et al., 2012). Pour la population réfugiée, il est important d'interagir et de promouvoir la santé à travers la famille plutôt que l'individu. Il est probable que l'incompréhension des infirmiers face à l'ethnocentrisme déformerait les hypothèses et amènerait de la frustration et des conflits dans les rencontres (Samarasinghe & al., 2010).

Manque de temps

Revenant dans deux études analysées, le second problème est le manque de temps lors des consultations (Burchill et al., 2012) ; (Khawaja et al., 2016). De ce fait, les professionnels obtiennent rarement l'image de la famille entière car il est impossible de rencontrer toute la famille. Ils précisent aussi qu'ils ne connaissent pas les antécédents de la famille. Ainsi par manque de temps, les problèmes psychosomatiques ne sont pas pris en charge (Samarasinghe et al., 2010). C'est pourquoi, il est suggéré de faire deux sessions d'évaluation afin de laisser suffisamment de temps pour, tout d'abord, établir en climat de confiance avec le patient et ensuite pouvoir traiter son trouble (Khawaja et al., 2016). Lorsque le propre temps de travail des professionnels était une ressource affaiblie, la qualité du

travail était diminuée (Burchill et al., 2012). Ainsi, le risque d'épuisement dû à l'exposition des traumatismes et à une détresse constante était problématique. Entraînant une frustration face au système actuel et par leur travail stressant, douloureux et difficile, les professionnels peuvent présenter une détresse psychologique et démontrer une difficulté à garder leur professionnalisme (Khawaja et al., 2016).

Ressources des professionnels

Les professionnels de la santé ont des ressources et mettent en avant certaines interventions (Khawaja et al., 2016) ; (Samarasinghe & al., 2010) ; (Sulaiman-Hill et al., 2012). En effet, l'approche empathique a permis d'amener les patients à parler de leur vie ainsi que de leurs antécédents. Cela a aidé les professionnels à comprendre l'identité du patient. Les professionnels ont déclaré l'importance de la relation de confiance (Samarasinghe & al., 2010). Toutefois, malgré leur effort, s'il y avait une incompréhension, les professionnels faisaient appel à un interprète (Samarasinghe & al., 2010). Cependant, les professionnels ont souligné l'utilité d'informer et de débriefer avec l'interprète ainsi que de vérifier les traductions (Khawaja et al., 2016). Il existe une autre méthode comme l'approche holistique. Elle a pour but de coopérer avec différents professionnels comme des conseillers, des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé (Samarasinghe & al., 2010). Cette approche met en avant l'intégration parentale dans la société en organisant des cours de préparation alimentaire et en créant « Maison de la famille » qui est un lieu de rencontre en Suède. En intégrant les familles dans la pratique professionnelle, la gestion du stress est facilitée (Samarasinghe & al., 2010). Cependant, de nombreux réfugiés utilisaient des stratégies d'adaptation comme la relaxation, la religion, la pensée positive ou l'aide professionnel (Sulaiman-Hill et al., 2012).

Discussion

Différents aspects seront abordés dans ce chapitre. Tout d'abord, l'interprétation des résultats sera mise en lien avec les différents cadres théoriques dans le but de répondre à la question de recherche qui est « Comment offrir une meilleure prise en soins aux réfugiés de plus de 18 ans dès leur arrivée dans le pays d'accueil ? ». Ensuite, l'implication de la pratique sera évoquée et finalement les limites et les points forts de ce travail seront mentionnés.

Discussion des résultats et lien avec le cadre de référence

Les résultats ont mis en évidence que les réfugiés étaient vulnérables dû à différentes causes notamment celle de leur statut légal. En effet, les réfugiés n'ont pas de permis de séjour et cela les empêche de travailler (Khawaja et al., 2016). Selon le modèle des déterminants de la santé de Dahlgren et Whitehead, les conditions de vie et de travail sont des critères importants de l'équité en matière de santé (Cantoreggi, 2010, p.19) ; (Venhoeven et Van Neerven, 2014) ; (Khawaja et al., 2016). En effet, différents aspects sont abordés dans cette catégorie du modèle. Tout d'abord, puisque les réfugiés ne travaillent pas, le chômage est considéré comme un facteur péjorant la santé (Samarasinghe et al., 2010). Par exemple, en Australie, les réfugiés n'ont pas le droit au travail ni à la couverture Medicare qui est le système de santé public de ce pays. Cependant, il existe des programmes d'assistance gérés par la Croix-Rouge pour les réfugiés. Bien que la Croix-Rouge fournisse un soutien financier et une aide pour certains soins de santé aux réfugiés admissibles, beaucoup de personnes ne rentrent pas dans les critères. De ce fait, ces réfugiés ne reçoivent pas les aides nécessaires. Tout cela ne fait qu'empirer la santé psychique des réfugiés de plus en l'absence d'un réseau de soutien et des problèmes financiers (Spike et al., 2011) ; (Khawaja et al., 2016). Effectivement les problèmes financiers s'accroissent et renforcent ainsi leur vulnérabilité. Faisant face

à la pauvreté, au racisme et la dégradation sociale, les réfugiés sont vulnérables face aux maladies psychiques et à la détresse psychologique (Samarasinghe et al., 2010). De plus, La vulnérabilité peut s'accroître durant la transition culturelle car l'individu se retrouve face à des valeurs socio-culturelles différentes dans le pays d'accueil (Samarasinghe et al., 2010). En effet, la culture est ainsi un problème pour les réfugiés. Venant d'un pays collectiviste, ils se retrouvent dans le pays d'accueil ayant une culture individualiste. Les valeurs, les coutumes et les rituels ne sont pas les mêmes et ces changements sont difficiles à vivre et à les intégrer dans le pays d'accueil (Pourré, 2008). Une mauvaise transition dans le processus d'acculturation peut avoir certains impacts sur l'état de santé des réfugiés tels qu'une mauvaise perception de soi, une diminution de l'estime de soi et peut engendrer un stress acculturatif (Samarasinghe et al., 2010). Les facteurs stressants tels que la séparation avec la famille, le sentiment d'être submergé, la dissonance du statut, la déresponsabilisation, les problèmes culturels et sociaux, la détention, la criminalité et les problèmes économiques accentuent le risque de développer des troubles psychiques (Sulaiman-Hill et al., 2012). En se basant sur la théorie de Lazarus et Folkman (1984), le modèle transactionnel de l'adaptation au stress, aussi appelé « Coping » est un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux constamment changeants et consommant les ressources de la personne. Pour une prise en charge adaptée des réfugiés, la théorie des soins centrés sur la personne de McCormack souligne l'importance de mettre l'accent sur les croyances et les valeurs du patient afin de cerner ses besoins dans le but de créer une relation de confiance et ainsi favoriser les soins centrés sur la personne (McCormack & McCance, 2006) ; (Samarasinghe et al., 2010). Pour cela, une approche empathique peut être utilisée en adoptant un comportement compatissant, fiable et curieux à l'égard de la culture du réfugié. De plus, l'humour renforce la relation de confiance (Samarasinghe et al.,

2010) ; (Khawaja et al., 2016). Le modèle transactionnel d'adaptation au stress permet de donner un sens à la situation en mobilisant les ressources des réfugiés. Le coping centré sur le problème se base sur les modes de résolutions comme consulter un professionnel, en se focalisant sur l'origine du problème, l'impact ainsi que les stratégies à utiliser pour contourner cette difficulté (Bruchon-Schweitzer et al., 2008) ; (Sulaiman-Hill et al., 2012). Ce domaine touche les efforts cognitifs et comportementaux. L'utilisation de l'humour par exemple, met l'accent sur le coping centré sur les émotions (Bruchon-Schweitzer et al., 2008) ; (Samarasinghe et al., 2010) ; (Khawaja et al., 2016). Cependant, le soignant peut intervenir sur le domaine psychologique et comportementale en utilisant différentes approches comme une approche éclectique et holistique (Khawaja et al., 2016) ; (Samarasinghe et al., 2010). Cette dernière fait référence à l'environnement de soins de la théorie de McCormack. Il englobe les systèmes facilitant la prise de décision, l'efficacité des relations de travail et les systèmes organisationnels de soutien (McCormack et al., 2006). L'infirmier doit alors défendre l'équité dans les soins et les intérêts de ses patients dans une équipe multidisciplinaire (Milhomme, Gagnon & Lechasseur, 2014). Comme le soignant n'est plus le seul référent du savoir, il doit prendre en compte les propos des patients en étant à l'écoute, compatissant et fiable (Samarasinghe et al., 2010) ; (Khawaja et al., 2016). Toutefois, pour que le soignant puisse défendre les droits de leurs patients, il est nécessaire d'avoir des compétences de communication et de collaboration ainsi que des connaissances concernant le statut légal et les droits des réfugiés (Campinha-Bacote, 2002). Cependant, cela n'est pas simple car 61.4% des réfugiés disent ne pas être informés de leurs droits concernant les soins et ne comprennent pas le système de santé du pays d'accueil en plus de la barrière linguistique ($p < 0.001$) (Wångdahl et al., 2015) ; (Burchill et al., 2012). Ceux-ci font partie des déterminants

de la santé de Dahlgren et Whitehead (Cantoreggi, 2010). En plus de ces difficultés, d'autres aspects peuvent devenir problématiques pour leur état de santé. Premièrement, le service de santé peut engendrer des inéquités à l'accès aux soins notamment à cause de l'aspect économique. En effet, un nombre élevé de réfugiés ont des difficultés à payer leurs médicaments ainsi qu'à se rendre dans différents services de santé (Spike et al., 2011) ; (Khawaja et al., 2016). La distance entre l'hôpital et les centres communautaires ainsi que les problèmes financiers et le manque d'informations compliquent l'accès aux soins (Burchill et al., 2012) ; (Spike et al., 2011) ; (Wångdahl et al., 2015). De plus, certains réfugiés sont réticents dû à certains aspects culturels comme la maîtrise de la langue (Spike et al., 2011).

Au niveau des professionnels, différents problèmes sont mis en avant comme la manque de temps et de connaissances (Burchill et al., 2012) ; (Samarasinghe et al., 2010) ; (Sulaiman-Hill et al., 2012) ; (Khawaja et al., 2016). Dans différents articles, les soignants se plaignent du manque de temps lors de consultations avec les réfugiés. Ne parlant pas la même langue et n'ayant pas la même culture, les consultations prennent plus de temps. De ce fait, les problèmes psychosomatiques ne sont pas abordés, ce qui pose problèmes (Samarasinghe et al. 2010). Afin de garantir des soins de qualité, il est nécessaire de se baser sur le modèle des compétences transculturelles de Campinha-Bacote (2002). Il a été prouvé que les compétences culturelles étaient une qualité importante permettant aux soignants de répondre de manière appropriée aux patients (Khawaja et al., 2016). Ce modèle propose d'abord de connaître ses préjugés, de faire des recherches sur les différentes cultures rencontrées afin d'éviter d'imposer la sienne. Il est donc nécessaire de questionner le patient sur ses croyances liées à la santé et la maladie, sur l'efficacité du traitement en disposant de connaissances pharmacologiques ethniques pour permettre une évaluation efficace de l'état de

santé. Cela implique pour le soignant d'être ouvert, flexible et d'accepter les différences (Compinha-Bacote, 2002). En effet, certains professionnels s'engagent dans l'apprentissage de la langue de leur patient, en plus de l'aide apporté par l'interprétariat communautaire, dans le but de renforcer la confiance et l'engagement des réfugiés (Burchill et al., 2012) ; (Samarasinghe et al., 2010). Le fait d'améliorer l'accessibilité des cliniques en les plaçant dans des centres communautaire et en étant flexible dans leur travail en remplissant des données administratives concernant des permis ou en faisant des appels téléphoniques, la relation de confiance est ainsi consolidée entre les soignants et les réfugiés (Burchill et al., 2012). Toutefois, il est nécessaire que les soignants aient des connaissances concernant le système politique du pays, les droits des réfugiés afin de rediriger adéquatement les réfugiés (Burchill et al., 2012).

Un autre défi concernant les professionnels de la santé semble être le manque de connaissances (Burchill et al., 2012) ; (Samarasinghe et al., 2010) ; (Sulaiman-Hill et al., 2012). Cependant selon le modèle de McCormack, les compétences et les connaissances de l'infirmier sont la base des soins centrés sur la personne (McCormack et al., 2006). Pour cela, l'infirmier doit faire preuve d'engagement tout en connaissant ses croyances et valeurs dans le but de prioriser adéquatement les soins (Milhomme et al., 2014). Malgré le manque de connaissances et de compétences culturelles relevés dans trois études analysées, les professionnels démontrent qu'ils font attention aux comportements du patient, de ses faits et gestes (Burchill et al., 2012) ; (Samarasinghe et al., 2010) ; (Sulaiman-Hill et al., 2012). Cependant, cela reste difficile à interpréter pour les soignants. (Samarasinghe et al., 2010). C'est pourquoi, pour une interaction interculturelle adéquate, les soignants doivent évaluer les besoins linguistiques des patients et faire appel à des interprètes formés si nécessaire (Burchill et al., 2012) ; (Compinha-Bacote, 2002) ; (Kawaja et

al., 2016) ; (Samarasinghe et al., 2010). De manière générale, ce sont les infirmiers de soins de santé primaires qui ont souvent le premier contact avec les réfugiés. Ces derniers bénéficient gratuitement d'un examen de santé ainsi que des interprètes (Samarasinghe et al., 2010). Mais ceux-ci ne sont pas assez formés au niveau de l'interprétation des problèmes de santé mentale et les représentations culturelles peuvent être perdues lors de la traduction (Khawaja et al., 2016). En effet, le sens et la symbolique que le réfugié donne à son trouble pour expliquer sa maladie s'avère être une composante importante des représentations culturelles se rapportant à "illness" (Venhoeven et al., 2014). Afin de maintenir la relation de confiance, les soignants relèvent qu'ils ont davantage de travail car ils doivent informer et débriefier avec l'interprète, parler clairement, de manière concise et de vérifier si les traductions étaient constamment exactes (Khawaja et al., 2016). Elles vont aider les spécialistes occidentaux dans leurs représentations et le diagnostic de la maladie et ainsi les guider dans le processus de soins (disease) (Verhoeven et Van Neerven, 2014). Cependant, les consultations avec une interprète se font généralement par téléphone en raison de la très faible disponibilité de ceux-ci. En l'absence de traducteurs, les soignants peuvent renforcer les compétences linguistiques du patient et améliorer la relation thérapeutique (Khawaja et al., 2016). D'autres stratégies ont été mises en place comme parler lentement et clairement aux patients et à leur famille en tenant compte du langage corporel et en s'aidant d'objets pour améliorer la communication (Samarasinghe et al., 2010). De plus, il a été prouvé que les expériences personnelles comme avoir des parents migrants, travaillé dans différents pays et connaître plusieurs langues ont aidé les professionnels à interagir avec leurs patients (Khawaja et al., 2016). En effet, les connaissances que l'infirmier met en avant en faisant des liens entre ce qu'il observe et ce qu'il connaît correspond au savoir empirique (Milhomme et al., 2014).

Malgré ces différents aspects, les réfugiés ont mentionné qu'ils avaient plus d'informations et de connaissances en présence d'interprètes (Wångdahl et al., 2015) ; (Spike et al., 2011). Cependant, les professionnels doivent recevoir une formation appropriée englobant la communication interculturelle pour travailler avec les réfugiés (Samarasinghe et al., 2010) ; (Khawaja et al., 2016).

Forces et limites de ce travail

Etant notre première expérience dans le domaine de la recherche, ce projet reste une introduction à la recherche malgré le travail demandé car nous manquons encore de rigueur méthodologique. Il existe différentes limites dans ce travail. Quatre études ne permettent pas la généralisation des résultats à cause d'un échantillon restreint et d'un seul lieu de récolte de données. Certaines études signalent que les entretiens se sont faits en anglais, ce qui peut limiter la discussion des participants et ainsi des données peuvent manquer dans différentes questions. En ayant cinq études à devis qualitatif et un devis mixte, il manque des données quantitatives pour souligner la pertinence des résultats trouvés. Toutefois, le devis qualitatif a permis d'avoir une grande diversité des résultats et ainsi avoir une vision d'ensemble des différents avis. En effet, trois articles viennent d'Australie, deux de Suède et un de Londres. De ce fait, les résultats peuvent être transférables puisque le contrôle de santé reste le même malgré des sensibilités différentes. Le thème choisi était un choix personnel puisque nous avons proposé ce sujet. Effectivement, nous étions intéressées par cette problématique que nous rencontrons de plus en plus dans les services de soins. Ce travail de bachelor nous a permis d'approfondir nos connaissances concernant ce domaine et d'acquérir certaines compétences transculturelles.

Implication dans la pratique

Les résultats issus de cette revue de littérature démontrent que les politiciens doivent être conscients des obstacles à une pratique efficace afin d'investir adéquatement dans différents services pour cette population vulnérable, c'est pourquoi il est nécessaire de les sensibiliser (Burchill et al., 2012). De plus, il serait important d'implanter un service de soins dans la communauté afin d'améliorer l'accessibilité et la proximité des services de soins et ainsi faciliter la prévention. Les traitements devraient être moins coûteux ou même gratuits afin que les réfugiés aient l'accès au soin facilité (Khawaja et al., 2016). Il est nécessaire que les professionnels connaissent les droits de leurs patients afin de garantir des soins de qualité et avoir des connaissances sur le système de santé du pays (Burchill et al., 2012). Il serait alors judicieux de faire une formation au niveau du droit pour faciliter la prise en charge globale des réfugiés. Afin de réduire les obstacles rencontrés par les réfugiés, il est recommandé que le personnel soignant partage les méthodes de travail innovantes telles que l'approche empathique, l'observation du non-verbal ainsi que l'utilisation d'objets pour faciliter la communication. Ensuite, la collaboration avec différentes organisations bénévoles est favorable (Burchill et al., 2012) ; (Khawaja et al., 2016). En Suisse, La Croix-Rouge, Caritas, l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR) ainsi qu'Espace femme offrent des différents services tels que l'hébergement, le soutien linguistique ainsi que la recherche d'emploi (OSAR, 2018) (Annexe VIII). Bien que la collaboration soit une aide, il est primordial que les professionnels de soins primaires soient formés sur l'acculturation, la communication interculturelle, la transition culturelle ainsi que l'approche ethnocentrique (Khawaja et al., 2016) ; (Samarasinghe et al., 2010). De plus, des soins axés sur la famille devrait être intégrés au programme d'étude des soins infirmiers.

Conclusion

En réponse à la question de recherche, diverses pistes d'interventions sont évoquées pour prendre en charge des réfugiés de manière adéquate. Ces pistes d'interventions sont axées essentiellement au niveau politique et professionnel. Il est conseillé d'améliorer l'accès aux soins en mettant à disposition des services de soins dans les centres communautaires et faciliter la prévention. Les soins aux réfugiés devraient être gratuit ou moins coûteux dû à leur statut légal et aux difficultés à accéder à un emploi. (Khawaja et al., 2016).

Les professionnels doivent avoir une formation concernant la communication interculturelle, les droits des réfugiés, avoir des compétences d'acculturation et collaborer avec divers professionnels tels que des interprètes formés ou des travailleurs sociaux (Burchill et al., 2012) ; (Khawaja et al., 2016) ; (Samarasinghe et al., 2010). Dû à ces différents facteurs qui peuvent avoir un impact négatif sur les soins de santé, il est nécessaire de prendre son temps et avoir au minimum deux sessions pour effectuer un examen de santé complet (Khawaja et al., 2016). Les majorités des réfugiés étant d'une culture collectiviste, il est recommandé d'intégrer la famille dans le processus de soin du réfugié (Samarasinghe et al., 2010). Pour faciliter la prise en soin, les auteurs préconisent d'avoir certaines qualités comme la compassion, la fiabilité, la curiosité, l'humour et l'empathie. Ces éléments sont une aide pour favoriser la promotion de la santé (Samarasinghe et al., 2010).

En suisse, les réfugiés disposent de différents droits tels que l'assurance maladie de base, le droit au travail après trois mois de résidence en Suisse et le contrôle de santé au CEP est gratuit. Cependant, ce dernier n'est pas complet dû au manque de temps et à la barrière linguistique (SEM, 2012),

L'élaboration de ce travail nous a permis de développer différentes stratégies pour une amélioration de la prise en charge de cette population. En effet, ce travail

nous a aidé à comprendre les besoins des réfugiés et des professionnels dans différents domaines tels que le domaine personnel, social et environnemental. Dû au nombre élevé de réfugiés en Europe, nous serons certainement en contact avec cette population dans notre parcours professionnel.

Ensuite, tout au long de ce travail, nous avons acquis certaines compétences méthodologiques telles que la recherche, l'analyse critique des articles scientifiques et l'interprétation des résultats. Ces compétences sont nécessaires pour notre profession car cela permet d'offrir des soins de qualité en se basant sur des données scientifiques. Il serait important d'approfondir cette thématique car les difficultés rencontrées actuellement resteront problématiques dans les prochaines années si la prise en soin n'est pas adéquate et rapide.

Références

Articles

- Bruchon-Schweitzer M. & Siksou, M. (2008). La psychologie de la santé. *Le Journal des psychologues*, 260,28-32. DOI :10.3917/jdp.260.0028.
- Burchill, J. (2012). Barriers to effective practice for health visitors working with asylum seekers and refugees. *Community Practitioner*, 85(7), 20.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services : A model of care. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 181-184.
- Cantoreggi, N. (2010). Pondération des déterminants de la santé en Suisse. *Etude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un modèle de déterminants de la santé pour la Suisse. Suisse : Groupe de recherche en environnement et santé (GRES) Institut des sciences de l'environnement-Université de Genève*, 58.
- Coughlan, M., Cronin, P., & Ryan, F. (2013). Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care : SAGE Publications. Sage.
- Derose, K. P., Escarce, J. J., & Lurie, N. (2007). Immigrants and health care : sources of vulnerability. *Health affairs*, 26(5), 1258-1268.
- Georgiadou, E., Morawa, E., & Erim, Y. (2017). High manifestations of mental distress in arabic asylum seekers accommodated in collective centers for refugees in Germany. *International journal of environmental research and public health*, 14(6), 612.
- Jobin, L., Pigeon, M., & Bédard, L. (2012). La santé et ses déterminants: mieux comprendre pour mieux agir. *Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Québec : 26p.*
- Khawaja, N. G., & Stein, G. (2016). Psychological services for asylum seekers in the community: Challenges and solutions. *Australian Psychologist*, 51(6), 463-471.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959-E967.
- Lazarus, R.S. et Folkman, S. (1984b). Stress, appraisal, and coping, New York : Springer.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced Nursing*, 56(5), 472-479.
- McKeary, M., & Newbold, B. (2010). Barriers to care: The challenges for Canadian refugees and their health care providers. *Journal of Refugee Studies*, 23(4), 523-545.

- Milhomme, D., Gagnon, J., & Lechasseur, K. (2014). L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques : quelques pistes de réflexion. *L'infirmière clinicienne*, 11(1), 1-10.
- Pourré, B. (2008). L'ethnopsychiatrie : une ouverture à l'altérité. *Soins infirmiers*, 4/2008.
- Samarasinghe, K., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *International Nursing Review*, 57(2), 224-231.
- Slobodin, O., & de Jong, J. T. (2015). Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy?. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 17-26.
- Schick, M., Zumwald, A., Knöpfli, B., Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., ... & Morina, N. (2016). Challenging future, challenging past: The relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *European journal of psychotraumatology*, 7(1), 28057.
- Spike, E. A., Smith, M. M., & Harris, M. F. (2011). Access to primary health care services by community-based asylum seekers. *Med J Aust*, 195(4), 188-191.
- Strijk, P. J., van Meijel, B., & Gamel, C. J. (2011). Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: An exploratory study. *Perspectives in psychiatric care*, 47(1), 48-55.
- Sulaiman-Hill, C. M. R., & Thompson, S. C. (2012). *'Thinking Too Much': Psychological distress, sources of stress and coping strategies of resettled Afghan and Kurdish refugees*. *Journal of Muslim Mental Health*, 6(2).
- Verhoeven, M., & Van Neerven, I. (2014). Soigner et accompagner: perspectives anthropologiques: les pratiques de soins et les compétences culturelles. De Boeck-Estem.
- Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2015). Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers—a Swedish cross-sectional study. *BMC public health*, 15(1), 1162.

Brochures

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2ème éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3ème éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Office fédéral de la santé publique. (2013). Programme national Migration et santé. Bilan 2008-2013 et axes prioritaires 2014-2017. Berne: OFSP.

Secrétariat d'Etat aux migrants. (2017). Statistique des étrangers et de l'asile 2016 [Brochure]. Berne, Suisse.

Zetter, R. (2014). Protection des migrants forcés : Etat des lieux des concepts, défis et nouvelles pistes [Brochure]. Berne, Suisse, Commission fédérale pour les questions de migrations CFM.

Sites internet

Commission européenne. (2018). Système européen commun d'asile. Repéré à https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/asylum_en

Confédération Suisse. (2017). *Aperçu: centres d'enregistrement et de procédure*. Repéré à https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/asylverfahren/empfang/uebersicht_evz.html

Confédération Suisse. (2017). *Statistiques en matière d'asile, octobre 2017*. Repéré à <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik/archiv/2017/10.html>

Jolpress. (2014). *Lampedusa, porte d'entrée vers l'Europe et vers la mort*. Repéré à <http://www.jolpress.com/lampedusa-porte-entree-vers-europe-et-vers-mort-article-822132.html>

Journalism Online Press. (2013). *Migrations : quelles sont les principales routes portes d'entrée en EU ?* Repéré à <http://www.jolpress.com/sommet-ue-migrations-principales-routes-migratoires-portes-entree-vers-europe-article-822558.html>

L'express. (2017). *Ceuta, un millier de migrants tentent le passage en force vers l'Europe*. Repéré à https://www.lexpress.fr/actualite/monde/afrique/ceuta-un-millier-de-migrants-tentent-le-passage-en-force-vers-l-europe_1864842.html

Le Figaro. (2017). Des centaines de migrants forcent le mur de Ceuta. Repéré à <http://www.lefigaro.fr/international/2017/02/17/01003-20170217ARTFIG00218-des-centaines-de-migrants-forcent-le-mur-de-ceuta.php>

Le monde. (2018). Comprendre la crise des migrants en Europe en cartes, graphiques et vidéos. Repéré à https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/09/04/comprendre-la-crise-des-migrants-en-europe-en-cartes-graphiques-et-vidéos_4745981_4355770.html

Le monde. (2017). *"Relocalisation" des migrants en Europe : quels pays ont tenu leurs engagements?*. Repéré à https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/09/26/migrants-relocalises-en-europe-quels-pays-ont-tenu-leurs-engagements_5191777_4355770.html

Nations Unies des droits de l'homme. (2017). Migration and Human Rights. Repéré à <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Migration/Pages/MigrationAndHumanRightsIndex.aspx>

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. (2017). *Migrant/Migration*. Repéré à <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>

Organisation internationale pour les migrations. (2011). *Key Migration Terms*. Repéré à <http://www.iom.int/key-migration-terms>

Organisation suisse d'aide aux réfugiés. (2018). *Offrir son aide*. Repéré à http://www.fr.ch/sasoc/files/pdf88/diagramme_v5_fr.pdf

Secrétariat d'Etat aux migrants. (2014). *Motifs de migration*. Repéré à <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/internationales/weltweite-migration/migrationsgruende.html>

Radio France Internationale. (2017). *UE : la fin des quotas de répartition de réfugiés entre les Etats membres*. Repéré à <http://www.rfi.fr/emission/20170926-union-europeenne-point-politique-relocalisation-migrants>

The United Nations Refugee Agency. (2009). *UNHCR policy on refugee protection and solutions in urban areas*. Repéré à <http://www.unhcr.org/4ab356ab6.pdf>

Visioncarto. (2015). *Dans la région de l'Evros, un mur inutile sur la frontière grec-turque*. Repéré à <https://visionscarto.net/evros-mur-inutile>

Audio-vidéo en ligne

Euronews (2011). L'île de Lampedusa confrontée à une arrivée massive [Vidéo en ligne] Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=YM24cVz7REM>

Radiotélévision Suisse. (04.01.2014). *La Grèce fait bâtir un mur de 13 kilomètres à la frontière gréco-turque*. Repéré à <https://www.rts.ch/play/tv/19h30/video/la-grece-a-fait-batir-un-mur-de-13-kilometres-a-la-frontiere-greco-turque?id=5503087&station=a9e7621504c6959e35c3ecbe7f6bed0446cdf8da>

Ribowski, N. (2007). Tobie Nathan, l'ethnopsychiatrie [Vidéo en ligne]. Repéré à http://www.dailymotion.com/video/x2076d_l-ethnopsychiatrie-partie-1-3_tech

Déclaration d'authenticité

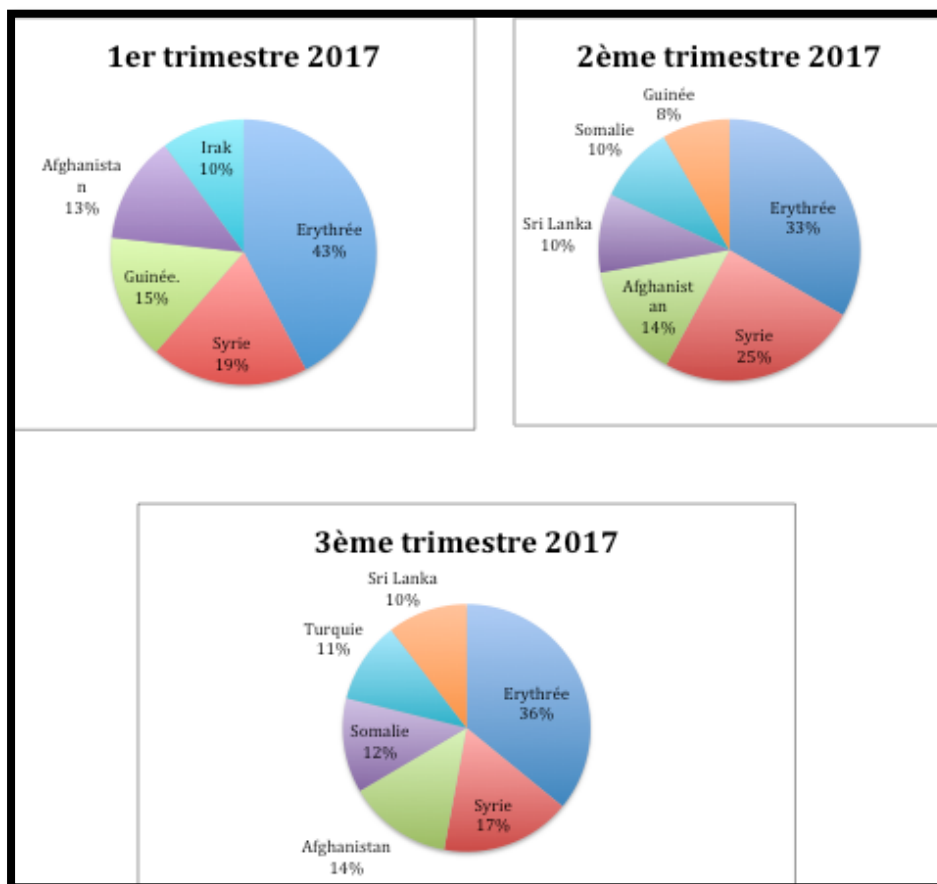
« Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et aux directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées. »

Hanife Iseni et Cassandre Bertherin

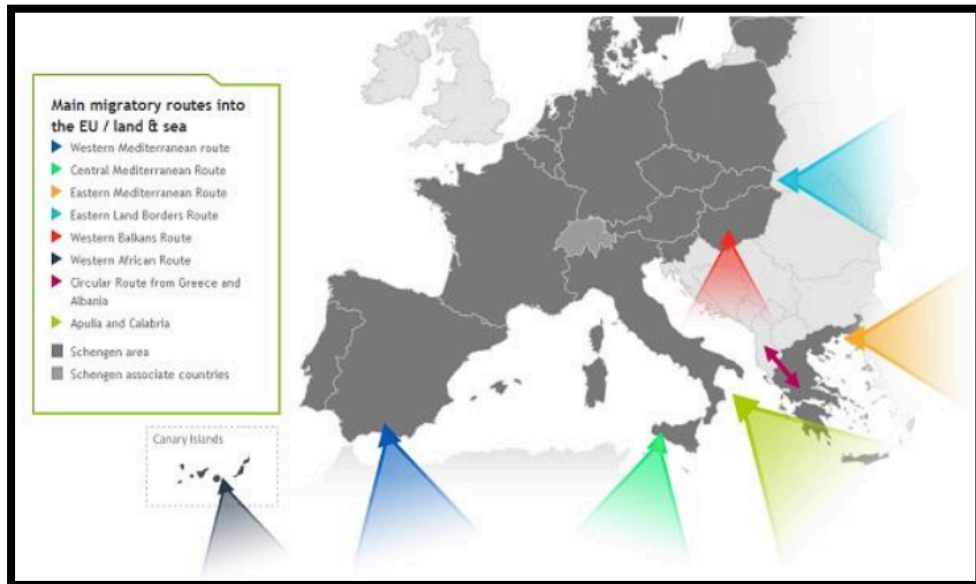
Two handwritten signatures in blue ink, one on the left and one on the right, both appearing to be cursive and stylized.

Annexes

Annexe I : Statistiques des pays d'origines des réfugiés



Annexe II : Les huit routes migratoires



Il existe huit routes migratoires vers l'Union Européenne (Journalism Online Press (JOL), 2013).

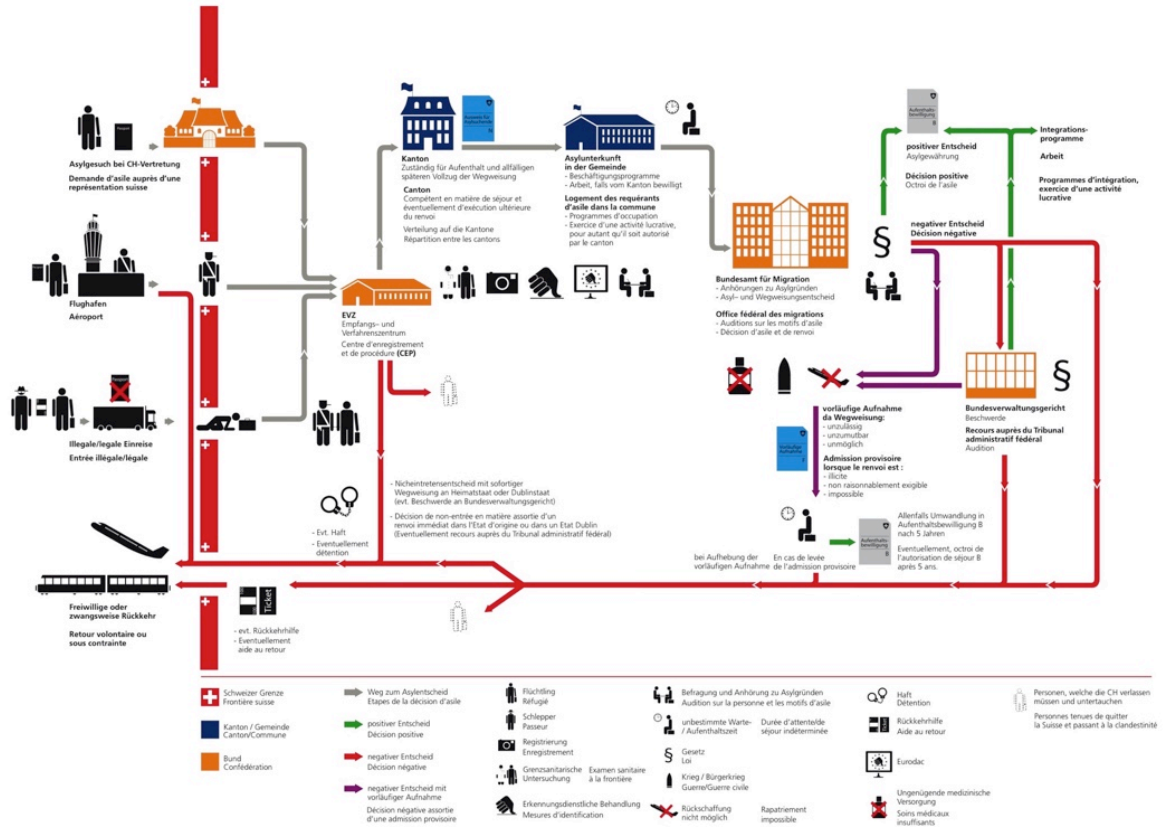
1. La route ouest-africaine où le point de passage est aux îles Canaries.
1. La **route ouest-méditerranéenne** : le passage est au niveau du détroit de Gibraltar, puis Ceuta en Espagne ou Mellila au Maroc.
2. La **route centre-méditerranéenne** : les migrants passent par la Lampedusa ou la Sicile.
3. Les Pouilles et la Calabre : Les migrants vont par le sud de l'Italie
4. La route circulaire entre l'Albanie et la Grèce
5. La route de l'ouest des Balkans
6. La **route est-méditerranéenne** : entre la frontière turque et grecque
7. La route des frontières orientales : en direction de la Lituanie, l'Estonie ou de la Pologne

Ces différents parcours se font par voie terrestre ou maritime. L'une des principales routes de passages clandestines des réfugiés est située à la frontière de la Grèce et la Turquie. En effet, 40'000 réfugiés ont choisi ce passage en 2009 puis, 57'025 en 2011. Dans le but de contrôler ce flux migratoire, la Grèce prend la décision de construire un mur de 12.5 kilomètres de long et 3 mètres de haut à la frontière avec la Turquie en 2012 (RTS, 04.01.2014). Cette route représente différents avantages pour les individus voulant rejoindre l'Union Européenne. Tout d'abord, le fleuve Evros est plus facile d'accès que la mer Egée. Ensuite, Ankara ne demande pas de visa aux ressortissants des autres pays. Pour terminer, la raison la plus importante pour avoir choisir cette route c'est que la Grèce et la Turquie ont complètement déminé leur région frontalière ce qui provoque une importante augmentation des passages illégaux (Visionscarto, 2015).

Ensuite, le deuxième passage d'entrée en Europe est la Route ouest-méditerranéenne, au niveau du détroit de Gibraltar. Deux barrières physiques ont été érigés à Ceuta en Espagne et Melilla au Maroc. En 2012, 6'400 migrants ont passés illégalement la frontière espagnole. Les deux barrières de Ceuta et Melilla ont dû être surélevées en 2005 et atteindre 6 mètres de hauteur composée de barbelés et lames tranchantes. La dernière tentative des migrants de traverser ces barrières remonte à 2016 et 498 migrants ont réussi à pénétrer dans l'enclave de Ceuta. (Le Figaro, 2017)

Pour terminer, la troisième route, par les voies maritimes, prisée pour les passages en Europe est la route centre-méditerranéenne, où le passage principal se fait par le sud de l'Italie (Lampedusa et la Sicile). En 2016, 181'000 migrants sont arrivés En 2012, 10'380 migrants ont passé la frontière illégalement.

Annexe III : Procédure suisse de migration



Selon le Secrétariat des Etats aux migrations (SEM, 2012), les migrants arrivent en Suisse soit à l'aéroport, soit en entrant illégalement. Dans les deux cas, ils se retrouvent au Centre d'enregistrement et de Procédure (CEP) se trouvant soit à Bâle, Chiasso, Vallorbe, Altstätten, Kreuzlingen. Cette étape comprend :

- Enregistrement des données personnelles
- Réalisation d'une photo passeport
- Relever des empreintes digitales
- Examen médical

- Vérification Procédure Dublin. Cette étape consiste à vérifier quel état incombe de la responsabilité de mener les différentes procédures d'asile. Cette phase est importante pour identifier si le réfugié a déposé d'autres demandes d'asile dans d'autres pays membres de l'accord Dublin.
- Première audition dans le but de connaître les raisons de la venue du réfugié

A ce stade, la décision de renvoi peut être prise dans les situations où le requérant est arrivé pour des raisons économiques ou médicales. Celui-ci est renvoyé par avion dans son pays d'origine. Ce contexte s'appelle aussi « Non entrée en matière ».

Dans le cas où la demande est acceptée, le migrant devient requérant d'asile et est réparti dans un canton et sera loger dans un foyer pour requérant où il attend sa deuxième audition. A ce moment, le requérant possède un permis N qui lui donne l'opportunité de travailler après 3 mois dans le canton où il habite. De plus, il a le droit à l'enseignement et à l'aide sociale et l'assurance maladie de base. L'attente pour la deuxième audition peut s'étendre jusqu'à 2 ans. Cette deuxième rencontre se fait au Secrétariat d'Etat aux migrations qui prend la décision d'octroyer l'asile ou non. Si la réponse est négative, un recours auprès du Tribunal administratif fédéral est possible. Néanmoins, le requérant peut rester en Suisse de manière provisoire si le renvoie est illicite, impossible ou non raisonnablement exigible et possède donc un Permis F. Au contraire si la réponse serait positive, il obtiendrait un permis B qui lui permet d'avoir les mêmes droits que le requérant en plus des allocations familiales, le choix de résidence dans le même canton et où les impôts sont prélevés à la source.

Annexe IV : Soins centrés sur la personne

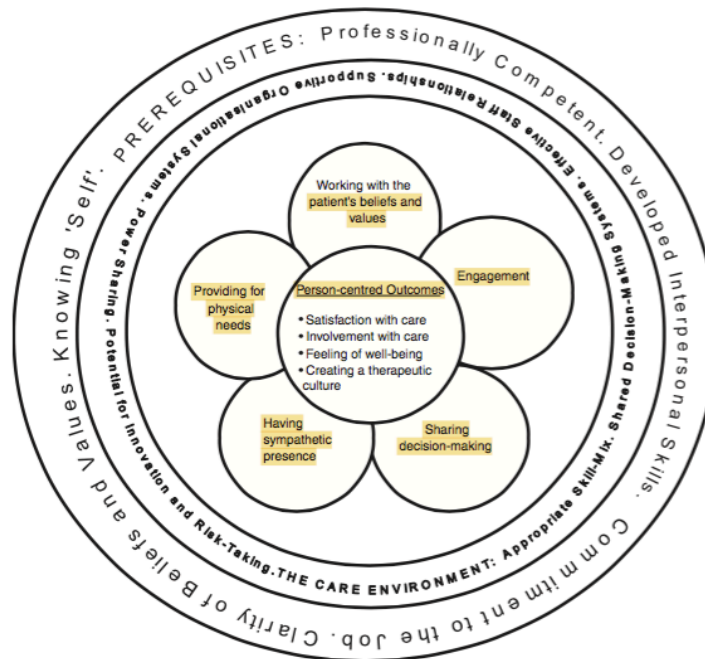


Figure 2 The person-centred nursing framework.

Annexe V : Déterminants de la santé



A. Conditions générales socio-économiques, culturelles et environnementales :

Cette catégorie inclut les politiques structurelles ayant des impacts sur l'équité en matière de santé.

- **Politiques économiques :**
 - Coûts différentiels de traitement des maladies et de perte de productivité
 - Distribution inégale des bénéfices de la croissance
- **Politiques environnementales** en relation à la problématique de l'exposition différentielle des populations à la pollution de l'air et au bruit
- **Politiques militaires** : conséquences différenciées pour les populations impliquées et touchées

B. Conditions de vie et de travail : Rassemblent tout ce qui concerne les conditions de vie et de travail des populations, déclinées en 5 sous-catégories:

- **Environnement de travail :** différences en matière de conditions physiques et psychosociales sur le lieu de travail à l'origine de nombreuses pathologies. Ces différences sont corrélées avec les niveaux d'éducation et de salaire.
- **Chômage :** considère la question de la corrélation positive entre le risque de chômage de longue durée et les niveaux de formation professionnelle et d'éducation, la monoparentalité féminine et le revenu familial. La situation peut être aggravée par l'absence d'un réseau social de soutien, de même que par la difficulté progressive à accéder à un logement, une alimentation et des soins de qualité.
- **Alimentation et secteur agricole :** réunit les éléments relatifs à la production et à la mise à disposition d'une nourriture de qualité, à un prix abordable. Les populations à bas revenus sont fortement touchées dans la mesure où leur disponibilité financière limitée les rend tributaires des produits de moindre qualité.
- **Logement :** prend en compte tous les paramètres définissant la situation de logement :
 - Les conditions physiques des bâtiments (conditions sanitaires, chauffage)
 - Les dimensions sociales qui découlent des choix urbanistiques et qui se traduisent par des phénomènes de ségrégation sociale de l'habitat.

Cette situation peut se traduire par des effets directs sur la santé, liés à l'insalubrité des bâtiments et par des effets indirects par l'adoption de comportements individuels moins sains du fait des influences de l'environnement social.

- **Formation** : réunit différents éléments relatifs aux déterminants en matière de formation.
 - Équité d'accès aux opportunités de formation – forte corrélation avec les opportunités et la qualité de l'emploi qui s'en suit
- **Secteur des soins** : comprend les dimensions ayant trait à l'équité d'accès au système de soins. Comprend :
 - Aspect économiques : coût, système d'assurance
 - Aspect géographiques : distribution spatiale des services de soins
 - Aspects culturels : maîtrise de la langue, communication entre soignant et patient

C. Réseaux sociaux et communautaires

Les relations entre l'existence et l'importance des réseaux sociaux et communautaires de soutien et la santé. Cette relation se manifeste de :

- **Manière directe** à travers une plus forte prévalence de certaines pathologies
- **Manière indirecte**, au niveau des comportements individuels en matière de dépendances et dans la capacité à gérer le stress

D. Facteurs individuels : style de vie

Considère les comportements individuels en matière de dépendances, de mauvais régime alimentaire et de manque d'activité physique. Dahlgren Et Whitehead interprètent le différentiel de santé qui résulte d'une plus forte propension à avoir des comportements inadéquats comme étant corrélé aux contraintes matérielles et sociales.

E. Age, sexe, et facteurs héréditaires

Prend en compte les déterminants qui sont considérés comme « données » et qui ne sont pas susceptible de produire des iniquités de santé comme l'âge, le genre et les facteurs génétiques

Annexe VI : Tableau récapitulatif des articles

Auteur et date	Thématique	Design	Echantillon et Setting	Outils de mesure	Qualité méthodologique
Spike, Smith & Harris (2011)	Déterminer si les demandeurs d'asile basés dans la communauté éprouvent des difficultés à accéder aux services de soins de santé primaires et à déterminer l'impact des difficultés décrites.	Devis qualitatif - Etude de cas	N=17 5 intervenants dont trois infirmières, un généraliste et un gestionnaire de service 12 demandeurs d'asile (4 femmes et 8 hommes âge : 7 entre 40 et 59 ans et 5 en dessous de 40 ans) recruté au Centre des demandeurs d'asile en Australie	Entretiens semis-structurés	Echantillon restreint et englobe qu'un seul lieu d'étude Consentement verbal plutôt qu'écrit en raison des préoccupations des demandeurs d'asile en lien avec la maîtrise de la langue. Il a été demandé avant l'interview. Les entretiens ont été menés en anglais, ce qui peut limité l'expression de certains participants.
Burchill (2012)	Déterminer les obstacles que les professionnels rencontrent lorsqu'ils travaillent avec des réfugiés ou des demandeurs d'asile.	Devis qualitative – Etude de cas	Soignants ayant travaillé au moins deux ans aux alentours de Londres (probable d'avoir travaillé avec des réfugiés) + infirmiers avec qualification de santé publique.	Entrevues approfondies	Le nombre exact de participants n'est pas explicité Le PCT et le Comité local de recherches et d'éthique ont validé l'étude.

Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson (2010)	Décrire la promotion de la santé par les infirmières de soins de santé primaire (ISSP) suédois dans les familles migrantes involontaires en transition culturelle.	Devis qualitatif transversal	<p>N = 34</p> <p>34 infirmières de soins de santé primaire travaillant dans la maternité, la pédiatrie, l'enfance, l'école et la communauté et qui ont travaillé avec 200 familles migrantes provenant de 42 pays différents.</p> <p>L'étude a été réalisée dans deux municipalités du sud de la Suède.</p>	Des interviews sur leur lieu de travail qui durent environ 60 minutes.	<p>Consentement verbal et écrit des participants et une confidentialité assurée.</p> <p>Etude approuvée par un comité d'étude universitaire en Suède</p> <p>La transférabilité des résultats est limitée du fait de l'expérience novice de la Suède concernant la prise en charge des réfugiés du monde entier.</p> <p>Crédibilités renforcées en réévaluant les données en validant les catégories descriptives</p>
Wångdahl, Lytsy, Mårtensson & Westerling (2015)	Etudier les expériences de communication des réfugiés au cours de leur examen de santé et l'utilité de cet examen ainsi que si la littératie en santé est associée à ces expériences.	Etude qualitative - devis corrélationnel	<p>N = 360</p> <p>360 demandeurs d'asile ayant intégré l'école pour les immigrants (SFI) en Suède.</p> <p>Les participants ont été recrutés dans quatre comtés différents.</p>	Questionnaires comportant 60 questions axées sur la santé, la littératie de la santé et les expériences de l'examen de santé.	<p>L'approbation éthique a été demandée par le comité régional de recherches cliniques d'Uppsala en Suède.</p> <p>Les questionnaires ont été traduits en arabe, en somalien et en dari.</p> <p>L'interprétation des mesures subjectives peut être erronée.</p> <p>Validité des échelles nécessaires pour garantir la</p>

					qualité des résultats Malgré les traductions, certaines réponses manquent dans des items.
Khawaja & Stein (2016)	Explorer comment les praticiens fournissent des services efficaces.	Etude qualitative exploratoire	N= 7 7 praticiens (3 psychologues, 2 psychiatres, un ergothérapeute et un travailleur social) ayant une expérience professionnelle entre 6 et 20 ans avec des migrants 3 participants étaient d'origine anglo-saxonne alors que les 4 autres venaient de diverses origines ethniques.	Interviews semi-structurées portées sur les problèmes de représentations des patients demandeurs d'asile, les expériences professionnelles en travaillant avec cette population, l'application de stratégies de traitements et de l'adaptation culturelle.	L'interview permet d'explorer davantage les perspectives des participants Etude approuvée par les comités de l'université Taille de l'échantillon restreinte et tous les participants provenaient d'une clinique spécialisée → résultats peu représentatifs Pas de vérification de la retranscription par les participants
Sulaiman-Hill & Thompson (2012)	Explorer les expériences de réinstallation et les résultats en matière de santé mentale. Identifier les sources de stress continuelles pour les anciens réfugiés	Etude mixte – type exploratoire	N = 200 participants d'origine d'Afghanistan ou étaient Kurdes ayant plus de 18ans au moment de l'étude. Arrivés en Australie et Nouvelle-Zélande comme réfugiés ou demandeurs d'asile entre 1988 et 2008 et résidaient à Perth ou	Echelle de Kessler-10 = outil de dépistage de la détresse psychologique composé de 10 questions avec 5 catégories de réponses Entretiens	L'étude a été approuvée par le Human Research Ethics Committee de l'Université de Curtin, Perth en Australie. La méthode de boule de neige ne permet pas de généraliser à une population plus large.

	d'Afghanistan		Christchurch (50 participants dans chaque groupe)	individuels contenant des questions ouvertes afin de trouver des stratégies de coping	
--	---------------	--	---	---	--

Annexe VII : Tableau récapitulatif des résultats

Titre	Spike, E. A., Smith, M. M., & Harris, M. F. (2011). Access to primary health care services by community-based asylum seekers. Med J Aust, 195(4), 188-191.	Burchill, J. (2012). Barriers to effective practice for health visitors working with asylum seekers and refugees. Community Practitioner, 85(7), 20.	Samarasinghe, K., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. <i>International Nursing Review</i>, 57(2), 224-231.
Devis / Méthode	Devis qualitatif	Devis qualitatif	Devis qualitatif
Echantillon	<p>5 intervenants : 3 infirmiers, un généraliste, un gestionnaire de services</p> <p>12 demandeurs d'asile qui ont été recruté au Centre des demandeurs d'asile (4 femmes – 3 âgées de -40ans et une entre 40 et 59ans)</p> <p>8 hommes (2 en dessous de 40ans / 6 entre 40 et 59ans)</p> <p>Tous étaient en cours de demande d'asile sauf un</p> <p>4 venaient de l'Asie de Sud // 3 Afrique Sub-Saharienne // 2 Asie du Sud-Ouest // 1 Moyen-Orient // 1 Asie de l'Est // 1 Ile du Pacifique</p>	<p>Soignants ayant travaillé au moins de deux ans aux alentours de Londres (ils ont probablement travaillé avec des réfugiés)</p> <p>Les critères d'inclusion étaient d'avoir assisté à la première présentation et d'être un infirmier de soins généraux tant en ayant des qualifications de santé publique.</p>	<p>2 municipalités de Suède</p> <p>34 infirmières de soins de santé primaire qui travaillent en maternité, en pédiatrie, à l'école ou dans les communautés</p> <p>Chaque infirmière a travaillé avec 200 familles migrantes provenant de 42 pays différents environ.</p>
Question de recherche	Déterminer si les demandeurs d'asile basés dans la communauté éprouvent	Déterminer les obstacles que les professionnels rencontrent lorsqu'ils travaillent avec des	Décrire la promotion de la santé par les infirmières de soins de santé primaire

	des difficultés à accéder aux services de soins de santé primaires et à déterminer l'impact des difficultés décrites.	réfugiés ou des demandeurs d'asile.	(ISSP) suédois dans les familles migrantes involontaires en transition culturelle.
Résultats	<p>3 thèmes sont ressortis lors de l'analyse :</p> <p>Coûts des soins de santé + impact du refus de l'assurance-maladie -Des demandeurs d'asile ont déclaré être incapable de voir un médecin privé (Coûts trop cher)</p> <p>-Réticents dû aux expériences négatives dû aux factures</p> <p>-Limitation des options chez le médecin et beaucoup ont dû attendre pour RDV</p> <p>-Difficulté à payer des médicaments ce qui engendre des arrêts de TTT chronique</p> <p>Impact du stress post-migration sur la santé (Demandeurs d'asile) + accès aux soins</p> <p>-Facteurs de stress : Difficulté financière / processus d'immigration / Insécurité hébergement / Incapacité travail / Isolement social / séparation famille / Maladie / Accès limité aux soins de santé</p>	<p>Conclusion de l'étude : il existe des obstacles à une pratique efficace pour les professionnels lorsqu'ils travaillaient avec des réfugiés et des demandeurs d'asile et que ce thème était sous-entendu par des sous-chapitres d'engagement inefficace et de ressources limitées.</p> <p>Engagement inefficace :</p> <p>-Difficulté à accéder aux services appropriés pour les réfugiés et les demandeurs d'asile. Les réfugiés avaient peu de compréhension du système de santé ce qui causait souvent de la confusion.</p> <p>-Difficultés à accéder à un médecin généralisé pour leurs patients car les médecins généralistes refusaient de les enregistrer pour diverses raisons.</p> <p>-Les professionnels ont mentionné que les familles et les personnes utilisaient de façon inappropriée des services d'urgence pour le TTT de maladies bénignes comme le rhume ou la grippe</p> <p>-Inflexibilité de l'équipe de soins frustre les professionnels de soins qui auraient le sentiment d'être le seul service à essayer d'aider</p>	<p>Catégorie I : Approche ethnocentrique</p> <p>6 ISSP = infirmières de soins de santé primaire visent à promouvoir la santé physique</p> <p>-Les soignants ont du mal à obtenir l'image de la famille (difficile de rencontrer toute la famille en même temps). Ils n'ont pas un aperçu plus profond de l'histoire de famille</p> <p>-Ils n'ont pas assez de temps pour s'occuper des problèmes psychosomatiques</p> <p>-Ils ne se sentent pas assez qualifiés pour gérer des problèmes psychosomatiques</p> <p>-Difficulté linguistique et d'interprétation du langage corporel qui deviennent des obstacles</p> <p>-Les soignants étaient axées sur la détection des maladies transmissibles et la prévention des maladies (VIH, hépatite, tuberculose, giardias)</p> <p>-Ils ont conseillé les familles sur le changement de style de vie pour</p>

	<p>/ Anxiété ou dépression</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le stress post-migration + maladie psychologique entretient une position sociale vulnérable (augmente leur réticence à accéder aux soins) -Les demandeurs d'asile n'ont pas accès à l'assistance du gouvernement -Beaucoup de demandeurs d'asile estiment que l'accès aux soins était limité par le manque d'infos (surtout lors de leur arrivée) <p>Réponses aux services disponibles pour les demandeurs d'asile + contexte politique</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intervenants ont noté l'amélioration de l'accès aux soins hospitaliers et de la maternité depuis la directive politique de 2009. -Demandeurs d'asile se plaignent du manque du temps ou le fait de ne pas avoir eu le choix d'utiliser un interprète avec les médecins privés. -Ils sont inquiets sur le fait que les généralistes ne soient pas autorisés à un accès à des soins gratuits au service de traduction. 	<p>certaines de ces personnes.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Manque de compréhension des systèmes augmente le problème ainsi que la communication inefficace – EX : les lettres écrites en anglais ont été envoyées aux familles pour des rendez-vous avec des consultations pédiatriques sans en informer le patient --> RDV manqué -Les réfugiés qui ont été déplacés fréquemment peuvent être réticents à s'engager dans des services parce qu'ils ont été abandonnés par le passé - d'autres parents n'avaient pas cette problématique car ils se livraient à des activités telles que la prostitution, le trafic de stupéfiants et les enfants allaient à l'école buissonnière. <p>Raison de ce désengagement : manque de conscience des patients quant à l'utilité de ces services.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les professionnels ont souligné l'importance de la surveillance des enfants mais pas facile avec ce groupe de patients. <p>Exemple d'engagement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Apprentissage de la langue de leurs patients -Mise en place de clinique dans des centres 	<p>prévenir l'obésité et les problèmes de santé (diabète, HTA, prévention chutes)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Difficulté à faire en sorte que les familles adoptent des pratiques suédoises <p>Catégorie II : Approche empathique</p> <p>19 ISSP étaient concentrées sur la promotion de la santé mentale (ont pu poser des questions)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le fait d'amener les individus à parler de leur vie et parler des ATCD familiaux a aidé pour comprendre l'identité du migrant -La relation de confiance est fondamentale pour les ISSP -Être compatissant, fiable, curieux pour l'autre culture et l'humour jouent un rôle dans la promotion de santé -Les ISSP ont parlé lentement et clairement aux familles, et tiennent compte du langage corporel // aide avec des objets pour la communication -Appris quelques mots langue du patient. Si nécessaire, font appel à un interprète -Les ISSP sont conscients de l'impact
--	--	--	--

		<p>communautaires plus accessibles</p> <p>-Être flexible dans leur approche en remplissant des demandes de permis de conduire dans des cliniques de santé pour enfant ou faire des appels téléphoniques concernant les factures impayées --> aide les professionnels à gagner la confiance de leurs patients et a encouragé l'engagement</p> <p>-Difficultés à interagir avec les personnes qui présentent de nombreux symptômes vagues qui ne sont pas facilement traitables = maladie psychosomatique qui était probablement le résultat d'un traumatisme physique ou psychologique.</p> <p>-Grande différence dans la compréhension culturelle de la santé et la maladie : un patient a parlé que la dépression postnatale était un terme occidental et que les gens de certains pays n'ont pas le même langage pour la maladie mentale (ex : une personne souffrant de douleurs cardiaques pourrait essayer de décrire sa dépression.)</p> <p>-Un professionnel a expliqué que certains de ces patients n'avaient aucun concept de rétablissement.</p> <p>-Les professionnels étaient préoccupés par le fait que la façade de symptômes somatiques pourrait potentiellement conduire à un mauvais diagnostic ou aucun diagnostic du tout lorsque</p>	<p>culturel sur le cpt humain</p> <p>-Les ISSP estiment que les familles n'ont pas confiance en elles à cause de la méconnaissance de la société suédoise</p> <p>Une approche empathique peu conserver l'identité de l'individu. C'est un aspect important dans la promotion de la santé car c'est un sentiment subjectif de bien-être et un indicateur de transition saine.</p> <p>-En adoptant une attitude amicale et en montrant un réel intérêt pour les personnes et leur famille, les soignants ont fait de la promotion de la santé mentale.</p> <p>Catégorie III : Approche holistique</p> <p>9 ISSP adopte une vision plus globale de la situation familiale des migrants</p> <p>-Ils coopèrent avec d'autres professionnels jugé nécessaire (des conseillers, des travailleurs sociaux et des travailleurs de la santé)</p> <p>-L'intégration parentale dans la société est essentielle pour que les enfants ne sont pas aliénés. Ils ont donc organisé des réseaux sociaux (cours de</p>
--	--	---	---

		<p>la dépression peut être présente.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le manque d'engagement signifie que les réfugiés et les demandeurs d'asile ne reçoivent pas les services adéquats pour répondre à leurs besoins. -La somatisation prend la forme de vagues symptômes généralisés qui incluent la fatigue, la faiblesse, la fièvre ou les douleurs partout. -Les personnes souffrant d'anxiété ou de dépression se plaignent de symptômes physiques souvent changeants tels que des maux de tête, des palpitations, une perte de poids, des vertiges, douleurs partout. -Comprendre et diagnostiquer une maladie avec des personnes issues de culture différente qui utilisent des termes somatiques peut être difficile et peut conduire à un diagnostic erroné -Les professionnels ont du mal à traiter efficacement avec les demandeurs d'asile et les réfugiés en raison du manque de ressources et de temps, laissant moins de temps pour travailler avec leurs patients ordinaires. -Les services plus coûteux (accidents et les urgences) étaient utilisés alors que des services moins coûteux comme la médecine générale pouvaient être utilisés. -Une frustration supplémentaire était évidente lorsque leur propre temps de travail devenait une ressource qui était épuisée, ce qui entraînait 	<p>préparation alimentaire, création "Maison de la famille" (lieu de rencontre commun, des cafés pour les parents)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les ISSP font parfois des visites à domicile dans le but de mieux connaître les familles. -La promotion de la santé des familles est liée à la compétence culturelle de l'infirmière (en Suède, la promotion de santé se concentre sur l'individu et non la famille en tant qu'unité. -La compréhension limitée des infirmières en lien à l'ethnocentrisme risque de fausser les hypothèses provoquant de la frustration et de confrontation dans les rencontres. -ISSP qui dispense les soins de manière ethnocentriques peuvent provoquer un stress acculturatif -Les ISSP ne sont pas satisfaites de leur travail et manquent de connaissances et de compétences culturelles. Ils ont besoin de conseil et de débriefing -Les soignants renforcent la confiance des familles en s'informant des croyances et en s'informant de la famille en général. -L'intégration des systèmes familiaux
--	--	---	--

		<p>une diminution de la qualité du travail qu'ils pouvaient fournir.</p>	<p>dans la pratique clinique est bénéfique pour la gestion du stress. De plus, les conversations familiales sont utiles pour renforcer les relations familiales (plus important pour les familles issues de cultures collectivistes)</p> <p>-Des rôles familiaux clairement définis sont cruciaux pour améliorer la santé de la famille.</p>
--	--	--	--

Titre	Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2015). Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers—a Swedish cross-sectional study. <i>BMC public health</i> , 15(1), 1162.	Khawaja, N. G., & Stein, G. (2016). Psychological services for asylum seekers in the community: Challenges and solutions. <i>Australian Psychologist</i> , 51(6), 463-471.	Sulaiman-Hill, C. M. R., & Thompson C. (2012). <i>'Thinking Too Much': Psychological distress, sources of stress and coping strategies of resettled Afghan and Kurdish refugees</i> . <i>Journal of Muslim Mental Health</i> , 6(2).
Devis / Méthode	Devis qualitatif	Devis qualitatif	Devis mixte
Echantillon	360 réfugiés qui viennent de l'Arabie, Somalie, Daris qui sont né en dehors l'EU et ayant reçu un permis de séjour permanent en tant que demandeur d'asile	7 praticiens (3 psy, 2 psychiatres, un ergo et un travailleur social) // 3 hommes et 4 filles âgés entre 33 et 55 ans Expérience professionnelle entre 6 et 20 ans avec des migrants venant de Iran, Sri Lanka, Afghanistan, Burundi, Somalie, Bosnie et Irak 3 étaient d'origine anglo-saxon et les 4 autres de diverses origines ethniques.	Participants originaires d'Afghanistan étaient Kurdes, + de 18ans, réfugiés demandeurs d'asile entre 1988 - 2008
Question de recherche	Etudier les expériences de communication des réfugiés au cours de leur examen de santé et l'utilité de cet examen ainsi que si la littératie en santé est associée à ces expériences.	Explorer comment les praticiens fournissent des services efficaces.	Explorer les expériences de réinstallation et les résultats en matière de santé mentale. Identifier les sources de stress continuels pour les anciens réfugiés d'Afghanistan
Résultats	Expérience de l'examen de santé des demandeurs d'asile -78% des participants ont l'impression de recevoir peu de renseignements sur les soins et dont la qualité de communication est faible (60%, $p < 0.001$) -61.4% des réfugiés n'étaient pas	7 thèmes majeurs sont ressortis Problèmes de présentation Stress de la vie -Les principales plaintes tournaient autour du fait de ne pas avoir de visa car cela engendrait	Détresse psychologique : -Les participants au chômage ou qui étaient incapables de parler anglais avaient un risque plus élevé de détresse psychologique. -Les participants qui ont plus d'éducation ont un risque inférieur de détresse

	<p>informée de leurs droits aux soins (p<0.001)</p> <p>-60.8% des participants ont dit qu'ils n'avaient pas reçu de nouvelles connaissances ou d'aide durant l'examen (p<0.001)</p> <p>Association entre littératie en santé et expérience de l'examen</p> <p>-Des liens ont été trouvés entre les niveaux de la compréhension de la littératie en santé et les variables qualité de communication et l'utilité de l'examen.</p> <p>-Dans le groupe où littératie est limitée, 10.9% des participants ne posaient pas de questions (p<0.001)</p> <p>Facteurs associés à l'expérience de l'examen</p> <p>-Ceux ayant une compréhension problématique souffrent d'une mauvaise qualité de communication durant l'examen ou trouvent que l'examen n'est pas utile (OR 9.34, CI 3.25 - 28.58).</p> <p>-Cela engendre un manque d'informations sur leur santé et pas de nouvelles connaissances (OR 6.54 avec un</p>	<p>une énorme incertitude sur l'avenir.</p> <p>-La vie du patient était dans un état flou, pleine de problèmes non résolus, sans but ni signification. Ils étaient interdits d'accès à un emploi ce qui entraîne des difficultés financières. Ils avaient aussi des difficultés à accéder à une gamme de services, y compris les services de santé, les services juridiques, les interprètes et l'éducation.</p> <p>Problèmes psychologiques</p> <p>-Les problèmes les plus courants sont la dépression, l'anxiété, le syndrome de stress post-traumatique et les traumatismes complexes.</p> <p>-Ces problèmes sont étroitement liés aux facteurs de stress de la vie et leur développement coïncidait généralement avec l'arrivée des patients en Australie.</p> <p>-Un professionnel disait que certaines personnes décrivent leurs symptômes dépressifs qui ont empiré dans leur environnement avec les facteurs de stress auxquels ils sont confrontés ici, en particulier en termes d'isolement culturel et social.</p> <p>Problèmes de santé</p> <p>-Un bon nombre de problèmes de santé</p>	<p>psychologique.</p> <p>-Les participants ayant un niveau minin d'éducation avaient des niveaux de risq psychologique significativement pl élevés que ceux qui ont des étud secondaires ou tertiaires.</p> <p>Morbidité subjective :</p> <p>-Les participants qui ont un score de points sur l'échelle de K-10 ont é analysés plus en détail concernant morbidité.</p> <p>-79% de l'échantillon qui ont d symptômes ont déclaré être totaleme incapables de se gérer à un mome Certains ont déclaré être incapable de fa face aux AVQ un mois entier.</p> <p>-70% des échantillons ont signalé u certaine limitation : la plupart du tem moins de 7jours.</p> <p>Raisons de la détresse :</p> <p>-22,5% de l'échantillon ont estimé q leurs problèmes étaient principaleme physiques</p> <p>-34% de l'échantillon ont estimé que leu problèmes étaient parfois physiques</p>
--	--	---	---

	<p>intervalle de confiance de 2.45 - 17.47).</p> <p>-Il y a encore moins de connaissances et d'informations qui passent s'il n'y a pas d'interprètes (OR 3.16, CI 1.71 - 5.83).</p>	<p>rencontrés par les patients demandeurs d'asile provenaient avant leur arrivée en Australie, comme les blessures résultant de guerres ou de conflits.</p> <p>-Presque tous les participants signalent que leurs clients présentent de graves troubles psychologiques et se reflétaient psycho-somatiquement (fatigue chronique, douleur, difficulté à dormir)</p> <p>Problèmes culturels</p> <p>-Ils sont dans 2 grands sous-thèmes : le stress et de l'assimilation de l'acculturation.</p> <p>-Les demandeurs d'asile sont principalement issus de cultures collectivistes et ont souvent du mal à maintenir leur identité culturelle en arrivant dans une société australienne individualiste.</p> <p>-Ils peuvent occasionnellement rencontrer des conflits culturels impliquant des différences de religion et de rôles hommes / femmes. Les fréquents cas de racisme conduisent aussi à un sentiment d'isolement et accentuent le stress acculturel.</p> <p>Interprètes</p> <p>-6 participants ont déclaré avoir utilisé un interprète entre 90 – 100% du temps. Tous les</p>	<p>-43,5% de l'échantillon ont déclaré que les symptômes n'étaient pas dus à une cause de santé physique.</p> <p>-76% de femmes ont signalé une maladie physique ou une limitation par rapport aux hommes (35%).</p> <p>Consultation avec les professionnels de la santé :</p> <p>-3 participants sur 26 croyaient que leurs symptômes étaient attribuables à un problème de santé mentale et ont consulté un professionnel de la santé.</p> <p>-Les femmes rapportent des symptômes physiques.</p> <p>-75% de la catégorie de risque modéré ont consulté un médecin au sujet de leurs symptômes.</p> <p>-79% de risque élevé ont consulté un médecin.</p> <p>-43% des groupes à risque élevé cherchent pas de conseils médicaux professionnels.</p> <p>Principales sources de stress :</p> <p>Les principales sources de stress sont le fait de trop penser, la séparation,</p>
--	---	---	--

		<p>participants comptaient beaucoup sur les interprètes téléphoniques, en raison de la très faible disponibilité des interprètes en face-à-face. Ils ont donc souvent des problèmes techniques avec l'équipement téléphonique.</p> <p>-De plus, certaines traductions ne sont pas représentatives culturellement, car le sens est souvent perdu dans la traduction.</p> <p>-Il est complexe d'obtenir un interprète pour un patient d'une petite communauté culturelle tout en conservant la confidentialité.</p> <p>-Un interprète a également posé quelques difficultés en terme d'être incapable d'établir un rapport aussi efficacement. Un certain nombre de participants ont révélé que de nombreux interprètes n'étaient pas suffisamment formés à l'interprétation des problèmes de santé mentale.</p> <p>-Les professionnels ont déclaré utile d'informer et de débriefier avec l'interprète, de parler clairement et de manière concise, de vérifier constamment si les traductions étaient exactes.</p> <p>-Les participants ont indiqué devoir déployer des efforts supplémentaires pour établir et maintenir des rapports afin de réduire l'influence des interprètes sur les séances. Cependant, le fait de ne pas avoir d'interprète pourrait permettre de forger une relation thérapeutique plus forte et de valider la compétence en anglais du patient.</p>	<p>sentiment d'être submergé, la relation, dissonance du statut, la déresponsabilisation, l'isolement social et le changement culturel et social.</p> <p>Stratégies d'adaptation :</p> <p>-La majorité des participants se sont rendus conscients que bon nombre de leurs symptômes physiques étaient liés à des problèmes psychologiques et utilisaient des stratégies d'adaptation comme faire l'exercice, se socialiser, se relaxer, faire des stratégies d'évitement, pratiquer la religion (lecture du Coran et la prière importantes pour les femmes), demander l'aide d'un professionnel ainsi que penser positivement.</p>
--	--	---	---

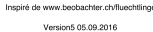
		<p><u>Evaluation</u></p> <p>-Les participants ont mis l'accent sur l'évaluation des demandeurs d'asile en adoptant une approche conversationnelle et narrative. Il n'y a donc pas d'outils d'évaluation formels.</p> <p>-Une approche globale de l'évaluation a été jugée importante. Cela consiste à obtenir des informations sur les antécédents socioculturels, la santé mentale et les antécédents médicaux des patients. Afin d'acquérir toutes ces informations détaillées, un certain nombre de participants suggèrent d'utiliser deux sessions d'évaluation au lieu d'une, afin de laisser suffisamment de temps pour engager et établir un climat de confiance avec le patient.</p> <p><u>Interventions</u></p> <p>-Les sept participants ont adopté une approche éclectique. Les paradigmes comprenaient des composantes de thérapies cognitives comportementales, interpersonnelles, narratives, existentielles et de schémas. Les participants ont déclaré être holistique dans leur approche car ils avaient accès à une gamme de ressources et de praticiens multidisciplinaires.</p> <p>-Les participants étaient conscients que la plupart des thérapies développées venaient des cultures occidentales. Ils ont suggéré d'éviter les techniques abstraites et des techniques</p>	
--	--	---	--

		<p>nécessitant des compétences en alphabétisation.</p> <p>-Plusieurs participants ont souligné la nécessité de renforcer la résilience, l'espoir et les stratégies des demandeurs d'asile.</p> <p><u>Facteurs de protection et de risque</u></p> <p>-La résilience des patients dans leur pays d'origine était un mécanisme de survie. Les participants ont estimé que les demandeurs d'asile étaient capables de faire face aux atrocités commises dans leur pays d'origine car ils avaient des facteurs protecteurs tels que les liens sociaux sous la forme de communautés sociales, de réseaux familiaux et de fortes croyances religieuses. Lorsqu'ils étaient logés dans la communauté australienne, les patients développaient souvent de nouveaux réseaux de soutien. L'assistance fournie par les services de soutien à l'établissement, les organisations non gouvernementales (ONG), la famille et leurs croyances religieuses et spirituelles agissaient comme facteurs protecteurs.</p> <p><u>Problèmes personnels et professionnels</u></p> <p>-Les participants ont déclaré que travailler avec des cultures diverses était enrichissant mais cela posait également un défi en termes</p>	
--	--	--	--

		<p>d'interaction et de sensibilité.</p> <p>-Un autre défi était le sentiment qu'ils n'étaient pas en mesure d'accomplir quelque chose de valable, en raison des limites imposées au nombre de sessions auxquelles les demandeurs d'asile avaient droit et de leur impuissance à résoudre les problèmes de visa.</p> <p>-Le risque d'épuisement dû à l'exposition massive aux traumatismes et à la détresse était également un problème sérieux pour la majorité des participants et cette exposition entraînait souvent une frustration avec le système actuel et des difficultés à conserver le professionnalisme.</p> <p>-Selon les participants, leurs expériences personnelles (être originaires d'un pays en développement, avoir des parents migrants, avoir vécu et travaillé à l'étranger, connaître d'autres langues) les ont aidés à interagir avec leurs patients.</p> <p>-La compétence culturelle a été mentionnée comme une qualité importante qui a permis aux participants de répondre de manière appropriée aux patients.</p> <p>-Les qualités identifiées des professionnels sont être patient, flexible, avoir de l'empathie, du respect et de l'humour.</p> <p>-Les demandeurs d'asile signalaient aux participants leurs expériences diffuses de</p>	
--	--	---	--

		<p>psychopathologie, de somatisation et de stress acculturatif.</p> <p>-L'anxiété et le stress sévère est omniprésent. L'incertitude des demandes de visa ont affecté tous les aspects de la vie du demandeur d'asile. Cela implique que si l'incertitude liée à la demande de visa et le temps passé dans le traitement de ces demandes étaient réduits, les problèmes psychologiques et de santé des demandeurs d'asile vivant dans la communauté pourraient éventuellement être améliorés. La réduction de ces déclencheurs pourrait permettre une plus grande participation aux sessions et probablement avoir de meilleurs résultats.</p>	
--	--	--	--

Annexe VIII Diagramme OSAR



Annexe IX : Grilles d'analyse

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Burchill, J. (2012). Barriers to effective practice for health visitors working with asylum seekers and refugees. <i>Community Practitioner</i> , 85(7), 20.
Introduction Problème de recherche	Il a été reconnu que les professionnels de la santé rencontrent des obstacles pour fournir des soins efficaces aux réfugiés et aux demandeurs d'asile pour différentes raisons. En plus des obstacles liés à la langue, à la culture, au manque d'informations ou à la législation britannique, pas moins de 20% des réfugiés auront des problèmes physiques qui affectent leur vie quotidienne. Ils peuvent avoir subi des traumatismes psychologiques et des problèmes de santé physique à la suite d'un viol ou d'une agression sexuelle. Il y a aussi une incidence élevée de problèmes de santé mentale souvent liés à des expériences traumatiques comme une agression, de la torture ou de l'enlèvement et témoin de meurtres.
Recension des écrits	Certaines études ont montré que la menace d'expulsion pendant le processus d'asile et la crainte de retourner à la situation d'où ils avaient échappés contribuaient de manière significative aux problèmes de santé mentale subis par les réfugiés (Philimore et al., 2007) ; (Laban et al., 2005). De plus, les réfugiés et les demandeurs d'asile originaires de pays ayant des systèmes de santé divers peuvent avoir des difficultés à s'adapter au système britannique de soins primaires et s'attendre à un accès direct aux spécialistes hospitaliers (O'Donnell et al., 2008). Pour remédier à ces problèmes, une étude qualitative des entretiens approfondis avec les réfugiés a été menée à partir de 2006. L'un des objectifs de l'étude était d'identifier les obstacles à la pratique efficace des réfugiés. Les résultats ont montré que malgré les changements dans la législation pour prévenir les préjudices causés aux enfants, les professionnels travaillaient avec la complexité des besoins des réfugiés. Des recherches antérieures ont identifié les défis de développer une relation de promotion de la santé entre les professionnels et les femmes réfugiées (Drennan & Joseph, 2004).
Cadre théorique ou conceptuel	Les déterminants de la santé et les réfugiés sont des concepts dans cette étude.
Question de recherche/buts	Le but de cette étude est de déterminer les obstacles que les professionnels rencontrent lorsqu'ils travaillent avec des réfugiés ou des demandeurs d'asile.
Méthodes Devis de recherche	Le devis est qualitatif.
Population, échantillon et contexte	Le site de l'étude était aux alentours de Londres qui a été traditionnellement une zone avec une forte concentration de réfugiés et de demandeurs d'asile, bien que cela ait diminué ces dernières années. Les critères d'inclusion étaient que les participants aient assisté à la présentation initiale, soit un infirmier autorisé avec qualification de santé publique et d'avoir travaillé aux alentours de Londres pendant au moins deux ans, car ils seraient très probable qu'ils auraient travaillé avec des réfugiés ou des demandeurs d'asile.
Méthode de collecte des données	Concernant les entretiens approfondis, un guide thématique a été élaboré pour les entrevues approfondies sur la base de concepts issus d'une revue de littérature initiale. Cela consistait en un certain nombre de déclarations générales qui aideraient à guider l'entrevue. Celles-ci ont été menées dans divers centres.
Déroulement de l'étude	Le recrutement a été effectué en faisant une présentation à des participants potentiels lors de leur réunion professionnelle. La présentation a fourni des détails sur l'étude proposée et a demandé aux professionnels s'ils pouvaient être contactés individuellement pour leur demander de participer à l'étude.
Considérations éthiques	Le PCT et le comité local de recherches et d'éthique ont approuvé l'étude.

Résultats Traitement/ Analyse des données	<p>Les entrevues ont été enregistrées et transcrites.</p> <p>Les thèmes qui ont été identifiés sont comparés aux données et discutés entre l'auteur et les chercheurs externes. Il y a deux étapes clés qui caractérisent cette approche : la première nécessite la gestion des données et la seconde consiste à donner un sens à l'évidence à travers des comptes descriptifs ou explicatifs. Les citations ont ensuite été choisies pour illustrer les problèmes particuliers décrits.</p>
Présentation des résultats	<p>L'une des principales conclusions de la recherche était qu'il existait des obstacles à une pratique efficace pour les professionnels lorsqu'ils travaillaient avec des réfugiés et des demandeurs d'asile et que ce thème était sous-entendu par des thèmes d'engagement inefficace et de ressources limitées.</p> <p>Un engagement inefficace</p> <p>Il a été constaté que les professionnels de cette étude avaient des difficultés à accéder aux services appropriés pour les réfugiés et les demandeurs d'asile. Le groupe de réfugiés avait peu de compréhension du NHS et le système de contrôle des médecins généralistes causait souvent de la confusion. Les participants (professionnels) ont parlé des difficultés à accéder à un médecin généraliste pour leurs patients en première instance, car parfois les médecins généralistes refusaient de les enregistrer pour diverses raisons. À maintes reprises, les participants (professionnels) ont mentionné que les familles et les personnes utilisaient de façon inappropriée des services plus dispendieux, comme les urgences, pour le traitement de maladies bénignes comme le rhume ou la grippe.</p> <p><i>«Ils sont souvent rejetés par les médecins généralistes, vous savez quand ils assistent aux rendez-vous de routine et ils ne peuvent pas s'affirmer ou ils ne sont pas particulièrement bien écoutés, alors ils semblent aller beaucoup aux urgences» (entretien 8)</i></p> <p>À d'autres occasions, les médecins généralistes ont conseillé à leurs patients de se rendre à « Accident et Urgence » pour un traitement parce qu'ils étaient incapables de les enregistrer auprès d'un médecin généraliste et étaient préoccupés par leur besoin de soins médicaux.</p> <p><i>«Si je sentais qu'ils étaient vraiment très malades et avaient besoin d'être vus immédiatement, je devais simplement les envoyer à A & E ... [ils] ont essayé d'obtenir des généralistes locaux et ils n'ont tout simplement pas pu le faire» (Interview 6)</i></p> <p>L'inflexibilité de l'équipe de soins de santé primaires a eu tendance à frustrer les professionnels de soins qui, parfois, auraient le sentiment d'être le seul service à essayer d'aider certaines de ces personnes. Le manque de compréhension des systèmes par les réfugiés a souvent augmenté le problème ainsi que la communication inefficace. Un exemple typique était lorsqu'une lettre écrite en anglais a été envoyée à une famille pour un rendez-vous avec un consultant en pédiatrie sans en informer le patient, ce qui a entraîné un rendez-vous manqué parce que la famille ne pouvait pas lire l'anglais.</p> <p>Il a également été reconnu que les réfugiés qui ont été déplacés fréquemment peuvent être réticents à s'engager dans des services parce qu'ils ont été abandonnés par le passé. Par ailleurs, il y a eu des cas qui n'effectuaient pas de contrôle de santé car les parents se livraient à des activités telles que la prostitution ou le trafic de stupéfiants. Ainsi, les enfants allaient à l'école buissonnière.</p> <p>Une autre raison invoquée pour les patients qui ne s'engageaient pas dans les services était le manque de conscience des patients quant à l'utilité de ces services. Pour les professionnels de la santé, la surveillance des enfants a été jugée nécessaire, mais pas toujours facile avec ce groupe de patients. Des exemples novateurs d'engagement comprenaient l'apprentissage de la langue de leurs patients ou la mise en place de cliniques dans des centres communautaires plus accessibles pour les personnes qui n'assistaient pas à des rendez-vous. Certains professionnels de la santé ont parlé d'être flexibles dans leur approche en remplissant des demandes de permis de conduire dans des cliniques de santé pour enfants ou faire des appels téléphoniques concernant les factures impayées. Cela a aidé à gagner la confiance de leurs patients et a encouragé l'engagement, permettant aux professionnels de la santé d'effectuer la surveillance de l'enfant requise. Au fil du temps, le professionnel a remarqué une augmentation de la fréquentation des réfugiés et des familles demandant l'asile à sa clinique de santé infantile:</p> <p><i>«Au bout d'un an environ, je recevais environ 14 ou 15 personnes tous les lundis matins et souvent pour différentes raisons, comme les demandes de permis de conduire et différentes choses, mais ils ont appris à me connaître et m'ont fait confiance et je me suis bien dit qu'ils accédaient au service pour une raison quelconque » (Interview 1)</i></p> <p>Une fois qu'ils ont eu accès aux services de santé, les professionnels ont parlé des difficultés à interagir avec les personnes qui présentent de nombreux symptômes vagues qui ne sont pas facilement traitables. Parfois, cela a été reconnu comme étant une maladie psychosomatique qui était probablement le résultat d'un traumatisme physique ou psychologique. D'autres fois, les professionnels ont reconnu qu'il y avait une grande différence dans la compréhension culturelle de la santé et la maladie. Par exemple, un patient a parlé de la dépression postnatale était un terme occidental et que les gens de certains pays n'ont pas la même langue pour la maladie mentale que ceux du monde occidental. Par exemple, une personne souffrant de douleurs cardiaques pourrait essayer de décrire sa dépression. Une autre professionnelle a expliqué que certains de ses patients n'avaient aucun concept de</p>

	<p>rétablissement. Elle a illustré un exemple en citant qu'un patient lui avait dit qu'il avait la diarrhée. Lorsqu'elle lui a posé des questions, elle a découvert que c'était il y a deux ans. La plupart des professionnels étaient conscients que même si leurs patients ne pouvaient pas expliquer ce qui n'allait pas chez eux, ils se présentaient souvent aux services de santé pour une raison et un objectif de leur évaluation serait de découvrir quelle était cette raison. <i>« Ils peuvent avoir des symptômes psychosomatiques, vous pouvez aussi constater qu'ils peuvent avoir des visites fréquentes dans leurs services généraux ou « A & E » et indirectement, même s'ils ne le savent pas eux-mêmes, cela pourrait être quelque chose sous-jacent. » (Interview 14)</i></p> <p>Les professionnels étaient préoccupés par le fait que la façade de symptômes somatiques pourrait potentiellement conduire à un mauvais diagnostic ou aucun diagnostic du tout lorsque la dépression peut être présente. Ils ont signalé des symptômes vagues et fréquents chez les réfugiés et demandeurs d'asile. Leur évaluation des besoins de leurs réfugiés a été perçue comme particulièrement importante dans ces cas. Les ressources ont été mentionnées à plusieurs reprises pendant les entretiens. Soigner des patients ayant des problèmes multiples nécessite la participation de nombreuses organisations sanitaires et sociales qui étaient souvent perçues comme un gaspillage de ressources. Le fait de devoir rendre visite à plusieurs reprises à des familles et à des individus signifiait que le professionnel de la santé aurait un temps limité pour traiter.</p> <p>Le coût supplémentaire de l'utilisation d'interprètes a également été mentionné à l'occasion. Pour certains professionnels, les réfugiés et les demandeurs d'asile étaient considérés comme un fardeau pour les ressources en raison de systèmes inefficaces qui déplaçaient les réfugiés d'un arrondissement à l'autre. Si le réfugié avait des besoins élevés en matière de santé, il serait constamment relié aux services, puis il passerait à d'autres services.</p> <p>À plusieurs reprises, les professionnels ont mentionné les besoins des réfugiés et des demandeurs d'asile. Ils nécessitaient une grande quantité de contribution par rapport à leurs clients ordinaires. Le professionnel suivant a expliqué comment la majorité d'une première visite de naissance a été reprise par le père, discutant de l'impact de la guerre en Irak et des effets de la torture précédente sur sa santé physique.</p> <p>Souvent, le fait de devoir travailler avec la famille élargie et de référer les personnes à de nombreux autres services prenait beaucoup de temps et exigeait plus de visites régulières. Une professionnelle de la santé a parlé du travail considérable qu'elle a fait avec les grands-parents après une première visite de naissance. Ils avaient beaucoup été témoins de la guerre dans leur pays d'origine, ce qui touchait encore leur santé.</p> <p><i>« J'ai fait une nouvelle naissance et les grands-parents étaient là ... J'ai passé plus de temps avec eux que sur cette nouvelle naissance, vous le savez, la mère était absolument belle, elle avait une jeune fille de 20 ans, mais les grands-parents n'avaient pas dormi une nuit complète depuis quatre ans. Ils avaient des cauchemars sévères, des sueurs nocturnes. ... à cause de ce qu'ils ont enduré pendant la guerre, alors il faut être plus flexible plutôt que d'aller et de dire, je vais parler de la mort et de la vaccination, parce que ce n'est pas de ça. (Interview 4)</i></p> <p>Les grands-parents ont été témoins du meurtre de leurs voisins pendant le conflit dans leur pays d'origine. Dans ce cas, le professionnel de la santé a écouté leurs histoires, les a mis en relation avec un médecin généraliste, puis s'est référé à un service de soutien spécialisé qui prodiguait des conseils dans leur langue maternelle.</p> <p>Encore une fois, travailler de cette manière avec les familles élargies nécessitait un investissement de temps. Un autre problème après avoir été référé à des organisations externes était que, parfois, les professionnels ne voyaient que peu d'amélioration dans les résultats de la famille ou de l'individu, malgré le fait qu'un certain nombre d'organisations y participaient.</p> <p><i>« Elle a beaucoup de flashbacks et il y a environ un mois, une de ses amies a été violée et assassinée en Irak. Nous avons donc dû recommencer à aller voir d'autres services de santé mentale. Je ne peux pas vraiment m'en sortir parce qu'elle a reçu des conseils, elle a beaucoup de gens qui l'aident. Elle a reçu des services de soutien aux réfugiés, mais pour elle, rien ne change vraiment. » (Interview 1)</i></p> <p>Le fait d'avoir un certain nombre de services entourant une famille ou un individu, mais ne montrant aucune amélioration des résultats, a eu des répercussions sur l'utilisation appropriée des ressources. Les professionnels ont également mentionné que certains des services étaient abusés par des individus et des familles ; certains d'entre eux s'attendant à plus de ressources, comme l'aide sociale et les avantages sociaux. Parfois, certains participants ont parlé de travailler avec des gens qu'ils soupçonnaient être des migrants économiques qui avaient voyagé au Royaume-Uni parce qu'ils avaient entendu dire qu'il y avait de bons avantages, ce qui était généralement mal vu.</p> <p><i>« D'après ce que je comprends du divorce, vous et votre partenaire ne vous revoyez plus, mais ensuite je suis allé lui rendre visite avec le troisième enfant du même homme ... ils veulent obtenir des avantages sociaux autant que possible, parce qu'ils ont encore vraiment une relation avec leur partenaire, tels sont les types d'abus dont je pense qu'ils doivent être examinés. » (Interview 13)</i></p>
Discussion Interprétation des	<p>Les difficultés à impliquer les réfugiés et les demandeurs d'asile dans les services étaient évidentes. De nombreux participants ayant exprimés leur frustration à l'égard de cette question. Le manque d'engagement efficace signifie que les réfugiés et les demandeurs d'asile ne reçoivent pas les services</p>

résultats	<p>adéquats pour répondre à leurs besoins. Leurs problèmes de santé sous-jacents ne sont pas traités de manière adéquate, ce qui entraîne d'autres problèmes de santé qui auraient pu être évités.</p> <p>De nombreux réfugiés et demandeurs d'asile originaires de pays dotés de systèmes de santé divers ont du mal à s'adapter au système de contrôle des soins primaires et s'attendent à un accès direct aux spécialistes hospitaliers (Ritchie et Spencer, 1994). Cela peut conduire à leur déception ainsi qu'à l'irritation des professionnels de la santé (Phillimore et al, 2007). Les généralistes ont signalé une pression accrue du travail résultant de patients qui ne parlent pas l'anglais et qui ont une multitude de problèmes, pas tous liés à la santé (Coker, 2004).</p> <p>Les généralistes et les professionnels de la santé sont souvent incertains quant aux droits aux services de santé pour les réfugiés et les demandeurs d'asile (McColl et al, 2006). Au moment de la recherche, dans ses efforts pour réduire la migration illégale, le gouvernement avait établi des lignes directrices pour refuser aux demandeurs d'asile déboutés l'accès aux soins de santé (DH, 2004). Cela semblait avoir un impact sur la capacité des professionnels de la santé à enregistrer leurs patients auprès de certains médecins généralistes ou à les aider à accéder à des services sociaux et de santé.</p> <p>Un autre facteur était les symptômes vagues des demandeurs d'asile et réfugiés souvent présentés aux services de santé. La somatisation a été décrite dans des groupes culturels non-occidentaux comme prenant la forme de vagues symptômes généralisés qui incluent la fatigue, la faiblesse, la fièvre ou les douleurs partout (Helman, 2007). Il a également été décrit comme un modèle culturel de troubles psychologiques ou sociaux expliqués par des symptômes physiques et des signes ont été particulièrement associés à la dépression (Patel, 2001).</p> <p>Dans ces cas, les personnes souffrant d'anxiété ou de dépression se plaignent de symptômes physiques souvent changeants tels que des maux de tête, des palpitations, une perte de poids, des vertiges, beaucoup de douleurs partout et ainsi de suite. Patel note que le mot «dépression» n'a souvent pas d'équivalent clair dans les langues non européennes et dans beaucoup de ces langues il n'y a pas de différenciation claire entre la dépression et l'anxiété. Par conséquent, comprendre et diagnostiquer une maladie avec des personnes issues de culture différente qui utilisent des termes somatiques peut être difficile et peut conduire à un diagnostic erroné, voire aucun diagnostic lorsque la dépression est présente. Les résultats de cette étude indiquent que les professionnels de la santé ont eu du mal à traiter efficacement avec les demandeurs d'asile et les réfugiés en raison du manque de ressources et de temps, laissant moins de temps pour travailler avec leurs patients ordinaires. Cela a eu une incidence sur le temps qu'ils allaient consacrer à la mise en œuvre du Programme de promotion de la santé des enfants, maintenant remplacé par le programme Enfants en santé (DCSF, 2009), ce que les professionnels ont été chargés de fournir.</p> <p>Les professionnels ont signalé que des services plus coûteux, tels que les « accidents et les urgences », étaient utilisés alors que des services moins coûteux, comme la médecine générale, pouvaient être utilisés. Ils étaient conscients qu'il y avait un nombre limité de ressources dans le NHS, mais ils voyaient que ceux-ci étaient utilisés de manière inappropriée. Une frustration supplémentaire était évidente lorsque leur propre temps de travail devenait une ressource qui était épuisée, ce qui entraînait une diminution de la qualité du travail qu'ils pouvaient fournir. Ces problèmes étaient perçus comme des obstacles à la pratique efficace.</p>
Forces et limites	Aucune limite et force ne sont citées dans l'article.
Conséquences et recommandations	<p>Il est recommandé que les professionnels de santé partagent des méthodes de travail innovantes afin de réduire les obstacles rencontrés par les réfugiés et les demandeurs d'asile.</p> <p>De plus, il faut sensibiliser davantage le personnel de soins primaires au droit à des services de santé pour ce groupe de patients particulier. Il est également important que les commissaires soient conscients de ces obstacles à une pratique efficace lorsqu'ils décident le choix de l'investissement dans les services les plus appropriés pour les populations vulnérables.</p>
Commentaires	Les auteurs ne mentionnent aucune limite concernant l'étude.

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Burchill, J. (2012). Barriers to effective practice for health visitors working with asylum seekers and refugees. <i>Community Practitioner</i> , 85(7), 20.				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?			X	Seulement la population est citée dans le titre. Les concepts n'y sont pas.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé est synthétisé et clair. Il englobe le problème, la méthode, les résultats et la discussion.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Le problème à l'étude est clairement formulé et est expliqué en plusieurs lignes.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Elle présente des connaissances actuelles sur le phénomène en parlant de certaines études.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?			X	Le cadre théorique n'est pas clairement explicite mais il y a une utilisation des déterminants de la santé (obstacles et accès aux soins) et du concept des réfugiés.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			La question de recherche est explicite et le but est clairement formulé.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Le devis de recherche est explicité et cité dans le résumé.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Il y a une adéquation car le devis qualitatif permet d'obtenir des avis / opinions des professionnels concernant la thématique.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?		X		Il est écrit que ce sont des réfugiés ou des requérants d'asile mais l'étude ne décrit pas plus en détail. Il n'y a pas non plus de critères ou de caractéristiques de la population.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Il est cité que ce sont des professionnels travaillant depuis deux ans aux alentours de Londres. L'étude ne décrit pas plus les professionnels (âge, sexe, nationalité)
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Les méthodes de collecte des données comme le lieu, les personnes, l'enregistrement et les transcription sont expliquées.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?		X		Il y a peu d'informations concernant le déroulement de l'étude.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le PCT et le comité local de recherche et d'éthique ont approuvé l'étude.

Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			L'analyse de données est détaillée. Elle explique les deux étapes.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?		X		Rien n'est mentionné sur ce sujet.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Le résumé des résultats est compréhensible, explique, donne des exemples ainsi que des extraits rapportés.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les thèmes abordés dans les résultats sont en lien avec la problématique.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	X			Le seul thème ressorti est l'engagement inefficace.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Les thèmes qui ont été identifiés ont été comparés aux données et discutés entre l'auteur et les chercheurs externes.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		Plusieurs études sont identifiées dans la discussion par rapport aux résultats.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			La question de transférabilité des conclusions n'est pas soulevée.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Les chercheurs présentent des recommandations pour les professionnels.
Commentaires :	La population n'est pas assez détaillée et les limites comme les forces manquent dans l'article.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Khawaja, N. G., & Stein, G. (2016). Psychological services for asylum seekers in the community: Challenges and solutions. <i>Australian Psychologist</i> , 51(6), 463-471.
Introduction Problème de recherche	<p>Les demandeurs d'asile ayant des problèmes sont soumis à un examen minutieux. Bien que tous les demandeurs d'asile en Australie soient placés dans des centres de détention pendant la révision de leur demande d'asile, certains demandeurs d'asile vulnérables et à faible risque sont réinstallés dans la communauté en attendant le résultat de leur demande de visa (Vasey & Manderson, 2012). En raison des problèmes de santé mentale rencontrés par les demandeurs d'asile, il est important qu'ils aient accès à des services appropriés tout en vivant dans la communauté. Alors qu'il a été reconnu qu'il est nécessaire d'adapter culturellement les services, il y a un manque de recherche sur les meilleures pratiques pour traiter les patients demandeurs d'asile et comment ces adaptations doivent être faites. Afin d'acquérir plus de connaissances sur cette question, il est important d'explorer les pratiques qui sont actuellement utilisées avec succès par les praticiens de la santé mentale qui travaillent avec les demandeurs d'asile vivant dans la communauté.</p> <p>Avant le 19 juillet 2013, toutes les personnes arrivées en Australie sans visa étaient transférées dans des centres de détention pour y être soumises à des contrôles de santé et de sécurité. Ces personnes avaient la possibilité de demander l'asile. Ceux qui arrivent après cette date ne doivent pas être réinstallés en Australie, quel que soit le résultat de leur demande, afin de dissuader d'autres arrivées (Département de l'immigration et de la protection des frontières, 2014b). Cependant, ceux qui sont arrivés avant cette date ont la possibilité d'être transférés des centres de détention vers la communauté, avec un visa de transition ou dans le cadre du programme de détention communautaire, en attendant que leur demande soit traitée (Vasey & Manderson, 2012). D'autres personnes qui sont légalement arrivées en Australie (par exemple, sur un visa d'étudiant) mais qui ont ensuite demandé l'asile ne sont généralement pas placées en détention, mais restent dans la communauté pendant que leur demande est traitée. En août 2014, il y avait 3'038 demandeurs d'asile en détention dans la communauté, et 24'702 personnes ont été libérées à la suite d'une demande de Visa E (Département de l'immigration et de la protection des frontières, 2014c). Néanmoins, tous les demandeurs d'asile n'ont pas le choix. Il est important de renoncer à la détention indéfinie, car les conséquences psychologiques de la détention prolongée sont bien démontrées (Graf et al., 2013).</p> <p>Bien que les demandeurs d'asile ont possiblement des facteurs de protection, les problèmes psychosociaux qui ont été identifiés soulignent le besoin urgent d'aider cette population à vivre dans la communauté. Certains demandeurs d'asile placés dans la communauté reçoivent un soutien financier et ont un accès limité à l'assurance-maladie et aux établissements de santé publics (Département de l'immigration et de la protection des frontières, 2014a). Ceux qui sont arrivés avant le 12 août 2012 peuvent avoir la permission de travailler. Cependant, tous les autres sont interdits (Département de l'immigration et de la protection des frontières, 2014b). Lorsque l'accès aux soins de santé est nécessaire, un professionnel du système de santé public fournit une brève consultation avant de diriger le demandeur d'asile vers des organisations à but non lucratif, non gouvernementales ou caritatives (Département de l'immigration et de la protection des frontières, 2014a). Les praticiens dans ces domaines travaillent pour améliorer la santé mentale de ce groupe. Cependant, travailler avec cette population a présenté un certain nombre de défis (Feldman, 2006).</p> <p>Un obstacle important auquel sont confrontés les praticiens est la barrière linguistique et les difficultés subséquentes liées à l'utilisation d'interprètes (Tribe, 2002). Cette étude a recommandé d'utiliser uniquement des interprètes expérimentés et qualifiés, d'éviter la terminologie spécialisée, d'informer et de débriefer avec l'interprète. Il a également été jugé important de continuer avec le même interprète pour toutes les séances avec le patient. En outre, la prise en compte des différentes croyances explicatives sur la santé des demandeurs d'asile a été jugée importante pour surmonter certains de ces défis (Tribe, 2002).</p> <p>Il a été rapporté que la détresse peut être vécue par ceux qui offrent des services aux demandeurs d'asile. Ceux qui travaillent avec des demandeurs d'asile ont qualifié leur travail de stressant, douloureux, isolant et difficile en raison du traumatisme et de la complexité accrue de ces clients (Puvimanasinghe, Denson, Augoustinos, & Somasundaram, 2015). Griffiths (2001) a également constaté que travailler avec des demandeurs d'asile peut mener à l'épuisement professionnel. Un réseau de soutien et de supervision peut aider à réduire l'impact négatif du travail avec ces groupes (Drennan et Joseph, 2005).</p>

	<p>Cependant, on ignore s'il existe des qualités personnelles ou des expériences qui peuvent réduire cette expérience de traumatisme secondaire. Un autre défi est lié à la difficulté de mener des évaluations et des interventions auprès d'individus issus de cultures non occidentales. La plupart des interventions en santé mentale sont basées sur des modèles occidentaux de maladie mentale, et l'efficacité de ces modèles peut être limitée lorsqu'elle est appliquée dans d'autres contextes (Raj, Reading et Harris, 2002). Raj et ses collègues (2002) mettent l'accent sur la compréhension du patient individuel et l'adaptation de diverses approches pour refléter seulement les éléments les plus appropriés, ainsi que l'utilisation de thérapies complémentaires et alternatives. Copping, Shakespeare-Finch et Paton (2010) approuvent également les adaptations des modèles occidentaux et recommandent d'adopter une approche holistique basée sur les systèmes, impliquant le développement communautaire, le plaidoyer et mettant l'accent sur les points forts des patients.</p> <p>Bien qu'un certain nombre de programmes aient été spécifiquement conçus pour travailler avec des réfugiés ou des personnes traumatisées, très peu de programmes répondent aux besoins des demandeurs d'asile (Heeren et al., 2012, Masocha et Simpson, 2012). Cependant, il a été largement reconnu que fournir des services reflétant la culture de la personne est nécessaire pour un traitement éthique et cliniquement efficace (Kirmayer, 2012). Diverses approches expliquent comment la culture devrait être incorporée dans les services psychologiques, avec des termes tels que la compétence culturelle, la sécurité culturelle et la sensibilité culturelle fréquemment utilisés. Bien que différents termes aient été créés pour refléter l'importance de reconnaître la culture, ils se concentrent tous sur la conscience de soi, la connaissance et la prise en compte du contexte culturel (Cox et Tava, 2012).</p> <p>Reconnaître et intégrer les aspects culturels dans les services est extrêmement important, car la culture d'une personne influence la façon dont les problèmes de santé mentale sont exprimés et vécus, ainsi que le cours et l'issue du problème (Kirmayer, 2012). Les praticiens qui fournissent des services d'une manière culturellement sûre, sensible et compétente ont donc été en mesure d'améliorer considérablement les résultats de leurs patients (Steward, Wright, Jackson et Jo, 1998). Griner et Smith (2006) ont constaté que les services adaptés sont quatre fois plus efficaces que ceux qui ne le sont pas. Bien que ces adaptations soient jugées importantes pour les services offrant aux personnes culturellement diverses, il existe encore des praticiens qui ne sont pas adéquatement préparés pour ce type de patients. Les praticiens reçoivent généralement une formation limitée pour travailler avec les demandeurs d'asile (Robinson, 2013), et il existe peu de recherches sur la façon de travailler efficacement avec cette population (Masocha et Simpson, 2012). Indépendamment du fait que les praticiens doivent être capables de travailler avec la diversité culturelle, il existe encore des variations importantes dans les programmes de formation sur la compétence culturelle. De nombreux manuels et matériels de formation disponibles reflètent des contextes culturels spécifiques et peuvent ne pas être appropriés. (Kirmayer, 2012). Par conséquent, de nombreux praticiens sont mal préparés à travailler avec des groupes culturellement divers, en particulier les demandeurs d'asile.</p>
Recension des écrits	<p>La littérature sur les demandeurs d'asile en Australie montre qu'ils éprouvent une série de problèmes de santé mentale et psychosociaux résultant de facteurs qui les ont amenés à demander l'asile, l'expérience de détention et les problèmes qui surgissent une fois libérés dans la communauté. Par conséquent, bien que la libération des demandeurs d'asile dans la communauté puisse être positive pour leur bien-être, leurs problèmes de santé mentale persistent souvent (Fleay, Hartley et Kenny, 2013). Des études sur les demandeurs d'asile en Australie et dans d'autres pays ont montré qu'ils présentaient fréquemment des troubles post-traumatiques, anxiété, dépression, somatisation, troubles du sommeil, problèmes de mémoire et de concentration, isolement social et pauvreté (Keller et al., 2003; Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar et Steel, 1997). Silove et al. (2006) ont constaté que les préoccupations concernant le rapatriement étaient également un problème important. La perte de leur culture d'origine, l'isolement, la discrimination et la difficulté à s'adapter à un pays étranger entraînent également un stress acculturel pour les demandeurs d'asile (Carswell, Blackburn et Barker, 2011, Pedersen et Thomas, 2013).</p> <p>Alors que de nombreux problèmes psychosociaux ont été identifiés comme ayant un impact sur la santé mentale des demandeurs d'asile, il existe également un certain nombre de facteurs de protection qui ont été trouvés pour aider à lutter contre le développement de problèmes psychologiques. Un certain nombre d'études ont montré que les qualités personnelles, le soutien social et le recadrage positif peuvent améliorer la résilience des demandeurs d'asile (Clare, Goodman, Liebling et Laing, 2014, Oppedal et Idsoe, 2015). L'anxiété omniprésente éprouvée par les demandeurs d'asile concernant leur avenir incertain, les difficultés financières résultant de l'interdiction de travailler, ainsi que l'augmentation du développement des maladies mentales dues au processus de décompensation mettent en évidence les complexités associées à cette population (Fleay et al., 2013, Graf et al., 2013).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Les compétences des soignants, les déterminants de la santé, l'accès aux soins de santé et l'acculturation</p>

Question de recherche/buts	Cette étude explore comment les praticiens fournissent des services efficaces.
Méthodes Devis de recherche	L'étude rapportée dans cet article a utilisé une approche qualitative exploratoire pour interroger les praticiens qui offraient des services dans une clinique de santé spécialisée, spécialement établie pour les réfugiés et les demandeurs d'asile. Compte tenu de la rareté des informations sur la manière de travailler avec les demandeurs d'asile, il était important d'explorer comment les praticiens dans cette situation fournissaient des services efficaces
Population, échantillon et contexte	Une clinique multidisciplinaire spécialisée, offrant des services aux demandeurs d'asile et aux réfugiés à Brisbane, a été choisie comme cadre. La clinique adopte une approche holistique du traitement. Les clients demandeurs d'asile qui utilisent cette clinique attendent généralement le résultat de leur demande de visa et sont principalement originaires d'Iran, du Sri Lanka, d'Afghanistan, d'Irak, du Burundi, de Somalie et de Bosnie. Sept praticiens (trois psychologues, deux psychiatres, un ergothérapeute et un travailleur social) ont participé à l'étude. Il y avait trois participants masculins et quatre féminins, âgés de 33 à 55 ans (M = 41). L'expérience de travail professionnel (moyenne: 13,5 ans, fourchette: 6-20 ans) avec les demandeurs d'asile (moyenne: 4,6 ans, fourchette: 3 mois-9 ans) variait (cette information manquait pour un participant). Trois des participants étaient d'origine anglo-saxonne, tandis que quatre provenaient de diverses origines ethniques.
Méthode de collecte des données	Une forme démographique a été construite pour recueillir les caractéristiques des participants. Une interview semi-structurée a été développée. Les sondages ont porté sur les problèmes de représentation des patients demandeurs d'asile, les expériences professionnelles en travaillant avec des demandeurs d'asile, l'application de stratégies d'évaluation et de traitement et l'adaptation culturelle de ces procédures, les facteurs protecteurs des demandeurs d'asile, les défis personnels et professionnels rencontrés par ces professionnels, et leurs suggestions pour améliorer les services de santé mentale pour les demandeurs d'asile. Le deuxième auteur a mené les entrevues et a pris soin de développer des rapports avec les participants (Alvesson, 2011). Les participants ont été informés de l'objectif de l'étude, des avantages potentiels et des questions de confidentialité. On leur a ensuite demandé de remplir les formulaires démographiques et de consentement. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites textuellement peu de temps après. Les interviews ont été menées sur 2 mois. Les chercheurs ont continué à recruter des participants jusqu'à épuisement de ceux qui répondaient aux exigences de la clinique de santé spécialisée, et tous les thèmes abordés ont été entièrement explorés. La souplesse d'un format semi-structuré a permis aux chercheurs de suivre l'information pertinente et d'explorer davantage les perspectives des participants (King et Horrocks, 2010).
Déroulement de l'étude	L'information sur l'étude a été envoyée par courriel aux professionnels de la santé mentale de la clinique sélectionnée. Ces professionnels ont été invités à participer à l'étude s'ils avaient offert des services aux demandeurs d'asile. Ils ont été informés qu'ils ne seraient interrogés que sur leurs expériences de travail avec ce groupe de patients. Ceux qui ont accepté, il était prévu de faire des entretiens sur leur lieu de travail. Les questions d'entrevue ont été élaborées en fonction des problèmes mis en évidence dans la littérature, ainsi que des lacunes de la littérature (Alvesson, 2011). La durée des entrevues variait de 30 à 60 minutes. À la fin de l'entrevue, les participants ont débriéfé et remerciés pour leur temps. Ils ont également été informés qu'ils disposaient de deux mois à compter de l'entretien pour apporter des modifications supplémentaires à l'information qu'ils avaient fournie. En guise de remerciement, chaque participant s'est vu offrir un chèque-cadeau de 15 \$. Les entretiens, qui ont mis en lumière les perspectives uniques des experts sur le sujet, ont été utilisés pour générer des idées, demander des éclaircissements et établir des orientations pour la recherche et la formation futures (Stevens et Wrenn, 2012). En prenant en compte le point de vue des praticiens de la santé mentale, l'étude visait à comprendre les problèmes psychosociaux des demandeurs d'asile dans la communauté. Elle a exploré les défis de fournir des services à ces patients et visait à comprendre comment les praticiens adaptent culturellement les services de santé mentale pour ce groupe. Elle visait également à identifier les changements qui devraient être apportés aux services existants afin d'améliorer les services de santé mentale offerts à ces patients. Bien qu'il ait été utile d'interroger directement les demandeurs d'asile, leur manque de familiarité avec les procédures de recherche, la peur de l'autorité et des personnalités professionnelles, leur réticence à discuter de leur situation de visa par peur d'être expulsés a rendu cette approche irréalisable au moment où l'étude a été menée.

Considérations éthiques	Des certificats d'éthique, de santé et de sécurité ont été approuvés par les comités de l'université.
Résultats Traitement/ Analyse des données	<p>Une approche déductive et théorique a été utilisée pour analyser les données. L'analyse thématique a été utilisée pour identifier la signification dans les données (Braun et Clarke, 2006). Le deuxième auteur, qui a analysé les données, s'est immergé dans les données à travers le processus de transcription, puis en lisant et en relisant les transcriptions (Burnard, 1991). NVivo (2012), un logiciel informatique d'analyse de données qualitatives, a été utilisé pour coder les données, ce qui impliquait l'organisation des données en groupes significatifs (Braun et Clarke, 2006). Les données ont été codées pour autant de thèmes possibles et les extraits de données individuels ont été codés plus d'une fois si cela était pertinent (Braun et Clarke, 2006).</p> <p>Des précautions ont été prises pour s'assurer que toutes les réponses étaient considérées de manière égale et représentative de l'ensemble de données (Appleton, 1995). Une fois toutes les données codées, les extraits de données codés ont été regroupés en thèmes potentiels.</p> <p>Les thèmes ont été identifiés comme des modèles répétés dans l'ensemble de données qui étaient significatifs ou potentiellement intéressants (Braun et Clarke, 2006). Une fois les thèmes initiaux formés, ils ont été revus et révisés avec soin pour s'assurer que chaque thème était caractérisé par un schéma cohérent (Braun et Clarke, 2006). Les transcriptions ont ensuite été relues pour s'assurer que les thèmes reflétaient correctement l'ensemble des données (Braun et Clarke, 2006). Les thèmes et les sous-thèmes ont ensuite reçu des étiquettes qui décrivaient leur signification fondamentale (Braun et Clarke, 2006).</p> <p>Le premier auteur a ensuite codé indépendamment des extraits aléatoires de l'ensemble de données (Appleton, 1995). Ces nouveaux thèmes ont été comparés à ceux produits par le deuxième auteur. Comme les systèmes de catégories produits étaient très semblables par nature, on a supposé que les catégories originales produites par le deuxième auteur étaient relativement précises et complètes (Appleton, 1995).</p> <p>La réflexivité a été reconnue par les auteurs (Robinson, 2013). Le premier auteur était un migrant culturellement et linguistiquement divers ayant l'expérience de travailler avec des réfugiés et des demandeurs d'asile dans un cadre clinique et de recherche. Elle a utilisé son expérience personnelle et professionnelle pour développer des sondes afin de recueillir des informations sur les problèmes des demandeurs d'asile et un moyen efficace de les aider. Le deuxième auteur, qui appartenait à la culture dominante, s'intéressait à la diversité culturelle et avait interagit avec les migrants et les minorités dans des contextes personnels et professionnels. Les deux auteurs ont utilisé leur expérience pour collecter et analyser des données. Les chercheurs ont engagé un dialogue réflexif pour s'assurer que tous les thèmes ont été dévoilés.</p>
Présentation des résultats	<p>Sept thèmes majeurs, ainsi que des sous-thèmes, sont discutés ci-dessous. Afin de protéger la confidentialité d'un petit échantillon, nous avons pris soin de ne pas révéler les caractéristiques d'identification des participants dont les commentaires ont été utilisés dans les résultats.</p> <p><u>Problèmes de présentation</u></p> <p>Stress de la vie</p> <p>Selon les participants, les principales plaintes des demandeurs d'asile tournaient autour du fait de ne pas avoir de visa et, par conséquent, de l'énorme incertitude entourant leur avenir. Le fait de ne pas avoir de visa signifiait aussi que la vie des patients était dans un état de flou, pleine de problèmes non résolus, sans but ni signification. Un participant en particulier a déclaré: <i>« Ils peuvent perdre le sens de soi, le sens de la communauté, le sentiment d'appartenance, tous ceux qui se perdent. Je l'ai donc placé sous le toit d'une crise existentielle. »</i> Ne pas avoir de visa signifie également que les demandeurs d'asile se voient souvent interdit d'accès à un emploi, ce qui entraîne souvent des difficultés financières. Ils ont également de la difficulté à accéder à une gamme de services, y compris les services de santé, les services juridiques, les interprètes et les possibilités d'éducation. Lors de l'examen des obstacles aux services, un participant a fait les observations suivantes:</p> <p><i>« Il y a donc toutes sortes de choses où ils s'inquiètent un peu de la façon dont ils vont avoir accès aux services et à l'aide comme les choses ne changent pas et ne s'améliorent pas avec le temps. Parfois, je pense que le sentiment de désespoir augmente avec les services. »</i></p> <p>Des problèmes de logement approprié se sont fréquemment posés et, combinés aux autres conséquences de l'absence de visa, les demandeurs d'asile ont été victimes d'un isolement à la fois physique et social.</p> <p>Problèmes psychologiques</p> <p>Les participants ont signalé que les problèmes psychologiques les plus courants rencontrés par les demandeurs d'asile étaient la dépression, l'anxiété, le syndrome de stress post-traumatique et les traumatismes complexes. Ces problèmes étaient étroitement liés aux facteurs de stress de la vie que</p>

connaissaient les patients. Le développement de ces problèmes de santé mentale coïncidait généralement avec l'arrivée des patients en Australie. Comme l'a exprimé un participant: *« Il est arrivé que des personnes me décrivent que leurs symptômes dépressifs ont empiré dans leur environnement avec les facteurs de stress auxquels ils sont confrontés ici, en particulier en termes d'isolement culturel et social. Les facteurs de stress ont également agi comme des obstacles au traitement des problèmes psychologiques présentés en raison d'une hiérarchie des besoins. »* Un participant a déclaré que:

« Pour ce qui est de traiter d'autres sujets avec lesquels ils viennent nous voir, ils ne sont même pas en mesure d'entrer dans les détails, ils essaient toujours de faire face aux choses pratiques qu'ils ont à faire chaque jour, et toutes les différentes contraintes liées à l'immigration, à l'hébergement, aux finances. »

Problèmes de santé

Les participants ont expliqué que bon nombre des problèmes de santé rencontrés par les patients demandeurs d'asile provenaient avant leur arrivée en Australie, comme les blessures résultant de guerres ou de conflits, et que cela empêchait souvent les clients de participer pleinement aux sessions. Presque tous les participants ont signalé que leurs clients présentant de graves troubles psychologiques se reflétaient psychosomatiquement, par exemple la fatigue chronique, la douleur et la difficulté à dormir. En discutant des problèmes médicaux et psychologiques, un participant a déclaré: *« Ils ne conceptualisent pas nécessairement la différence entre les deux: angoisse généralisée, dépression, insomnie, fatigue, ne pas manger, douleurs corporelles liées à la symptomatologie dépressive. »*

Problèmes culturels

Selon les participants, les problèmes culturels rencontrés par leurs patients demandeurs d'asile sont tombés dans deux grands sous-thèmes du stress et de l'assimilation de l'acculturation. Les patients demandeurs d'asile sont principalement issus de cultures collectivistes et ont souvent du mal à maintenir leur identité culturelle en arrivant dans une société australienne individualiste. Les demandeurs d'asile peuvent occasionnellement rencontrer des conflits culturels, impliquant des différences de religion et de rôles sexuels, et les fréquents cas de racisme conduisent également à un sentiment d'isolement et accentuent le stress acculturel. Cependant, certains participants ont déclaré que les participants essayaient de s'intégrer dans ce nouvel environnement en abandonnant ou en changeant leurs pratiques spirituelles ou culturelles, et en s'engageant dans certaines des activités qui étaient taboues culturellement dans leur pays d'origine, telles que des relations interculturelles. Un participant a fait remarquer que *« Cette raison pour laquelle une grande partie est tellement liée à leur identité, cela fait un gros problème. »*

Interprètes

Six participants ont déclaré avoir utilisé un interprète avec leurs patients demandeurs d'asile entre 90% et 100% du temps. Un autre participant a déclaré utiliser des interprètes 50% du temps. Tous les participants comptaient beaucoup sur les interprètes téléphoniques, en raison de la très faible disponibilité des interprètes en face-à-face. Les participants ont dû relever de nombreux défis lorsqu'ils travaillaient avec des interprètes, et un certain nombre de compétences ont été identifiées pour rendre le processus plus efficace.

Défis

Les participants ont signalé qu'ils éprouvaient souvent des problèmes techniques avec l'équipement téléphonique. Des problèmes pratiques ont également été signalés, notamment le fait de consacrer deux fois plus de temps à la conduite d'une session, de ne pas obtenir le même interprète pour des sessions récurrentes et de ne pas pouvoir contrôler ce que fait l'interprète en arrière-plan. Une série de défis ont également été soulevés en ce qui concerne les facteurs linguistiques, tels que les traductions ne sont pas une représentation exacte culturellement, avec le sens souvent perdu dans la traduction. Un participant, en discutant de la raison derrière cela, a déclaré que:

« Beaucoup de cultures, bien sûr, n'ont pas l'étendue de la terminologie, des mots, en particulier des états psychologiques, elles n'existent tout simplement pas dans le lexique, donc l'interprète doit essayer d'obtenir cette équivalence et essayer de capturer le sens de ce que la personne dit. C'est ce que nous espérons qu'ils font, mais bien sûr, cela n'arrive pas toujours. »

Un autre défi était lié à la complexité d'essayer d'obtenir un interprète pour un patient d'une petite communauté culturelle tout en conservant la confidentialité. Le fait d'avoir une troisième personne dans la relation thérapeutique a également posé quelques difficultés, en termes de ne pas être capable d'établir un rapport aussi efficacement. Un certain nombre de participants ont également révélé que de nombreux interprètes n'étaient pas suffisamment formés à l'interprétation des problèmes de santé mentale. Comme l'a dit un participant:

« Ils ne savent pas interpréter ou non, connaissent-ils la langue, connaissent-ils leur rôle par rapport à mon rôle, mais aussi les problèmes de santé mentale

et peuvent-ils discuter de ces choses d'une manière culturellement sensible et appropriée? »

Compétences

Les participants ont décrit les stratégies qui peuvent être utilisées pour manager l'interprète et commenté les compétences requises pour réussir à interagir avec le patient. Les participants ont déclaré qu'il était utile d'informer et de débriefier avec l'interprète, de parler clairement et de manière concise, de vérifier constamment si les traductions étaient exactes et de garder le contrôle sur la séance en faisant preuve d'assurance. Les participants ont indiqué qu'ils devaient déployer des efforts supplémentaires pour établir et maintenir des rapports afin de réduire l'influence des interprètes sur les séances, et qu'ils utilisaient des techniques telles que l'écoute profonde, la conversation à la première personne et le contact visuel. Un participant a résumé ces compétences en disant que *«l'espoir est que l'interprète devienne presque invisible. Qu'ils soient là et qu'ils interprètent, ils ne doivent pas être au centre de l'interaction, l'interaction se fait entre vous et la personne.»* La compétence en anglais était une autre compétence que les participants trouvaient utile, comme si le patient se sentait confiant. Le fait de ne pas avoir d'interprète pourrait permettre de forger une relation thérapeutique plus forte et de valider la compétence en anglais du patient.

Évaluation

Les participants ont mis l'accent sur l'évaluation des patients demandeurs d'asile en adoptant une approche conversationnelle et narrative. Comme l'a dit un participant : *«vous essayez de vous faire une idée de qui est le patient»*. Il n'y avait généralement pas d'outils d'évaluation formels pour réduire les similarités à une interrogation, ce qui pouvait affecter la divulgation des patients et leur attitude envers le patient. Six des sept participants ont indiqué que même si les notes des médecins généralistes fournissaient des renseignements sur les patients, cette information était souvent limitée, périmée ou dénuée de sens. Une approche globale de l'évaluation, qui consistait à obtenir des informations sur les antécédents socioculturels, la santé mentale et les antécédents médicaux des patients, ainsi que sur les difficultés pratiques liées à la migration, a été jugée importante. Afin d'acquérir de telles informations détaillées, un certain nombre de participants suggèrent d'utiliser deux sessions d'évaluation au lieu d'une, afin de laisser suffisamment de temps pour engager et établir un climat de confiance avec le patient.

Un sous-thème important qui a émergé à travers le sujet de l'évaluation était les différents modèles explicatifs culturels des patients. Tous les participants ont insisté sur la prise en compte du contexte culturel du patient et du contexte culturel dans lequel il opère, et d'aborder les séances d'une manière culturellement sensible et appropriée. Les participants ont reconnu que ces différents modèles explicatifs affectaient la présentation des patients, comme l'a noté un participant: *«Les services de santé varient selon les cultures, les gens ont différents modèles explicatifs culturels pour différentes expériences. Ce que nous pourrions appeler les problèmes de santé peut être considéré comme un problème spirituel.»* L'incorporation et la prise en compte des croyances ou des pratiques religieuses et spirituelles ont également été considérées comme importantes pour rendre l'évaluation plus sûre culturellement, sensible et compétent.

Interventions

Les sept participants ont déclaré avoir adopté une approche éclectique et adapté leurs traitements en fonction de chaque individu. Les paradigmes adaptés comprenaient des composantes de thérapies cognitives comportementales, interpersonnelles, narratives, existentielles et de schémas. Les participants ont également indiqué être holistiques dans leur approche, car ils avaient accès à une gamme de ressources et de praticiens multidisciplinaires à travers la clinique. Étant donné que les patients présentaient principalement une détresse et une somatisation importantes, de nombreux participants ont déclaré utiliser des techniques comportementales, comme des exercices de respiration et une relaxation musculaire profonde. Les participants étaient conscients de la plupart des thérapies développées dans et pour les cultures occidentales, et ont suggéré d'éviter les techniques abstraites et nécessitant des compétences en alphabétisation. Par exemple, plusieurs participants ont souligné la nécessité de renforcer la résilience, l'espoir et les stratégies d'adaptation des demandeurs d'asile. De plus, ils ont souligné qu'au lieu de techniques conceptuelles complexes, des stratégies plus simples comme la pleine conscience, le soutien social et le plaidoyer étaient utiles pour résoudre les problèmes de présentation des patients. Cette idée a été développée par un participant qui a parlé de l'importance de la créativité et de la flexibilité. Il a déclaré: *«Vous devez vous adapter et faire d'autres choses de manière créative, que ce soit de l'art thérapie ou de la musicothérapie.»*

Facteurs de protection et de risque

Les participants s'entendaient généralement pour dire que la résilience des patients dans leur pays d'origine était un mécanisme de survie. Les participants ont estimé que les demandeurs d'asile étaient capables de faire face aux atrocités commises dans leur pays d'origine à travers des facteurs protecteurs tels que les liens sociaux sous la forme de communautés sociales et de réseaux familiaux et de fortes croyances religieuses. Lorsqu'ils étaient logés dans la communauté australienne, les patients développaient souvent de nouveaux réseaux de soutien, et l'assistance fournie par les services de soutien à l'établissement, les organisations non gouvernementales (ONG), la famille et leurs croyances religieuses et spirituelles agissaient comme facteurs de protection. Cependant, malgré ces facteurs protecteurs, six des sept participants ont signalé que leurs patients ont souvent connu une diminution de la résilience et ont déclaré que leur expérience en Australie était pire que les difficultés qu'ils rencontraient dans leur pays d'origine. Un participant a dit que lorsqu'il discute du problème avec ses patients, *«80% diront qu'il s'agit d'une post-migration»*. Plusieurs participants ont suggéré que cette émergence de problèmes de santé mentale et l'aggravation des symptômes résultaient de la décompensation causée par les nombreux facteurs de stress. Les patients ont fait face. Un participant l'a décrit en disant: *« Je pense que ce que j'ai remarqué à maintes reprises chez les gens, c'est qu'ils ont eu des expériences difficiles avant la migration, mais il y a une résilience là-bas ; ils ont survécu et ils ont survécu. Ils viennent ensuite en Australie ou dans d'autres pays occidentaux, puis ils décompensent. Et souvent, ou parfois, c'est parce qu'ils sont venus en lieu sûr et qu'ils peuvent alors baisser la garde. Mais d'autres fois c'est parce qu'ils sont arrivés à ce qu'ils pensaient être un lieu sûr, mais ils ne l'ont pas fait. Donc, à maintes reprises, j'entends dire que «oui j'ai eu ce traumatisme mais ma maladie a commencé en détention». Donc, le centre de détention et les expériences d'être mis dans ce premier lieu et aussi ce qu'ils vivent pendant qu'ils sont dans ces centres, la façon dont ils sont traités déclenche le trouble de stress post-traumatique ou la dépression majeure. Et si c'est le désordre du stress post-traumatique, ce n'est généralement pas ce qui s'est passé, mais cela va réveiller les choses qui se sont passées dans le passé pour eux, qu'ils ont probablement réussi à gérer. »*

La détresse causée par l'avenir incertain des patients conduit également à une diminution de l'adaptation et de la résilience.

Problèmes personnels et professionnels

Défis

Les participants ont déclaré que même si travailler avec des cultures diverses était enrichissant, cela posait également un défi en termes d'interaction et de sensibilité. Un autre défi soulevé par plusieurs participants était le sentiment qu'ils n'étaient pas en mesure d'accomplir quelque chose de valable, en raison des limites imposées au nombre de sessions auxquelles les demandeurs d'asile avaient droit et de leur impuissance à résoudre les problèmes de visa. Un participant a déclaré: *"Tous les demandeurs d'asile vous regarderont et vous diront: " Pouvez-vous m'aider avec mon visa? Pouvez-vous m'aider avec mes affaires juridiques? Vous dites: «Non, je suis psychologue» et ils me disent «Eh bien, à quoi bon?»* Ils expriment leur frustration lorsque les praticiens ne peuvent pas les aider avec le visa. Afin d'aider les patients de façon réaliste, les participants ont souvent dû aller au-delà de leur rôle de praticien de la santé pour négocier et défendre d'autres services, ce qui représentait un défi en soi. De plus, le risque d'épuisement dû à l'exposition massive aux traumatismes et à la détresse était également un problème sérieux pour la majorité des participants, et cette exposition entraîne souvent une frustration avec le système actuel et des difficultés à conserver le professionnalisme.

Qualités et expériences

Selon les participants, leurs expériences personnelles, comme le fait d'être originaires d'un pays en développement, d'avoir des parents migrants, d'avoir vécu et travaillé à l'étranger et de connaître d'autres langues, les ont aidés à interagir avec leurs patients. La compétence culturelle a également été mentionnée comme une qualité importante qui a permis aux participants de répondre de manière appropriée aux patients. Parmi les autres qualités identifiées, citons le fait d'être patient et flexible, avoir de l'empathie, du respect et de l'humour. L'auto-prise en charge était un thème central discuté, et les participants revendiquaient un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée, de solides réseaux de soutien, une supervision compétente et une opportunité de débriefing comme composantes essentielles du travail efficace avec les patients demandeurs d'asile. Un participant a souligné l'importance de prendre soin de soi en disant: *« En tant que psychologue chaque fois que vous êtes avec un patient, en particulier avec certains de ces problèmes, vous subissez des blessures; tu es quelque peu blessé à chaque fois. Vous ne le réalisez peut-être pas, vous ne le pensez peut-être pas, mais c'est cumulatif, donc ça s'accumule. Donc tu as besoin de guérir. »*

De plus, le développement professionnel continu et actif ainsi que les efforts continus pour se tenir au courant de la littérature ont été considérés comme importants lorsque l'on travaille avec ces patients.

<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>L'étude rapportée dans cet article portait sur les perspectives des professionnels de la santé mentale qui offraient des services psychologiques aux patients demandeurs d'asile dans une clinique communautaire. Ces professionnels, en fonction de leurs expériences, ont expliqué les problèmes psychosociaux de présentation des demandeurs d'asile. Ils ont expliqué les défis associés à la prestation de services à ce groupe. Ils ont également identifié des stratégies efficaces qu'ils utilisent pour travailler avec les demandeurs d'asile, et discuté des moyens d'adapter ces services d'une manière culturellement sensible. Enfin, les changements requis pour améliorer les services offerts aux demandeurs d'asile ont été suggérés.</p> <p>Conformément aux études antérieures sur les demandeurs d'asile (Carswell et al., 2011, Keller et al., 2003, Silove et al., 1997, 2006), la présente étude a révélé que les demandeurs d'asile signalaient aux participants leurs expériences diffuses et amalgamées, de psychopathologie, de somatisation et de stress acculturatif. Cependant, l'anxiété et le stress sévères et omniprésents entourant l'incertitude des demandes de visa, ont affecté tous les aspects de la vie des demandeurs d'asile (Fleay et al., 2013, Graf et al., 2013). Cela implique que si l'incertitude liée à la demande de visa et le temps passé dans le traitement de ces demandes étaient réduits, les problèmes psychologiques et de santé des demandeurs d'asile vivant dans la communauté pourraient éventuellement être améliorés. Étant donné que les demandeurs d'asile ne pensent qu'à leur demande de visa et leurs facteurs de stress de la vie, une réduction de ces déclencheurs pourrait permettre une plus grande participation aux sessions et probablement de meilleurs résultats. Tout en réfléchissant aux défis posés par la fourniture de services psychologiques aux demandeurs d'asile, les participants ont indiqué que travailler avec des interprètes était la plus grande difficulté. Contrairement aux conclusions de Feldman (2006) et de Tribe (2002), une série de facteurs liés à la technique, à la pratique, à la langue et à la formation entravaient le travail avec les interprètes. Les conseils des praticiens pour éviter la terminologie spécialisée et respecter les différents modèles de santé explicatifs correspondaient à ceux trouvés par Tribe. Conformément aux recherches antérieures (Griner et Smith, 2006), les résultats actuels ont souligné l'importance d'une évaluation et d'une intervention culturellement sûres, sensibles et compétentes auprès des demandeurs d'asile. Au lieu d'utiliser des outils formels, les approches conversationnelles et narratives de collecte de données semblaient être une stratégie appropriée. De plus, la connaissance des croyances et des attitudes des demandeurs d'asile, et de la manière dont les facteurs culturels peuvent influencer la présentation des symptômes, était essentielle pour une évaluation efficace. Dans le cas des interventions, les praticiens doivent être conscients des limites de l'application des modèles occidentaux à d'autres cultures (Raj et al., 2002). Une approche éclectique, utilisant des composants d'un large éventail de paradigmes, a été renforcée. De même, en accord avec Copping et al. (2010) et Raj et al. (2002), une approche holistique du traitement qui incluait le développement communautaire et d'autres types de thérapies, telles que la médecine traditionnelle, le conseil et les thérapies alternatives, a également été approuvée. Conformément aux recherches antérieures (Clare et al., 2014, Oppedal & Idsoe, 2015), les résultats actuels soulignent l'importance de renforcer les facteurs de protection des demandeurs d'asile. L'épuisement professionnel étant une conséquence majeure du travail avec les demandeurs d'asile dans la communauté, les praticiens ont été invités à se concentrer sur les autosoins grâce à une supervision compétente, un soutien professionnel et un équilibre travail-vie (Griffiths, 2001; al., 2015). L'ethnicité et la capacité de parler différentes langues, ainsi que l'expérience de vivre à l'étranger et d'interagir avec des cultures diverses, semblaient accroître l'efficacité des praticiens travaillant dans ce domaine et également prévenir l'épuisement professionnel. Cependant, les praticiens ont recommandé d'être prêts pour la flexibilité, l'innovation et le plaidoyer. Les résultats ont des implications pour les programmes de formation développés pour les étudiants et autres praticiens.</p> <p>L'étude a mis en évidence des moyens d'améliorer les services de santé mentale pour les demandeurs d'asile dans la communauté. Les participants ont recommandé que des services holistiques, culturellement adaptés et adaptés à la culture, offrant des interventions tangibles et pratiques, soient disponibles et facilement accessibles au niveau communautaire (Griner et Smith, 2006). En outre, un soutien et des ressources supplémentaires ont été recommandés pour les dispensaires spécialisés et les ONG, car ils sont actuellement les seuls services disponibles pour combler le fossé entre les systèmes privés et publics. Une mise en œuvre de ces recommandations pourrait améliorer les services de santé mentale actuellement disponibles pour les demandeurs d'asile dans la communauté. Cependant, en raison de la volonté du gouvernement de dissuader d'autres arrivées et de son mépris envers les demandeurs d'asile actuels en Australie, il est incertain que ces questions puissent être traitées. Alors que les praticiens interviewés croyaient que leurs adaptations étaient culturellement appropriées, la recherche future devrait également examiner si les clients perçoivent ces adaptations culturellement appropriées.</p> <p>En conclusion, la question de l'offre de services de santé mentale efficaces aux demandeurs d'asile est un sujet important et pertinent parmi les praticiens australiens, car un nombre important de demandeurs d'asile ont été transférés des centres de détention vers la communauté pendant le traitement de leur demande de visa. Il existe des preuves que les demandeurs d'asile vivant dans la communauté sont confrontés à de nombreux problèmes psychosociaux, et qu'il existe également de nombreux défis auxquels les praticiens doivent faire face pour fournir des services à cette population. On s'attend à ce que l'information recueillie dans le cadre de la présente étude aide les praticiens à comprendre les problèmes de cette clientèle et, éventuellement, à leur fournir</p>
---	---

Forces et limites	<p>des connaissances sur la façon d'offrir des services plus efficaces pour répondre à leurs préoccupations en matière de santé mentale.</p> <p>Il y a un certain nombre de limites de cette étude. La taille de l'échantillon était petite et tous les participants provenaient d'une clinique spécialisée. Par conséquent, les résultats peuvent ne pas être représentatifs d'autres praticiens qui travaillent avec des demandeurs d'asile dans d'autres contextes. Bien que des mesures aient été prises pour accroître la rigueur dans l'analyse des données et réduire les biais des chercheurs, la validation réflexive, qui oblige les chercheurs à renvoyer les transcriptions aux participants pour vérifier l'exactitude des points principaux, n'a pas été intégrée. Bien que l'étude actuelle combine les perspectives des praticiens d'une gamme de disciplines, des recherches plus approfondies avec un échantillon plus large pourraient explorer les différences ou les similitudes entre les professionnels de différentes disciplines et offrir des services aux demandeurs d'asile dans différents contextes.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Pour améliorer les services de santé mentale disponibles pour les demandeurs d'asile, les participants ont suggéré de rendre le traitement gratuit ou relativement peu coûteux et de fournir des services en temps opportun. Deux participants ont suggéré que les services soient axés sur la communauté pour améliorer l'accessibilité, car cela offrirait un environnement plus confortable et permettrait de prendre des mesures préventives. De plus, ils ont expliqué que cela protégerait également les patients de traiter directement avec l'hôpital et les services de santé publique, qui sont souvent difficiles à naviguer.</p> <p>Trois des participants ont recommandé de concevoir les services de santé mentale de manière à ce qu'ils soient plus adaptés à ce groupe de façon plus spécifique et contextuelle. Il a été suggéré que cela pourrait être accompli en fournissant des services plus holistiques en intégrant les aspects physiques, psychologiques et de bien-être d'une personne dans un plan de traitement unique. Il a été suggéré que des options plus tangibles devraient être incluses dans les traitements, tels que le massage, l'acupuncture et les médicaments. Comme l'explique un participant : <i>«Beaucoup de cultures ne séparent pas le psychique et le somatique, alors elles veulent un holisme, elles veulent souvent que les choses soient présentées de manière plus physique»</i>. Un certain nombre de participants ont identifié un grand écart dans les services offerts aux demandeurs d'asile. Ces participants ont signalé que leurs clients ont un accès limité à l'hôpital public pour les problèmes graves et 10 séances par année grâce au système d'assurance-maladie. Dans de nombreux cas, ces services étaient inadéquats. Les participants ont signalé qu'un certain nombre de demandeurs d'asile comptent sur les ONG et les cliniques communautaires pour leur stress acculturatif continu, leur dépression chronique ou leur trouble de stress post-traumatique. En conséquence, plusieurs recommandations ont proposé de fournir plus de soutien et de ressources à ce type de clinique et aux ONG qui effectuent un travail similaire. Un participant a dit que la clinique et les ONG existantes <i>«ont un bon modèle, elles sont saines, elles font du bon travail. Ils sont juste; la demande dépasse le fournisseur.»</i> Il a également été recommandé que ces services soient continus et que les 10 séances par an fournies par Medicare soient adéquates. Les participants ont estimé que ce domaine avait grandement besoin de plus de ressources et de financement. Un participant a commenté les conséquences négatives de la répartition problématique des fonds:</p> <p><i>« Le financement n'est peut-être pas dirigé de la manière la plus adéquate. Parce que nous dépensons des milliards pour la construction de nouveaux centres de détention, alors que nous aurions pu les loger et les soutenir, et cela ne coûterait qu'une fraction de cela. Donc, c'est juste la façon dont les choses sont distribuées qui ne sont probablement pas si bonnes, et souvent nous sommes dans la situation où nous devons payer pour leur fournir des services pour la santé mentale, pour des personnes qui n'ont jamais eu d'histoire , n'ont jamais eu de problèmes de santé mentale avant d'être mis en détention en Australie.»</i></p> <p>Le manque de financement, ou une distribution inappropriée du financement, était également supposé être lié au petit nombre de professionnels qui choisissent de travailler avec des demandeurs d'asile. Il a été suggéré qu'en raison du financement actuel, de nombreux professionnels pourraient ne pas être intéressés à poursuivre une carrière auprès de cette population, ce qui entraînerait une prestation de services inadéquate. Plusieurs participants ont souligné que les professionnels qui choisissent de travailler dans ce domaine doivent recevoir une formation appropriée pour travailler avec les demandeurs d'asile et les interprètes. Un participant a insisté sur l'importance de la collaboration des professionnels avec les organisations en tant que bénévoles, car cela pourrait être l'une des stratégies pour combler l'écart dans les services disponibles pour les demandeurs d'asile dans la communauté.</p>
Commentaires	L'article est bien structuré et développé favorisant une bonne lecture

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Khawaja, N. G., & Stein, G. (2016). Psychological services for asylum seekers in the community: Challenges and solutions. <i>Australian Psychologist</i> , 51(6), 463-471.				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Oui, le titre est clair. La population de l'étude est ciblée.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le problème, la méthode, les résultats et la discussion sont présent dans le résumé.
Introduction	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Le problème à l'étude est formulé, développé et expliqué dans son contexte.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Cet article présente des connaissances actuelles en se basant sur divers articles. les déterminants de la santé, les compétences des soignants, l'accès aux soins et l'acculturation peuvent être les concepts utilisés dans cette étude La question de recherche et les buts de la recherche sont clairement formulés.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?			X	
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			
Méthodes	Le devis de recherche est-il explicité ?			X	Le devis de recherche est cité mais n'est pas clairement expliqué.
Devis de recherche	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Ils ont décidé d'utiliser une approche qualitative exploratrice pour améliorer la compréhension de ce phénomène peu étudié.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population est définie de manière claire. L'âge, le sexe, la profession et l'expérience de travail avec les demandeurs d'asile sont cités.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'échantillon est décrit de manière détaillée. L'échantillon est relativement petit se qui peut limiter les représentations d'autres praticiens
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			La récolte de donné s'est fait à l'aide d'interviews semi-structur��e avec des professionnels de la santé mentale. Les entrevues se sont déroulé sur leur lieu de travail.
Déroulement de l��tude	Le déroulement de l��tude est-il décrit clairement ?	X			Le déroulement de l��tude est décrit et expliqué de manière précise.
Considérations ��thiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (��thique) ?	X			Des certificats d��thique, de santé et de sécurité ont approuvés par les comités de l'université.
Résultats Traitement/	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			L'analyse des données est détaillée et expliquée. L��tude dit avoir utilisé l'analyse thématique ainsi que le processus de transcription

Analyse des données	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			Des moyens pour la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont été utilisés. De plus, des précautions ont été prises pour s'assurer que toutes les réponses étaient considérées de manière égale et représentative de l'ensemble des données.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Le résumé des résultats est compréhensible et structuré. Il contient des extraits rapportés dans chaque thème.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Dans cette étude, il y a 7 thèmes qui représentent de manière logique le phénomène.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Ce n'est pas cité si l'auteur a fait évaluer les données aux participants ou par des experts.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Les résultats sont discutés et des études antérieures sont présentes pour faire un lien avec la nouvelle étude.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		Dans cette étude, la question de transférabilité des conclusions n'est pas soulevée.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Les chercheurs présentent des recommandations pour la pratique et les recherches futures. Généralement, ce sont les participants qui ont fait des recommandations pour la pratique future.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit, compréhensible, structuré et suffisamment détaillé pour faire une analyse critique.
Commentaires :	L'article est bien structuré et développé favorisant une bonne lecture				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Samarasinghe, K., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. <i>International Nursing Review</i> , 57(2), 224-231.
Introduction Problème de recherche	<p>Les transitions, définies comme un passage ou un mouvement d'état, d'une condition ou d'un lieu à un autre, sont des concepts qui intéressent la recherche infirmière en raison de leur impact émotionnel et psychologique sur le bien-être (Schumacher et Meleis, 1994). Les infirmières de soins de santé primaire (ISSP) qui s'occupent de famille migrante involontaire et qui interagissent avec elles jouent un rôle important dans la promotion de leur santé. La migration involontaire est définie comme l'émigration forcée à cause de la guerre ou de l'oppression politique. En Suède, où les regroupements familiaux de familles de migrants involontaires sont une raison majeure de l'émigration (Swedish Migration Board, 2008)(SMB). Les ISSP sont souvent le premier contact de la famille migrante involontaire avec le système de santé suédois. Les demandeurs d'asile bénéficient d'un examen de santé gratuit à leur arrivée et les services d'interprètes sont gratuits. Une fois l'obtention du visa, le migrant a le droit de recevoir un service de santé dans les mêmes conditions que les citoyens suédois. La Suède devient de plus en plus multiculturelle chaque année où les immigrants peuvent décider s'ils veulent s'assimiler aux modes de vie suédois ou maintenir leur culture d'origine (Westien 2006). Les citoyens proviennent de plus de 200 pays différents et représentent 13% de la population dont 46% proviennent de pays non européens. Les grands groupes ayant demandé l'asile en Suède en 2008 étaient des citoyens irakiens et somaliens (SMB, 2008). Cependant, la promotion de la santé dans les familles migrantes involontaires en transition culturel est complexe pour plusieurs raisons. La migration involontaire, généralement soudaine et imprévue, provoque souvent un stress psychologique (Bhugra 2004). En outre, les troubles post-traumatiques provoqués par l'expérience des réfugiés, les maladies transmissibles endémiques dans les pays d'origine et les maladies endémiques dans les pays d'accueil sont des facteurs de risque pour leur santé (Palinkas et al, 2003). Les membres de la famille qui sont portés disparus ou qui se sont réinstallés dans différents pays sont des facteurs de stress supplémentaires pour les familles susmentionnées (Weine et al., 2004a). Les facteurs de stress socio-environnementaux tels que l'attente de l'asile, les traumatismes non traités, le chômage et la ségrégation sociale au sein de la société sont également des facteurs préjudiciables à la santé de la famille (Samarasinghe et Arvidsson, 2002) ; (Samarasinghe et al., 2006). De plus, la dégradation sociale, le racisme et la perte de contrôle financier accroissent la vulnérabilité à la détresse psychologique et les maladies physiques (Sundquist et al. 2000). La vulnérabilité à la détresse psychologique peut s'intensifier pendant la transition culturelle. La raison de ceci est dans l'ajustement des individus aux changements créés par des valeurs socio-culturelles peu familières du nouveau pays d'origine. Cela peut conduire à une transformation de l'identité. Ces ajustements aux changements sont appelés acculturation (Sam 2006). La transition est un processus triphasé au fil du temps, comprenant le rejet de l'ancienne identité, passant par un temps intermédiaire où la nouvelle identité n'est pas pleinement opérationnelle, et finalement, sortant de la transition et développant une nouvelle identité (Bridges 2003). Le processus de transformation de l'identité peut avoir un impact négatif sur la perception de soi, réduire l'estime de soi et l'auto-efficacité, et provoquer un stress acculturatif (Berry 1997). Pour une famille en transition culturelle, les changements affectant les rôles et les normes peuvent impliquer tous les membres de la famille. Les mécanismes d'adaptation de la famille liés à ces changements peuvent varier et, partant, remettre en question la cohésion familiale (Birman 2006) ; (Darvieshpour 2003) ; (Weine et al., 2004a). En effet, les familles migrantes involontaires peuvent manquer de motivation pour absorber la nouvelle culture, ce qui pourrait en soit être une cause de stress supplémentaire. Une autre raison de la nature complexe de la promotion de la santé dans les familles de migrants involontaires est liée à l'interaction entre les infirmières et les familles de migrants involontaires. Les professionnels de la santé risqueraient de « victimiser » et de « traumatiser » de telles familles plutôt que de les considérer comme « résilients » et « courageux » par opposition aux familles qui ont migré volontairement (Muecke 1992). Les différences culturelles dans les attentes de donner et de recevoir de l'aide peuvent aussi compliquer l'interaction entre les infirmières et les familles (De Montigny Korb 1996). De même, les familles issues de cultures qualifiées de collectivistes risquent d'entrer en conflit avec les infirmières orientées vers l'Ouest en mettant l'accent sur l'autonomie de l'individu plutôt que sur l'unité familiale (Hanssen 2004) ; (Weine et al., 2004a). De plus, l'absence d'un langage commun entre les infirmières et ces familles menace la qualité des soins qui leur sont prodigués (Gerrish 2001).</p> <p>La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a marqué le passage des déterminants de la santé strictement médicaux et comportementaux à ceux liés aux conditions sociales, économiques, environnementales et politiques existantes (Hartrick Doane et Varcoe 2005). Par conséquent, les infirmières qui participent à la promotion de la santé devraient faciliter la transition culturelle de ces familles.</p>

Recension des écrits	Les recensions des écrits sont cités dans l'introduction pour la compréhension du texte.
Cadre théorique ou conceptuel	Déterminants de la santé / Vulnérabilité / Transition / Promotion de la santé / Approche systémique pour la famille
Question de recherche/buts	Le but de l'étude est de décrire la promotion de la santé par les infirmières de soins de santé primaire (ISSP) suédois dans les familles migrantes involontaires en transition culturelle.
Méthodes Devis de recherche	L'étude est qualitative et utilise une approche phénoménographique. La phénoménographie a été développée à partir d'un cadre éducatif empirique en Suède à partir des années 1970.
Population, échantillon et contexte	L'étude a été réalisée dans deux municipalités du sud de la Suède où les populations de réfugiés étaient respectivement de 2.7% et 3.4% contre 2.6% pour la Suède en général. Un échantillon de 34 infirmières de soins de santé primaire couvrent l'ensemble du secteur incluant la maternité, l'enfant, l'école et la communauté, et des cliniques dirigées par des infirmières couvrant l'asthme, l'allergie, le diabète et l'hypertension ont participé à l'étude. L'échantillon a été choisi en fonction du sexe, de l'âge, de l'éducation spécialisée ainsi que du nombre d'années dans les SSP afin d'obtenir un spectre aussi large que possible. Chaque infirmière de soins de santé primaire qui a participé à l'étude a travaillé avec environ 200 familles migrantes involontaires provenant d'environ 42 pays différents.
Méthode de collecte des données	<p>Le premier auteur a mené toutes les interviews sur les lieux de travail des participants. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur bande et ont duré environ 60 minutes chacune. Les entrevues portaient sur les questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que la promotion de la santé signifie pour vous ? • De même, que signifie la santé de la famille pour vous ? • Pourriez-vous décrire vos activités de soins infirmiers visant à promouvoir la santé de la famille dans les familles de migrants involontaires ? • Comment concevez-vous le résultat de vos activités infirmières ? <p>Afin d'approfondir la compréhension des participants, des questions de suivi ont été posées pour développer les réflexions des infirmières de soins de santé primaire afin de les décrire plus en détail.</p>
Déroulement de l'étude	Deux entrevues pilotes ont sondé la pertinence des questions d'entrevue ainsi que leur validité par rapport à l'objectif de l'étude. Aucune révision n'a été jugée nécessaire et les deux entrevues d'essai ont été incluses dans l'analyse des données.
Considérations éthiques	Tous les participants ont reçu des informations verbales et écrites sur la nature de l'étude et leur droit de refuser et de se retirer de l'étude à tout moment. De plus, tous les participants étaient assurés de la confidentialité et les données relatives à l'identité des familles n'étaient pas reconnaissables. Les participants ont donné leur consentement écrit pour participer à l'étude. La performance de l'étude a confirmé les principes de l'éthique de la recherche, et l'étude a été approuvée par un comité d'éthique universitaire en Suède.
Résultats Traitement/ Analyse des données	<p>Les bandes ont été retranscrites mais n'ont pas été identifiées pour assurer la confidentialité. Le premier auteur ayant une expérience de travail au sein des SSP a réalisé l'analyse, tandis que les deux co-auteurs ayant des connaissances spécialisées de la méthodologie ont servi d'évaluateurs supplémentaires dans la procédure de la catégorisation. L'analyse a été réalisée en six étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les entrevues transcrites ont été lues plusieurs fois pour avoir une idée de l'ensemble 2. Les entretiens ont été traités et les énoncés descriptifs relatifs à l'objectif de l'étude ont été identifiés, délimités, analysés et structurés en une vue d'ensemble des concepts et des mots-clés 3. Une réduction comparative des données a été commencée en donnant une description résumée de chaque interview à partir de cet aperçu 4. Les descriptions résumées ont été différenciées par des comparaisons par rapport aux similitudes et aux différences des descriptions résumées, et ont été regroupées en trois groupes qualitativement distincts 5. La structure sous-jacente des descriptions groupées a été identifiée et décrite en allant et venant entre les descriptions groupées et les entretiens originaux 6. Les entretiens transcrits des 34 infirmières de soins de santé primaire ont finalement été attribués aux trois groupes qualitativement distincts de ces descriptions.
Présentation	Les données ont été catégorisées dans un système de trois catégories.

des résultats	<p>Catégorie I :</p> <p>Une <u>approche ethnocentrique</u> axée sur la santé physique de l'individu. Les six infirmières de soins de santé primaire de cette catégorie visaient à promouvoir la santé physique de chaque membre de la famille. Elles ont eu du mal à obtenir une image complète de la famille car elles pensaient qu'il était difficile de rencontrer en même temps toute la famille. De plus, elles ont souligné qu'elles n'avaient pas un aperçu plus profond de l'histoire de la famille. Elles ont aussi dit que personne n'avait assez de temps pour s'occuper des problèmes psychosomatiques. De plus, les infirmières de soins de santé primaire ne se considéraient pas assez qualifiées pour gérer les problèmes psychosomatiques. Les difficultés de langage et d'interprétation du langage corporel ont été perçues comme un autre obstacle à la compréhension des relations inter-familiales. De plus, les conversations sur les relations familiales étaient difficiles (L'épouse d'une famille de migrants involontaires avait besoin d'une séparation de son mari.)</p> <p>Les infirmières de soins de santé primaire de cette catégorie étaient axées sur la détection des maladies transmissibles et la prévention des maladies en Suède. Elles ont examiné la santé des demandeurs d'asile pour détecter des maladies infectieuses telles que le VIH, la TB, l'hépatite et la giardiase. Elles ont également vacciné les enfants de demandeurs d'asile. Dans les familles qui avaient obtenu un visa de résident, les ISSP ont conseillé des personnes sur les changements de style de vie afin de prévenir l'obésité et ses problèmes de santé (diabète et HTA // enlever les tapis pour les personnes âgées sujettes à des chutes). Les ISSP évaluent l'apport nutritionnel des enfants afin de se faire une idée des habitudes alimentaires de la famille. Les infirmières en soins de santé primaire ont exprimé des difficultés à faire en sorte que les familles migrantes involontaires adoptent des pratiques suédoises, en particulier les soins personnels.</p> <p>Catégorie II :</p> <p>Une <u>approche empathique</u> axée sur la santé mentale de l'individu dans un contexte familial. Les 19 ISSP de cette catégorie se sont concentrées sur la promotion de la santé mentale des individus mais ont pu poser des questions sur leur famille. Elles ont expliqué que le fait d'amener les individus à raconter leur histoire de migration et à parler de leurs antécédents familiaux permettaient de mieux comprendre l'identité du migrant. De plus, les ISSP de cette catégorie ont exprimé qu'elles pouvaient soulager la souffrance mentale dû aux expériences de guerre traumatisantes et encourager les réfugiés à parler de leurs expériences. La création d'une relation de confiance avec les membres de la famille a été perçue comme fondamentale par les ISSP. Être compatissantes, fiables, curieuses à l'égard des autres cultures et avoir un peu d'humour a joué un rôle dans la promotion de la santé. Les ISSP ont géré leur communication avec les membres de la famille en parlant lentement et clairement, en tenant compte du langage corporel et en utilisant des jouets ou des objets comme aide à la communication. Elles ont aussi appris quelques mots de la langue des réfugiés. Si nécessaire, elles ont fait appel à un interprète. Les ISSP étaient conscientes de l'impact culturel sur le comportement humain et se sont donc interrogés sur les valeurs et les croyances culturelles. En outre, les ISSP ont estimé que les familles migrantes n'avaient pas confiance en elles à cause de leurs méconnaissances de la société suédoise. Les ISSP ont donc expliqué la fonction sociale et ses valeurs.</p> <p>Catégorie III :</p> <p>Une <u>approche holistique</u> permettant à la famille de bien fonctionner dans la vie de tous les jours.</p> <p>Les neuf ISSP appartenant à la 3^{ème} catégorie ont été caractérisées par une vision globale de la situation de la famille des migrants involontaires. Les ISSP ont exprimé leur opinion (même si le passé était important, l'avenir attirait toutes les visions et objectifs). La coopération avec d'autres professionnels de la santé et la famille a été perçue comme nécessaire. Les ISSP de cette catégorie ont estimé que l'intégration parentale dans la société suédoise était essentielle pour que les enfants ne soient pas aliénés dans le nouveau pays d'origine. Elles ont donc collaboré avec des conseillers, des travailleurs sociaux et d'autres travailleurs de la santé pour créer des réseaux sociaux pour les familles en organisant des groupes de discussion parentale, des cafés pour les parents et des cours de préparation alimentaire pour les femmes. La création « Maison de la famille » est un lieu de rencontre commun pour les parents et professionnels pour évaluer et faciliter les besoins de ces familles. Parfois, les ISSP faisaient des visites à domicile afin de mieux connaître les familles.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Les résultats de l'étude montrent que la promotion de la santé des familles migrantes est liée à la compétence culturelle de l'infirmière. En Suède, la promotion de la santé se concentre le plus souvent sur l'individu, risquant ainsi de ne pas promouvoir la santé de la famille en tant qu'unité. De plus, la compréhension limitée des infirmières en lien à l'ethnocentrisme risquait de fausser les hypothèses de comportement familial, provoquant de la frustration et des confrontations dans les rencontres culturelles. Par conséquent, seul l'aspect biomédical de la promotion de la santé était axé sur les aspects psychologiques et sociologiques de la promotion de la santé. De plus, les infirmières qui persistent à dispenser des soins de manière ethnocentrique peuvent provoquer un stress acculturatif. Dispenser des soins de cette manière peut frustrer les infirmières elles-mêmes. Une étude montre que de nombreux ISSP étaient insatisfaits de la qualité de leur travail de santé et estimaient qu'ils manquaient des compétences culturelles suffisantes dans leurs rencontres avec les enfants et parents d'origine étrangère (Berlin et al.,</p>

	<p>2008). De même, une autre étude a identifié le besoin de conseil et de débriefing des ISSP qui souffraient du stress lorsqu'elles s'occupaient de réfugiés traumatisés (Griffiths et al, 2003). Ce stress a été causé par l'écoute des expériences traumatisantes mais aussi par l'incompétence des infirmières dans la perception culturelle. La supervision clinique peut être bénéfique dans ce contexte, car elle réduit évidemment l'épuisement professionnel et améliore les soins de santé. Les ISSP ont renforcé l'estime de soi des familles en s'informant de la famille et de leurs croyances culturelles telles que décrites dans la catégorie. Une approche empathique dans la promotion de la santé a pu conserver l'identité de l'individu. Ceci est un aspect important dans la promotion car c'est un sentiment subjectif de bien-être et cela est un indicateur d'une transition saine. De plus, en adoptant une attitude amicale et en montrant un réel intérêt pour les personnes et leurs familles, les ISSP ont fait de la promotion de la santé mentale.</p> <p>Une approche empathique dans leur promotion de la santé ont informé les familles et expliqué les fonctions et les systèmes de valeurs de leur nouvelle patrie. C'est un autre aspect important de la promotion de la santé car l'apprentissage de nouvelles façons de comprendre et de penser peut mener aux développements de nouveaux comportements. La maîtrise du nouveau comportement est un autre indicateur d'une transition saine (Schumacher et Meleis, 1994). Cependant, l'enseignement de nouveaux comportements culturels doit être réalisé de manière respectueuse afin que les familles ne se sentent pas soumises à l'assimilation forcée.</p> <p>L'intégration des systèmes familiaux dans la pratique clinique est bénéfique dans la gestion du stress acculturatif. Lorsqu'il est présent chez un membre de la famille, cela peut générer du stress chez d'autres membres de la famille (Aroian et al., 1996). Cet aspect est particulièrement important dans la réunification familiale où les membres de la famille peuvent être à différents stades d'acculturation. De plus, avoir des conversations familiales avec toute la famille peut être utile pour renforcer les relations familiales. Comme il n'y a pas de définition unique du concept de la « famille », les ISSP peuvent donc dessiner un génome familial dès la première rencontre avec les membres de la famille pour une évaluation correcte. C'est d'autant plus important dans les familles issues de cultures mettant l'accent sur le collectivisme, où le concept de famille peut avoir un sens différent de celui des cultures individualistes. En créant un réseau social autour des familles migrantes, les ISSP ont facilité l'intégration des familles de migrants dans la société. Une étude a montré qu'une place claire dans la société et des rôles familiaux clairement définis sont cruciaux pour améliorer la santé de la famille dans les familles migrantes (Samarasinghe et al., 2006).</p>
Forces et limites	<p>Les limites de cette étude se réfèrent aux choix des participants. Recevoir et prendre soin des réfugiés du monde entier, en particulier des pays non européens, sont des expériences relativement nouvelles en Suède, ce qui limite la transférabilité des résultats.</p> <p>Le premier auteur, en tant qu'ancien ISSP, a peut-être contribué à un lien commun entre les participants et l'auteur, permettant aux ISSP d'exprimer librement leurs pensées tout au long des entretiens, ce qui est crucial dans une étude qualitative. Deux entrevues d'essai confirmant l'étude portant sur les familles ayant migré involontairement et non sur les immigrants en général renforcent la crédibilité de l'étude. Comme le processus analytique était complexe dans l'interprétation des données en raison de sa nature holistique, la crédibilité de l'étude a été renforcée par les co-auteurs qui ont réévalué les données en validant les catégories descriptives, y compris le choix des citations.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Pour que les infirmières améliorent la santé de la famille pendant la transition culturelle, une éducation adéquate englobant le développement des habiletés de communication interculturelle et la connaissance de soi culturelle doit être offerte au niveau du premier cycle et du troisième cycle à l'échelle nationale.</p> <p>Développer la conscience de soi sur les questions culturelles n'est cependant pas si facile car l'influence culturelle sur les humains est souvent implicite et jamais évoquée. Ceci a été clairement démontrée par les ISSP dans une approche ethnocentrique favorisant la santé physique de l'individu, où les ISSP avaient une attitude ethnocentrique dans les rencontres culturelles malgré une longue expérience de travail avec des familles originaires de pays étrangers.</p> <p>En pratique clinique, la mise en œuvre de soins infirmiers axés sur la famille intégrant des conversations de soutien sur l'acculturation et l'adaptation sera utile. Dans l'éducation des infirmières, des connaissances sur l'acculturation et son impact sur les interrelations familiales devraient être fournies. De même, le développement des compétences en soins infirmiers axés sur la famille devrait être intégré au programme d'études en soins infirmiers.</p>
Commentaires	La recension des écrits et l'introduction ont été mélangés, ce qui complique l'analyse de l'article. Cependant, la discussion a bien été développée.

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Samarasinghe, K., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. <i>International Nursing Review</i> , 57(2), 224-231.				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?			X	Les concepts ne sont pas clairement indiqués. Par contre, la population à l'étude est précisée.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le problème est bien indiqué. De plus, la méthode, les résultats ainsi que la discussion sont bien expliqués et structurés dans le résumé.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Le problème est clairement cité, bien détaillé et expliqué dans l'étude.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Elle présente des connaissances actuelles sur le phénomène étudié. En effet, elle explique ce qu'il se passe, le déroulement des faits et les modifications depuis quelques années soit en chiffres soit en décrivant.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?			X	Les concepts ne sont formellement cités mais on estime que les auteurs se sont basés sur les déterminants de la santé – la vulnérabilité – la transition – la promotion de la santé et l'approche systémique pour élaborer leur étude.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			La question de recherche est pas formulée mais le but de l'étude est bien explicité.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il est explicite. En effet, il est écrit que c'est une étude qualitative utilisant une approche phénoménographique.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Oui, il est en adéquation. En effet, ils utilisent une approche phénoménographique. Ainsi, ils étudient la façon dont les gens vivent et comment ils comprennent le phénomène.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Nous savons que la population à l'étude est constituée de 34 infirmiers qui travaillent depuis plusieurs années dans ce service.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Nous savons qu'ils ont pris 34 infirmières de soins de santé primaire qui couvraient différents domaines cités dans le texte. Dans cette étude, il est aussi dit que l'échantillon a été choisi en fonction du sexe, de l'âge, de l'éducation spécialisée ainsi que du nombre d'années dans les SSP. Cependant, nous ne savons pas les critères exactes de chaque participant.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires

Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Le premier auteur a mené les interviews sur les lieux de travail des participants. Toutes les entrevues ont été enregistrées et ont duré 60 minutes environ. De plus, les interviews portaient sur trois questions comme cité dans l'étude.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Il est indiqué que deux entrevues pilotes ont sondé la pertinence des questions d'entrevue ainsi que leur validité par rapport à l'objectif de l'étude.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Tous les participants ont reçu des informations verbales et écrites sur la nature de l'étude. De plus, ils étaient assurés de la confidentialité et les données relatives à l'identité des familles n'étaient pas identifiables. Les participants ont donné leur consentement par écrit pour participer à l'étude. La performance de l'étude a confirmé les principes de l'éthique de la recherche et l'étude a été approuvée par un comité d'éthique universitaire en Suède.
Résultats	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			L'analyse des données est bien détaillée. Elle a été réalisée en six étapes.
Traitement/ Analyse des données	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?		X		Rien n'est mentionné à ce sujet.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Le résumé des résultats est compréhensible et contient de nombreux extraits rapportés.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Trois thèmes sont abordés et représentent le phénomène à l'étude.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	X			Il y avait deux co-auteurs qui avaient des connaissances spécialisées de la méthodologie ont servi d'évaluateurs supplémentaires dans la procédure de la catégorisation.
Discussion	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Plusieurs études sont citées dans la discussion.
Interprétation des résultats	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		La transférabilité des conclusions n'est pas soulevée.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Les chercheurs recommandent de mettre en place les soins infirmiers axés sur la famille intégrant des conversations de soutien sur l'acculturation et l'adaptation. De plus, il serait important de fournir des connaissances sur l'acculturation et son impact sur les interrelations familiales aux infirmières de soins en santé primaire.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est suffisamment bien écrit, bien structuré et bien détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse.
Commentaires :	L'introduction et la recensions des écrits sont mélangés, ce qui complique l'analyse de l'article. Cependant, la discussion est bien développée et mise en lien avec les concepts.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique Approche qualitative

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Spike, E. A., Smith, M. M., & Harris, M. F. (2011). Access to primary health care services by community-based asylum seekers. <i>Med J Aust</i> , 195(4), 188-191.
Introduction Problème de recherche	Les demandeurs d'asile dans la communauté australienne présentent divers problèmes de santé, notamment des maladies chroniques, des troubles musculo-squelettiques, des maladies infectieuses et des troubles psychologiques. Ils ont signalé des symptômes psychologiques tels que l'anxiété, la dépression et le stress post-traumatique à une fréquence semblable à celle des réfugiés acceptés à l'étranger mais nettement plus élevés que chez les autres immigrants. Les difficultés pour les demandeurs d'asile à accéder aux soins de santé en Australie ont été documentées.
Recension des écrits	En Australie, entre 2009-2010, 4'534 visas permanents ont été accordés aux demandeurs d'asile qui avaient fait la demande et 8'150 demandes de visa de protection ont été délivrés. La majorité de ces demandeurs qui sont arrivés avec un visa valide, vivent dans une communauté en attendant que leurs demandes de visa soient traitées (Australian Government Department of Immigration and Citizenship, 2011). Le droit au travail et la couverture Medicare ne sont pas accordés à de nombreux demandeurs d'asile. Cependant, cela diminue suite à la décision du gouvernement australien d'abolir la « règle de 45 jours » qui limitait les droits des personnes qui n'avaient pas déposé de demande de visa de protection peu après leur arrivée (Australian Government, 2009). Les besoins de santé des demandeurs d'asile qui n'ont pas accès à la couverture Medicare sont couverts par une combinaison de politiques et de programmes de l'Etat ainsi que du gouvernement fédéral. Le programme d'assistance aux demandeurs d'asile, géré par la Croix-Rouge australienne sous contrat avec le gouvernement fédéral, fournit un soutien financier et une aide pour certains frais de santé aux demandeurs d'asile admissibles. En 2009-2010, ce programme a aidé 2802 personnes (Australian Government, 2009). Cependant, beaucoup ne répondent pas aux critères d'éligibilité et l'assistance peut ne pas être disponible à certaines étapes du processus de demande d'asile. Certains états ont également pris des mesures pour améliorer l'accès des demandeurs d'asile aux services de santé publique. En Nouvelle-Galles du Sud, cela inclut les dispenses de frais pour les soins d'urgence, les soins ambulatoires, les soins maternels et prénataux ainsi que les services de santé mentale. Le fardeau restant de fournir des soins de santé aux demandeurs d'asile qui ne peuvent pas être couverts par l'assurance-maladie relève des services caritatifs et des services pro-bono.
Cadre théorique ou conceptuel	Déterminant de la santé, accès aux soins
Question de recherche/buts	Obtenir le point de vue des demandeurs d'asile et des professionnels de la santé concernant l'accès aux soins et tout impact que les obstacles peuvent avoir sur le bien-être des demandeurs d'asile.
Méthodes Devis de recherche	Devis qualitatif
Population, échantillon et contexte	Des 12 demandeurs d'asile interviewés, 4 étaient des femmes (3 étaient âgées de -40ans, une entre 40 et 59ans) et 8 hommes (2 en dessous de 40ans, 6 entre 40 et 59ans). A l'exception d'un ancien demandeur d'asile qui avait obtenu un visa de protection au cours des 6 derniers mois, tous les autres étaient en cours de demande d'asile. <ul style="list-style-type: none"> - 4 venaient de l'Asie du sud - 3 de l'Afrique sub-Saharienne - 2 de l'Asie du sud-ouest - 1 du Moyen-Orient - 1 de l'Asie de l'est - 1 de l'Ile du Pacifique La durée moyenne de la demande d'asile était de 3.4ans. 4 étaient actuellement éligibles à la couverture de l'assurance-maladie dont 2 étaient inéligibles auparavant. Les intervenants comprenaient 3 infirmières autorisées, un généraliste et un gestionnaire de services.

	Les demandeurs d'asile ont été recrutés au Centre des demandeurs d'asile et au Service de santé des réfugiés de la Nouvelle-Galles du Sud entre septembre et novembre. L'échantillon raisonné a été utilisé pour assurer une gamme d'expériences, les caractéristiques des participants et les antécédents. Les participants ont été recrutés jusqu'à ce que la saturation thématique soit atteinte.
Méthode de collecte des données	Entretiens semi-structurés.
Déroulement de l'étude	Les auteurs ont mené des entretiens semi-structurés enregistrés sur bande et transcrites en version binaire. Des questions ont été tirées de recherches antérieures et de consultations avec des représentants d'organisations travaillant avec des demandeurs d'asile. Tous les participants qui ne parlaient pas couramment l'anglais se sont vu offrir l'aide d'un interprète. Des notes ont été prises pendant les entrevues et plus tard retranscrites.
Considérations éthiques	Le consentement verbal du témoin a été demandé avant l'entrevue par une infirmière indépendamment des enquêteurs. Le consentement oral plutôt que écrit a été demandé aux demandeurs d'asile, en raison des préoccupations concernant la méfiance des demandeurs d'asile à l'égard des documents écrits et de la maîtrise de la langue écrite. L'approbation éthique a été accordée par le Comité d'éthique de la recherche humaine de l'Université de Nouvelle-Galles du Sud.
Résultats Traitement/ Analyse des données	Les données ont été analysées en utilisant une approche combinée inductive et déductive. Une liste de thèmes initiaux a été générée et les données ont été codées par thème. Une liste plus restreinte de thèmes transversaux a ensuite été générée. Les données ont été recodées et cartographiées et les thèmes transversaux ont été interprétés.
Présentation des résultats	<p>3 grands thèmes transversaux ont émergé de l'analyse :</p> <p>Coût des soins de santé et impact du refus de l'assurance-maladie : un certain nombre de demandeurs d'asile ont déclaré être incapable de voir un médecin privé parce qu'ils ne pouvaient pas payer les frais de consultation. Les expériences négatives d'être facturé pour les services ont rendu certains demandeurs d'asile réticents à revenir pour des soins de santé. Les demandeurs d'asile qui ont obtenu l'accès à des médecins par le biais de services de bienfaisance, ont indiqué que leurs options étaient limitées, et beaucoup ont dû attendre des semaines pour voir un généraliste. Cela a entraîné des souffrances physiques, du stress, de l'anxiété et dans certains cas, de graves risques pour la santé ainsi qu'une détérioration de l'état de santé.</p> <p><i>« Je trouve juste très difficile quand je suis malade, je ne peux pas me permettre de payer un docteur. Quand j'étais enceinte, je n'avais pas de lettres pour voir un généraliste, c'était très, très dur. C'était mon premier enfant, j'avais toujours mal, j'étais enceinte pendant 6 mois avant de voir un généraliste. [demandeur d'asile A4] »</i></p> <p><i>« Vous voulez savoir ce qui ne va pas sinon vous commencez à imaginer des choses, vous voulez que quelqu'un vous dise que c'est faux. Parfois, j'avais ces maux de tête si graves, mais un Panadol ne fonctionnait pas alors vous restez couché et vous écoutez votre corps en souffrance. [demandeur d'asile A5] »</i></p> <p>Les demandeurs d'asile ont signalé des difficultés à payer les médicaments sur ordonnance et en vente libre, ainsi que des articles tels que des lunettes et des bandelettes de test sanguin. Un demandeur d'asile ayant des antécédents de maladie cardiaque grave et qui était inadmissible à la couverture de l'assurance-maladie a signalé avoir arrêté ses médicaments contre l'HTA parce qu'ils étaient inabordables. Les demandeurs d'asile couverts par l'ASAS (Asylum Seeker Assistance Scheme) ont signalé des retards dans l'organisation des rendez-vous chez les généralistes et les spécialistes et dans le paiement des factures médicales. Les intervenants ont indiqué que la négociation de soins pro-bono pour leurs clients, y compris les médicaments, les enquêtes et l'accès à des spécialistes, prenait beaucoup de temps et était difficile. Les soins dentaires, de santé mentale et de maternité ont été identifiés comme des sujets de préoccupation, même après l'introduction de la politique d'exemption de frais NSW.</p> <p>Impact du stress post-migration sur la santé des demandeurs d'asile et l'accès aux soins de santé : Les facteurs de stress post-migration signalés par les demandeurs d'asile comprenaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les difficultés financières - Le processus d'immigration - L'insécurité d'hébergement

	<ul style="list-style-type: none"> - L'incapacité de travailler - L'isolement social - La séparation de la famille - La maladie - L'accès limité aux soins de santé - Le sentiments d'anxiété et / ou de dépression <p>Les émotions négatives semblaient être les plus fortes chez eux qui avaient attendu plus longtemps pour que leur demande soit résolue. <i>« Trop de réflexion, sur la façon de payer le loyer, comment acheter de la nourriture, sur la situation des visas et la maladie. Tant de problèmes » [demandeur d'asile A9]</i></p> <p>Les intervenants ont estimé que le stress post-migration et la maladie psychologique placent les demandeurs d'asile dans une position sociale vulnérable, augmentant leur réticence à accéder aux soins de santé et réduisant leur assertivité dans le TTT des service de santé. Contrairement aux réfugiés acceptés à l'étranger, les demandeurs d'asile n'ont pas accès à l'assistance du gouvernement en matière de traitement des dossiers et peuvent ne pas être au courant des services pertinents. De nombreux demandeurs d'asile ont estimé que leur accès aux soins de santé était limité par le manque d'informations, en particulier lorsqu'ils venaient d'arriver.</p> <p>Les réponses aux services actuellement disponibles pour les demandeurs d'asile et le contexte politique dans lequel ils opèrent : Les intervenants ont noté que l'accès aux soins hospitaliers et de maternité s'était amélioré depuis que la directive politique NSW14 avait été donnée en 2009. Cependant, sa mise en œuvre a été entravée par un manque de sensibilisation du personnel de l'administration hospitalière. Bien qu'il y ait eu de grandes lacunes dans l'accès aux médecins généralistes, les demandeurs d'asile avaient généralement des expériences positives avec eux. Certains se sont plaints que les généralistes privés qu'ils ont vus ne leur ont pas donné suffisamment de temps ou utilisé des interprètes. <i>« La plupart du temps, le docteur ne pouvait pas trouver ce que je lui disais et la plupart du temps je ne comprenais pas ce qu'il me disait. Il me prend pendant quelques minutes puis il prend un autre. [demandeur d'asile, A6] »</i></p> <p>L'inadmissibilité aux cartes de soins de santé a empêché les demandeurs d'asile d'accéder à des soins dentaires non urgents. Les intervenants ont également exprimé leur inquiétude sur le fait que les généralistes ne soient pas autorisés à avoir un accès gratuit au service de traduction et d'interprétation financé par le Commonwealth pour des consultations avec des patients non éligibles à Medicare.</p>
Discussion des résultats	<p>Les expériences rapportées de demandeurs d'asile communautaires ayant besoin de soins de santé en Nouvelle-Galles du Sud et les expériences de ceux qui travaillent pour des organisations qui ont pour but de soigner démontrent que l'accès aux soins de santé reste problématique. Dans l'ensemble, les politiques gouvernementales ont amélioré l'accès des demandeurs d'asile aux soins hospitaliers, mais des lacunes subsistent dans l'accès aux soins primaires, principalement en raison de l'inéligibilité à l'assurance-maladie. Le manque d'accès aux généralistes réduit l'accès aux services spécialisés et autres qui sont fournis par le système de soins de santé de l'Etat et qui nécessitent généralement la référence d'un généraliste. L'impact de l'accès inadéquat signalé dans notre étude comprend la souffrance physique, une anxiété considérable et un risque de détérioration de l'état de santé. Comme le montre une étude australienne antérieure, les besoins de santé dentaire des demandeurs d'asile ne sont pas satisfaits. Les besoins élevés en matière de santé mentale des demandeurs d'asile dans la communauté peuvent également être sous-gérés. Les demandeurs d'asile ont déclaré avoir été confrontés à une série de facteurs de stress post-migration qui pourraient entraver leur accès aux soins de santé, conformément aux recherches australiennes antérieures. De plus, l'accès inadéquat aux soins de santé est apparu comme un facteur de stress en soi, en accord avec la recherche qui l'identifie comme un facteur de stress et un prédicteur significatif de dépression et d'anxiété chez les demandeurs d'asile.</p>
Forces et limites	<p>L'étude a été limitée par sa petite taille d'échantillon ainsi que par le recrutement de demandeurs d'asile qui s'est fait à partir d'un centre de soutien unique en Nouvelle-Galles du Sud. Les résultats ne sont pas nécessairement représentatifs des demandeurs d'asile dans d'autres Etats ou de ceux qui n'ont pas accès aux services de soutien.</p> <p>La plupart des entrevues ont été menées en anglais, ce qui peut limiter l'expression de certains participants.</p> <p>Les limites de l'ASAS comprennent les barrières d'éligibilité, les retards dans l'organisation des rendez-vous chez les généralistes et les spécialistes ainsi que</p>

Conséquences et recommandations	le paiement tardif des factures médicales. L'accès aux soins primaires serait amélioré en élargissant l'admissibilité à Medicare à tous les demandeurs d'asile. Il est peu probable que cela augmente considérablement le coût du système de soins de santé et harmonise la politique de l'Australie avec celle des pays similaires. L'accès aux soins de santé primaires en Australie reste limité pour certains demandeurs d'asile communautaires, ce qui contribue à la souffrance physique et psychologique. Les principes de prévention des maladies et le droit de toute personne aux soins de santé devraient conduire à des mesures visant à améliorer la disponibilité et l'accessibilité des soins de médecine générale ainsi que des services de soutien sanitaire pour ces demandeurs d'asile.
Commentaires	Les résultats sont bien expliqués. Cependant, l'interprétation de ces derniers est limitée. L'article est qualitatif mais il manque des paroles rapportées.

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Spike, E. A., Smith, M. M., & Harris, M. F. (2011). Access to primary health care services by community-based asylum seekers. <i>Med J Aust</i> , 195(4), 188-191.				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?			X	Les concepts ne sont pas clairement définis mais ils sont implicites dans le texte : obstacles, bien-être, accès aux soins. La population étant des demandeurs d'asile est précisée.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Les objectifs, le devis, les résultats et la conclusion apparaissent dans le résumé. Le contenu est clair et structuré.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Le problème est clairement cité et placé dans le contexte. Des articles antérieurs appuient la problématique qui est l'accès aux soins primaires pour les demandeurs d'asile.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Des études sont citées dans l'article et montrent qu'il reste un nombre important de demandeurs d'asile qui ne répondent pas aux critères d'éligibilité.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?			X	On estime que le concept utilisé est les déterminants de santé puisque les auteurs recherchent les obstacles qui entravent l'accès aux soins des demandeurs d'asile.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			La question de recherche est clairement formulée.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Le devis est qualitatif.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			C'est le point de vue des demandeurs d'asile et des professionnels de la santé qui est étudié donc le devis qualitatif est le plus adéquat.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population est citée dans la méthode mais les critères sont repris dans les résultats.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'échantillon est décrit de manière détaillée. Le nombre, le sexe et l'âge des demandeurs d'asile sont cités mais dans les résultats.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?			X	Les entretiens se sont faits entre septembre et novembre 2010. Ils ont été enregistrés et transcrits en version binaire. Les participations ont été recrutées jusqu'à saturation. Cependant, le lieu n'est pas cité.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?			X	Il n'y a peu d'explications concernant le déroulement de l'étude.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Ils ont optés pour les consentements oraux en raison des préoccupations concernant la méfiance des demandeurs d'asile à l'égard des documents écrits et de la maîtrise de la langue écrite.

Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Les résultats sont classés dans 3 catégories et sont détaillés.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?		X		Rien n'est mentionné sur ce sujet.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Le résumé des résultats est compréhensible et contient quatre extraits rapportés.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Oui, les différents thèmes comme le coût de la santé et l'impact du refus de l'assurance maladie, l'impact du stress post-migration sur la santé des demandeurs d'asile et l'accès aux soins et les réponses aux services actuellement disponibles et le contexte politique dans lequel ils opèrent, sont en lien avec la problématique.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Rien n'est mentionné.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Certaines études antérieures ont été citées comme par exemple l'Australien Government Department of Immigration and Citizenship.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		Il n'y a pas de conclusion et la transférabilité des conclusions n'est pas mentionnée.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Les recommandations ne sont pas clairement formulées mais apparaissent à la fin de la discussion.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien structuré et bien détaillé pour l'analyse critique.
Commentaires :	Nous trouvons qu'il y a un manque de rigueur dans la discussion. Cependant, la problématique est bien amenée.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Sulaiman-Hill, C. M. R., & Thompson, S. C. (2012). 'Thinking Too Much': Psychological distress, sources of stress and coping strategies of resettled Afghan and Kurdish refugees. <i>Journal of Muslim Mental Health</i> , 6(2).
Introduction Problème de recherche	Cet article présente les principales conclusions d'une étude exploratoire sur les méthodes mixtes examinant les expériences de santé et de réinstallation de réfugiés afghans et kurdes à prédominance musulmane en Nouvelle-Zélande et en Australie. Étant donné que les expériences post-migratoires peuvent avoir un impact sur le bien-être psychologique de personnes déjà traumatisées, cette étude visait à identifier les principales sources de stress et à décrire les stratégies d'adaptation utilisées pour y faire face. Passer trop de temps à réfléchir sur les expériences passées et les événements internationaux actuels, à se séparer d'une famille et à se sentir dépassés par les défis et les préoccupations liés à la réinstallation étaient des sources importantes de stress continu. Des niveaux élevés de détresse psychologique et de morbidité ont continué d'être observés chez certains participants, plusieurs années après leur arrivée.
Recension des écrits	<p>Au cours des dernières années, des documents internationaux ont examiné les facteurs ayant une incidence sur la santé mentale des réfugiés. Une grande partie de la littérature ancienne a été influencée par la psychiatrie traumatologique, en mettant l'accent sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et l'incapacité. Le signalement des problèmes de santé mentale ont aidé à faire prendre conscience de l'ampleur du problème (De Jong, Komproe et Van Ommeren, 2003, Gerritsen et al., 2006, Steel et al., 2009). Bien qu'une morbidité significative soit associée aux traumatismes pré-migratoires et aux expériences de torture (Silove et al., 2006), les influences post-migratoires incluant la détention (Steel et al., 2006) contribuent également aux symptômes de stress post-traumatique (Acier, Silove, Bird, McGorry et Mohan, 1999). Plus récemment, une grande partie de l'axe de recherche s'est déplacée vers la période post-migratoire, explorant les liens entre la phase d'installation précoce et le bien-être psychologique. En particulier, les contraintes supplémentaires et les contraintes systématiques auxquelles sont confrontés les réfugiés, tels que les conditions socio-économiques, le logement insalubre, les obstacles au travail et aux services sociaux, les difficultés d'accès aux soins, l'insécurité et dans certains cas la détention pour des périodes indéterminées peuvent aggraver les facteurs de stress existants ayant des répercussions à long terme sur la santé (Ichikawa, Nakahara et Wakai, 2006, Silove, Steel, Bauman, Chey et McFarlane, 2007, Silove, Steel et Watters, 2000, Sinnerbrink, Silove, Field, Steel), & Manicavasagar, 1997, Steel & Silove, 2001).</p> <p>Certaines critiques ont exprimé leur inquiétude quant à la «médicalisation de la détresse» en tant que trouble pathologique (Summerfield, 1997, page 1568). Ils soutiennent que cela pourrait déformer les perceptions sur la grande majorité des survivants, en réduisant la discussion sur les questions de réfugiés à la psychopathologie et à l'objectivation des groupes de réfugiés (Muecke, 1992). Au lieu de présenter les réfugiés comme des victimes passives, ils pourraient plutôt être considérés comme des «prototypes de résilience» (Muecke, 1992, p.515). Les défis sociaux, économiques et politiques plus généraux seront pris en compte pour évaluer leurs expériences et exprimer leurs besoins (Watters, 2001). D'autres ont remis en question la validité de l'application de concepts occidentaux de traumatisme à des groupes non occidentaux, décrivant les liens entre les facteurs culturels, religieux et politiques dans la construction de la détresse mentale (Ruwanpura, Mercer, Ager et Duveen, 2006). Des considérations culturellement spécifiques ont été relevées dans certaines études (Keyes, 2000). En particulier, des études à méthodes mixtes sont recommandées pour examiner l'influence relative des facteurs de stress actuels par rapport aux traumatismes passés et l'impact sur le fonctionnement (Tempany, 2009). Au niveau des groupes de réfugiés, l'expérience collective des violations des droits de l'homme peut se refléter dans les attitudes vis-à-vis du contact entre la culture hôte et la culture réfugiée ; certains groupes culturels s'installant mieux dans une nouvelle société que d'autres. Les attitudes des groupes majoritaires à l'égard des migrants, l'exclusion sociale et les perceptions de la discrimination sont particulièrement présentes pour des groupes visiblement différents comme les musulmans ou les Africains et posent des défis particuliers à la réinstallation (Casimiro, Hancock et Northcote, 2007). Une prévalence élevée de problèmes de santé mentale chez les Afghans et d'autres groupes de réfugiés du Moyen-Orient a été documentée (Gerritsen et al., 2006, Ho- sin, Moore et Gaitanou, 2006, Miller et al., 2006, Mofidi, Ghazinour, Araste, Jacobsson et Richter, 2008, Taloyan, Johansson, Sundquist et Kocurk, 2006). Ces problèmes de santé peuvent se manifester par des changements de comportement ou entraîner un stress acculturatif caractérisé par la dépression, l'anxiété, l'incertitude ou la dysphorie (Allen, Vaage et Hauff, 2006, Berry, 2002). Bien qu'il ait été démontré que le soutien social améliore la capacité d'adaptation et favorise la santé (Ghazinour, Richter et Eisemann, 2004, Oppedal, Roysamb et Sam, 2004, Simich, Beiser et Mawani, 2003), la nature involontaire de l'expérience des réfugiés prédispose les réfugiés aux réactions de stress. Comme le Moyen-Orient et l'Afghanistan continuent de figurer dans les rapports d'actualité, il existe un risque potentiel de traumatismes pour ceux</p>

	<p>qui ont fui les situations de conflit (Porter & Haslam, 2005, Sondergaard, Ekblad et Theorell, 2001). Les perceptions des réfugiés de ces régions peuvent être entachées de stéréotypes.</p> <p>Ces dernières années, l'Australie et la Nouvelle-Zélande (NZ) ont accepté des réfugiés afghans et du Moyen-Orient. Les deux régions génèrent actuellement près de la moitié de tous les réfugiés sous protection des Nations Unies (HCR, 2010). Depuis 2000, l'Australie a accepté à elle seule plus de 58 000 réfugiés afghans et la Nouvelle-Zélande plus de 5 000 (HCR, 2009). Les deux pays ont fourni des services d'établissement dédiés aux acteurs humanitaires depuis de nombreuses années. L'Australie admettant jusqu'à 13 000 réfugiés par an (65/100 000 habitants / an) et 750 (19/100 000 habitants / an) en Nouvelle-Zélande. (HCR, 2006).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Stratégie de Coping
Hypothèses/question de recherche/buts	Explorer les expériences de réinstallation et les résultats en matière de santé mentale et à identifier les sources de stress continues pour les anciens réfugiés d'Afghanistan et les régions kurdes du Moyen-Orient réinstallées dans les nouveaux pays hôtes. La présence de communautés établies d'anciens réfugiés à Perth, en Australie occidentale et à Christchurch, en Nouvelle-Zélande, a guidé le choix des groupes ethniques.
Méthodes	L'étude exploratoire a utilisé une approche à méthodes mixtes. Cette approche mixte a permis de contextualiser les résultats quantitatifs, d'explorer l'impact de la détresse psychologique sur le fonctionnement et de souligner les besoins et les préoccupations exprimés par les participants.
Devis de recherche	Les participants à l'étude étaient d'origine d'Afghanistan ou étaient Kurdes et avaient 18 ans ou plus au moment de l'étude en 2008. Ils étaient arrivés en Nouvelle-Zélande ou en Australie comme réfugiés ou demandeurs d'asile entre 1988 et 2008 et résidaient à Perth ou Christchurch à l'heure de la collecte des données.
Population, échantillon et contexte	<p>L'inclusion de participants établis pour une période pouvant aller jusqu'à 20 ans a permis d'inclure le groupe kurde de Perth, arrivé en grande partie dans les années 1990. Notre objectif était de recruter 50 participants de chaque groupe, pour un échantillon total de 200. Pour cette étude exploratoire, étant donné les défis du recrutement dans des populations minoritaires difficiles d'accès (Faugier & Sargeant, 1997), nous visons pour un échantillon indicatif plutôt que véritablement représentatif (Colic-Peisker & Tilbury, 2007).</p> <p>L'échantillonnage par boule de neige a été utilisé, avec des contacts initiaux multiples dans chacun des quatre groupes de réfugiés pour assurer la diffusion de personnes ayant des antécédents et des expériences différents (Atkinson et Flint, 2001, Bloch, 2007, Jacobsen et Landau, 2003). De chaînes de contacts et l'application d'une citation informelle pour garantir la présence de différents groupes ethniques afghans (Hazara, Tadjik, Ouzbek, etc.) et d'appartenances religieuses ont été incluses. Elles ont contribué à réduire les biais de sélection et à améliorer la représentativité.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Cette méthode permet d'identifier qualitativement les principales sources de stress, la recherche de santé et les stratégies d'adaptation à travers des questions ouvertes dans des entretiens individuels et aussi pour fournir une évaluation quantitative du bien-être psychologique dans un échantillon d'anciens réfugiés kurdes et afghans qui vivent maintenant en Nouvelle-Zélande et en Australie (KARNZA)</p> <p>L'échelle de Kessler-10 qui a été développée en tant qu'outil de dépistage de la détresse psychologique dans la population, a été utilisée en Nouvelle-Zélande et en Australie.</p> <p>Le Kessler-10 se compose de dix questions avec cinq catégories de réponse conçues pour mesurer la détresse psychologique au cours des quatre semaines précédentes. Chaque item est noté entre 1 (Jamais) et 5 (Tout le temps), avec des scores plus élevés indiquant plus de détresse. La somme des dix items donne le score total avec une fourchette de 10 à 50. Les valeurs manquantes sont exclues du score total. Il y a de légères variations dans les seuils mais, par souci de cohérence avec les enquêtes néo-zélandaises et australiennes sur la santé, nous avons utilisé les critères suivants: des scores de 10-15,9 indiquent qu'il n'y a pas de sentiment significatif de détresse; 16-21,9 indique qu'un individu peut éprouver des niveaux modérés de détresse; 22-29,9 suggère un haut niveau de détresse; et des scores de 30 ou plus indiquent la possibilité de niveaux de détresse très élevés ou sévères compatibles avec un diagnostic de dépression sévère et / ou de trouble anxieux (Australian Bureau of Statistics, 2007-08, NZ Government, 2008). Quatre autres questions qui ne contribuaient pas au score final sont incluses pour évaluer l'impact ou le degré d'incapacité associé au niveau de détresse psychologique identifié. Seules les personnes dont le score est supérieur au minimum sont priées de les compléter. Ces questions demandent au répondant d'identifier ce qui suit: le nombre de jours au cours des quatre dernières semaines où il a été totalement incapable de fonctionner; le nombre de jours nécessaires pour réduire les activités de la vie quotidienne résultant de la détresse; le nombre de fois qu'ils ont consulté un professionnel de la santé au cours de cette période; et combien de fois les problèmes physiques ont été la cause principale des sentiments.</p>

Déroulement de l'étude	<p>La majorité des personnes ont participé à des entrevues individuelles pendant une à deux heures, et moins de dix personnes sur un total de 193 ont préféré remplir elles-mêmes les questions et retourner leurs réponses par la poste. La première partie de l'entrevue comprenait l'achèvement des instruments psychométriques décrits ci-dessous qui étaient fournis en anglais, en farsi ou en arabe pour l'auto-complétion ou avec l'aide d'un interprète si nécessaire.</p> <p>Dans la deuxième partie de l'interview, des questions ouvertes ont été utilisées pour diriger une discussion approfondie des points d'intérêt. Ils ont exploré les difficultés de réinstallation, les perceptions de leur expérience personnelle de santé et de maladie, et leurs stratégies pour faire face au stress et aux problèmes de santé. Tous les documents d'étude, y compris les fiches d'informations et les formulaires de consentement, ont été traduits professionnellement en farsi et en sorani (dialecte kurde) en utilisant des méthodes de rétro-translation standard. La fourniture de documents traduits et l'accès aux interprètes ont permis aux personnes ayant des capacités limitées d'alphabétisation ou d'anglais de participer.</p> <p>Le principal défi consistait à sélectionner un test de dépistage généralisé pour mesurer le bien-être psychologique, disponible dans des versions validées et traduites de manière appropriée, en particulier le farsi et l'arabe.</p>
Considérations éthiques	L'étude a été approuvée par le Human Research Ethics Committee de l'Université Curtin de Perth, en Australie occidentale.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Des statistiques descriptives ont été calculées pour les résultats de K-10, ainsi que des variables sociodémographiques. L'alpha de Cronbach a été calculé pour évaluer la fiabilité de l'instrument, obtenant un score de 0,86 pour notre échantillon. Des tests U de Kruskal-Wallis et Mann-Whitney ont été effectués pour évaluer les différences entre les groupes de variables. En outre, les données Kessler-10 ont été agrégées en une variable catégorielle (niveau psychique) basée sur les niveaux de détresse, qui ont ensuite été utilisés pour calculer les statistiques X² pour la morbidité subjective, les raisons de détresse et la recherche d'aide. Toutes les analyses de données quantitatives ont été effectuées à l'aide de SPSS 12.0 (SPSS Inc.), avec des niveaux de signification de 0,05, sauf indication contraire. Les réponses qualitatives aux questions ouvertes ont été gérées à l'aide de NVivo 8 (QSR International). Ils ont été initialement codés en utilisant un codage ouvert dans lequel les données de chaque question étaient décomposées en unités de signification distinctes. L'étape de codage axial impliquait des comparaisons des codes les uns avec les autres pour découvrir les liens entre les catégories, avec des catégories connexes agrégées pour produire les catégories thématiques rapportées (Grbich, 1999). Un consensus sur les thèmes a été atteint par une discussion entre les chercheurs et les interprètes afghans et kurdes.</p> <p>Un total de 193 participants adultes ont été recrutés à Christchurch (n = 98) et Perth (n = 95), reflétant un bon équilibre entre les sexes, la répartition par âge (18-70 ans), la taille de la famille (1-10), le temps passé en réfugié (<1-27 ans), et temps écoulé depuis la réinstallation (<1-20 ans). Un seul participant à Perth avait passé vingt ans ou plus dans une situation de réfugiés avant la réinstallation, comparé à 36 (29 Kurdes, 7 Afghans) à Christchurch. Quatre-vingt-dix participants ont été identifiés comme étant afghans et 103 étaient kurdes, et 93% de l'échantillon était musulman. Le niveau d'éducation a été déterminé par le nombre d'années de scolarité avec moins d'une année codée comme nulle / minime, primaire 1-6 ans, secondaire 7-13 ans, et le reste classé comme niveau tertiaire. Les 193 participants ont rempli des questionnaires standardisés et 124 ont fourni des réponses qualitatives à des questions ouvertes discutées pendant l'interview.</p>
Présentation des résultats	<p>Détresse psychologique</p> <p>Le tableau 1 présente un résumé des scores K-10, pour lesquels il y avait des différences significatives entre les groupes démographiques. Aucune différence significative pour le risque de détresse psychologique entre les groupes n'a été observée pour la communauté ethnique (Afghan 19,8; , n = 90), kurde [moyenne 20,3, écart-type 7,9, n = 103]; emplacement de réinstallation (Christchurch [moyenne 21,6, écart-type 9,2, n = 98], Perth [moyenne 18,6, écart-type 5,5, n = 95]); religion (musulmane [moyenne 20,0, écart-type 7,8, n = 180], non-musulmane [moyenne 21,0, écart-type 8,5, n = 8]); taille de la famille (vivant seul [moyenne 19,1, écart-type 9,9, n = 7], 2-5 personnes [moyenne 19,3, écart-type 7,4, n = 96] et 6-10 personnes [moyenne 20,9, écart-type 7,9, n = 81]) ; et temps écoulé depuis la réinstallation (moins de 1 an-2 ans [moyenne 20,0, écart-type 7,0, n = 29], 3-5 ans [moyenne 21,5, écart-type 8,8, n = 41], 6-10 ans [moyenne 21,0, écart-type 8,7 , n = 71] et 11-20 ans [moyenne 17,0, écart-type 4,5, n = 51]).</p> <p>Pour l'échantillon total, les femmes ont obtenu des scores K-10 significativement plus élevés que les hommes. Les participants qui étaient au chômage ou incapables de parler anglais avaient également un risque plus élevé de détresse psychologique. Il y avait une différence significative entre le niveau de scolarité et les scores de Kessler-10 sur le test de Kruskal-Wallis. Ceux qui avaient plus d'éducation rapportant des scores K-10 inférieurs (risque inférieur de détresse psychologique). Une analyse plus approfondie utilisant les tests de Mann-Whitney pour chaque combinaison de catégories a indiqué que les personnes ayant un niveau d'éducation minimal avaient des niveaux de risque psychologique significativement plus élevés que celles qui avaient fait des études secondaires ou tertiaires. De même, les résultats pour l'état matrimonial ont montré des différences significatives entre les personnes mariées et non mariées. Certains participants précédemment mariés</p>

avaient perdu leur conjoint dans des circonstances traumatiques et étaient désormais seuls responsables de leur famille. Beaucoup d'entre eux étaient dans la tranche d'âge la plus jeune et vivaient toujours avec leur famille élargie, ce qui se reflète dans leurs niveaux de détresse psychologique (plus bas). Les résultats de Kessler-10 ont ensuite été analysés à l'aide d'une fonction de partage de fichiers afin d'évaluer les différences possibles selon le sexe ou la communauté de réfugiés. Les résultats indiquent une différence significative de risque de détresse psychologique entre les hommes qui travaillent (moyenne 17,0, écart-type 5,7, n = 67) et qui ne travaillent pas (moyenne 22,1, écart-type 8,9, n = 31) et les hommes qui parlent anglais (moyenne 18,0, Écart-type 6,8, n = 96) comparé au nombre peu élevé (moyenne 30,3, ET 8,8 n = 4). Aucune différence significative n'a été notée pour les femmes. Le pourcentage de personnes occupées différait également de façon significative, l'emploi étant associé à une plus grande capacité en anglais pour les hommes et les femmes [χ^2 (1 190) = 22,4, p <0,001].

Morbidité subjective

Les participants ayant des scores K-10 de 20 ou plus ont été analysés plus en détail pour la morbidité; si un problème de santé physique était la cause probable de la détresse; et si un professionnel de la santé a été consulté. Les résultats d'un total de 79 personnes (41% de l'échantillon total, 32 hommes, 47 femmes, 43 Kurdes, 36 Afghans, 32 à Perth, 47 à Christchurch) ont été utilisés pour cette analyse.

Le nombre de jours où les participants étaient totalement incapables de gérer et les jours où ils devaient réduire leurs activités étaient répartis uniformément entre les scores K-10. Presque 79% de l'échantillon qui ont des symptômes ont déclaré être totalement incapables de gérer à un moment donné au cours du mois précédent (médiane: femmes 4 jours, hommes 2 jours). Certains ont déclaré être incapables de faire face aux activités de la vie quotidienne un mois entier.

Près de 70% ont signalé une certaine limitation, la plupart du temps moins de 7 jours au total (médiane: femmes 2 jours, hommes 0 jour).

Raisons de la détresse

On a demandé aux participants si un symptôme ou leur détresse était attribuable à une raison de santé physique. Une minorité (22,5%) a estimé que leurs problèmes étaient principalement physiques, 34% que les symptômes étaient parfois physiques et 43,5% ont déclaré que les symptômes n'étaient pas dus à une raison de santé physique. Si l'on compare les niveaux de détresse psychologique, il n'y a pas de différence significative entre les groupes. Beaucoup plus de femmes (76%) ont signalé une maladie physique ou une limitation par rapport aux hommes [35%; χ^2 (1, N = 62) = 10,70, p.001].

Consultation avec des professionnels de la santé

La probabilité de consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé différait selon des raisons physiques ou des problèmes de santé mentale [χ^2 (2, N = 60) = 14,6, p .001]. Seulement 3 personnes sur 26 (deux hommes et une femme) qui croyaient que leurs symptômes étaient attribuables à un problème de santé mentale ont consulté un professionnel de la santé à leur sujet. Les différences entre les groupes rapportant des raisons mentales ou physiques étaient significatives pour les femmes, mais pas pour les hommes [χ^2 (1, N = 31) = 4,21, p.040]. Le pourcentage de personnes consultant un médecin au sujet de leurs symptômes différait également selon la catégorie de niveau de risque psychologique [χ^2 (2, N = 61) = 7,40, p.025], avec 75% de la catégorie de risque modéré, 79% de risque élevé, et 43% des groupes à risque élevé, ne recherchant pas de conseils médicaux professionnels.

Comparaison avec des ensembles de données de population

Les scores K-10 pour la détresse psychologique ont été comparés aux résultats des enquêtes sur la santé en Nouvelle-Zélande (2006-07) et en Australie (2007-08). Pour permettre la comparaison avec KARNZA, les scores K-10 ont été regroupés en faible risque (K-10 10-15.9), modéré (K-10 16-21.9), élevé (K-10 22-29.9) et très élevé (K-10 La grande disparité des résultats entre les réfugiés australiens et néo-zélandais reflèterait probablement des différences dans le temps de réinstallation, car toutes les personnes âgées de 11 à 20 ans vivaient à Perth. Cependant, les niveaux de détresse psychologique sont restés bien au-dessus de ceux de la répartition de la population nationale en Nouvelle-Zélande et en Australie.

Principales sources de stress

On a demandé aux participants de discuter des causes d'une mauvaise santé, en particulier de leur santé mentale, afin de déterminer les principales sources de stress continues pendant la partie qualitative de l'entrevue. Les réponses ont été classées en neuf thèmes (tableau 3); les thèmes rapportés par la majorité des participants ayant répondu à cette question traduisaient les difficultés psychologiques en cours liées aux expériences passées, le traumatisme par les reportages d'actualité et les nouvelles de la maison. Ce thème a été appelé "Penser trop", un descripteur commun utilisé par les participants à l'étude pour l'introspection et les

	<p>symptômes dépressifs et d'anxiété. La séparation avec la famille, en particulier ceux qui sont encore dans des situations de conflit, était une autre source majeure de stress, souvent étroitement liée aux nouvelles de la maison, comme décrit dans le premier thème.</p> <p>Les résultats ont été analysés par sexe. Pour les hommes, une majorité a décrit «trop penser» comme le principal facteur de stress, la séparation ayant un impact négatif sur beaucoup de membres du groupe. Un sentiment de dépassement de soi a également été ressenti par un certain nombre d'hommes interrogés. «Penser trop» était également la principale préoccupation des femmes, mais la séparation était relativement plus importante que pour les hommes. Une proportion similaire d'hommes et de femmes se sentait dépassée et contrainte dans leur vie. Les facteurs de stress identifiés par les femmes plus que les hommes incluaient le désespoir, la dissonance du statut et l'isolement social. Dans certains cas, cela était lié à des attentes non satisfaites, comme l'a décrit une femme qui avait toujours voulu être enseignante en Afghanistan. Bien que les opportunités éducatives soient maintenant disponibles en Nouvelle-Zélande, sans soutien familial pour les soins aux enfants, elle est toujours incapable de réaliser son rêve. Ces sont les principaux problèmes identifiés par un groupe de détresse à très haut risque.</p> <p>Les données des participants identifiés comme ayant un très haut risque de détresse psychologique ont été analysées plus en détail pour identifier toute tendance dans les principaux facteurs de stress rapportés (Tableau 4). Vingt-quatre participants avaient des scores de K-10 de 30 ou plus; 83% vivaient à Christchurch, 67% étaient kurdes, 63% étaient des femmes et 21% travaillaient. Ils ont été uniformément réparties selon le temps d'établissement (entre 1 et 13 ans), le temps passé en tant que réfugié avant la réinstallation (moins de 1 an à 27 ans) et le niveau d'éducation.</p> <p>Thèmes des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penser trop - Séparation - Se sentir submergé - Relation - Dissonance du statut : Emploi – positionnement sociale – attentes - Déresponsabilisation - Isolement sociale - Changement culturel et social - Autre <p>Les stratégies d'adaptation</p> <p>La majorité des participants étaient conscients que bon nombre de leurs symptômes physiques étaient liés à des problèmes psychologiques et utilisaient l'éventail des stratégies d'adaptation décrites au tableau 5. Dans l'ensemble, l'exercice était la façon la plus communément mentionnée de traiter la détresse psychologique. Bien qu'utilisés par les hommes et les femmes, les trois quarts des personnes qui discutaient de l'exercice étaient des hommes. Pour certaines personnes qui se promènent dans les montagnes NZ, où ils pourraient éprouver un sentiment de liberté était particulièrement utile. La socialisation était la deuxième méthode la plus courante de gestion du stress, et elle était principalement favorisée par les femmes (parmi celles qui ont mentionné l'importance de l'interaction sociale, 70% étaient des femmes et 30% des hommes). Plus de la moitié des femmes interrogées dans l'ensemble du groupe ont déclaré avoir discuté de leurs problèmes avec leurs amis ou leur famille. Comme il n'était souvent pas jugé approprié de discuter de certaines préoccupations avec des hommes ou des personnes extérieures au groupe familial direct, téléphoner aux mères et sœurs à l'étranger de façon régulière était presque universellement rapporté, malgré le coût. Ces membres de la famille ont été en mesure de fournir un niveau de soutien émotionnel qui manquait par ailleurs dans leur environnement post-réinstallation. Les stratégies d'évitement et les techniques de relaxation étaient utilisées à la fois par les hommes et les femmes, mais les pratiques religieuses telles que la lecture du Coran et la prière s'avéraient particulièrement importantes pour les femmes (90% des femmes mentionnaient les femmes). Ces femmes ont acquis une force intérieure considérable grâce à leurs convictions religieuses, ce qui s'est avéré utile pour faire face aux réactions du public concernant les arrivées et le terrorisme international. Ils ont fait état d'un sentiment de solidarité et d'unité avec leurs sœurs musulmanes, quels que soient leurs origines et leurs origines ethniques. En revanche, il était intéressant de noter que la recherche d'une aide professionnelle, comme la visite d'un médecin ou d'un conseiller ou la prise de médicaments pour soulager le stress, n'a été mentionnée que par des participants masculins.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Une comparaison avec les données des enquêtes sanitaires néo-zélandaises et australiennes indique que les niveaux de détresse psychologique subis par les participants sont considérablement plus élevés que la population générale dans ces pays, avec plus de 66% d'anciens réfugiés ayant des scores modérés, élevés ou très élevé, comparativement à 21% et 32% respectivement dans la population générale en Nouvelle-Zélande et en Australie. Ceci est cohérent avec les études</p>

précédentes qui ont rapporté une prévalence élevée de problèmes de santé mentale parmi les anciens groupes de réfugiés. En particulier, nous avons noté des différences significatives entre les groupes selon le sexe : les femmes obtenant des résultats supérieurs à ceux des hommes, ce qui est également cohérent avec d'autres recherches (Miller et al., 2006, Schweitzer, Melville, Steel, & Lacherez, 2006). Le chômage, le fait de ne pas parler anglais, le fait d'être déjà marié (divorcé ou veuf) et de n'avoir qu'une éducation minimale sont également associés à un risque accru de détresse psychologique (Beiser & Hou, 2001, Laban, Gernaat, 2001). Komproe, van der Tweel et De Jong, 2005, Nwadiora et McAdoo, 1996). Beaucoup de ces variables sont interdépendantes: l'apprentissage de l'anglais pourrait être plus difficile pour les personnes ayant des capacités de lecture limitées et celles qui ont un niveau d'instruction minimal pourraient avoir moins d'anglais au moment de la migration. En particulier, de nombreux participants kurdes de Christchurch étaient des réfugiés de longue date, ayant passé de plus de vingt-cinq ans dans des camps de réfugiés avant leur réinstallation et n'ayant pas bénéficié des possibilités éducatives de certains autres participants. Les défis sont immenses, en particulier pour les apprenants plus âgés et pré-alphabétisés issus de milieux traditionnels de s'adapter et de réussir dans les sociétés modernes et alphabétisées. Une méta-analyse de la santé mentale compromise chez les réfugiés a révélé que les personnes plus âgées et mieux éduquées avaient des résultats moins bons (Porter et Haslam, 2005) ; des résultats différents de ceux de l'étude actuelle. La description « penser trop » a été utilisée, ou comprise, par presque tous les participants lorsqu'ils ont discuté des sources de stress en cours d'entrevue. Elle englobait de nombreuses émotions dépressives et des symptômes d'anxiété, tels que reflétés dans les critères K-10, et était la source d'inquiétude la plus fréquente chez les hommes et les femmes. Dans presque tous les cas, ce thème reflétait le fait que les participants avaient trop de temps pour s'inquiéter des événements qui se déroulaient à l'étranger ou des expériences passées. Une étude précédente avec des participants irakiens et kurdes a révélé qu'ils étaient fortement influencés par les événements politiques et la situation d'autres personnes importantes dans leur pays d'origine (Sondergaard et al., 2001). Cela a également été rapporté dans une méta-analyse de 59 études de comparaison de la santé mentale des réfugiés, où des résultats moins bons ont été observés chez les personnes dont le conflit initial n'était pas résolu (Porter et Haslam, 2005). De même, Kira et ses collègues (2008) ont identifié une association entre les reportages des médias de guerre et les problèmes de santé physique et mentale chez les réfugiés irakiens. Ils rapportent les impacts négatifs d'une exposition médiatique comparable à la mort ou aux blessures graves d'un membre de la famille ou d'un ami pendant la guerre. Les participants à notre étude ont également décrit le traumatisme, les sentiments d'impuissance et l'anxiété pour la sécurité des membres de la famille restés au pays, souvent en réponse aux reportages et aux images des médias. Cela a été une préoccupation particulière pour les Afghans et les Irakiens ces dernières années et peut être exacerbé par l'ignorance et l'insensibilité du public dans les pays d'accueil. Les conséquences psychologiques en sont attestées par l'incapacité de nombreuses personnes à faire face aux tâches de la vie quotidienne et aux difficultés de concentration décrites. Une meilleure compréhension des problèmes auxquels sont confrontés les réfugiés pourrait permettre de meilleurs résultats éducatifs. Cela pourrait être réalisé en prolongeant les programmes d'éducation sur une période plus longue pour permettre aux gens de s'adapter et de surmonter certaines de leurs difficultés initiales de réinstallation. En outre, les efforts visant à aider ces réfugiés à trouver un emploi ou à entreprendre d'autres activités pour les garder occupés peuvent contribuer à améliorer les résultats en matière de santé mentale. Les nouvelles de la maison mettent souvent en évidence la séparation de la famille et le manque de soutien, et leur impact s'étend sur plusieurs années. La séparation était le deuxième facteur de stress le plus souvent décrit et était plus important pour les femmes que pour les hommes. Les femmes sont plus susceptibles d'être à la maison avec de jeunes enfants, moins susceptibles de parler anglais (85% de ceux qui ne parlent pas anglais étaient des femmes), et ont un plus grand potentiel d'isolement social. Cela est aggravé si les maris travaillent de longues heures pour subvenir aux besoins de leur famille immédiate (et souvent aussi de leur famille nombreuse). Un examen des stratégies d'adaptation utilisées par les femmes suggère l'importance du contact social, en particulier avec les autres femmes. Cependant, pour de nombreuses personnes, il n'est pas culturellement acceptable de discuter de questions familiales avec des personnes de l'extérieur. Les politiques de réunification familiale jouent un rôle crucial pour le retour des familles; cependant, dans la pratique, le parrainage est souvent étendu aux relations du mari; isoler davantage les femmes des membres de leur famille proche. Dans certains cas, les relations existantes peuvent également s'effondrer en raison du stress de l'ensemble de l'expérience de réinstallation. Dans ces situations, les femmes peuvent devenir plus isolées socialement, voire même évitées par d'autres membres de la communauté pour la perception qu'elles ont échoué dans leurs « devoirs » familiaux ou pour maintenir les normes culturelles. Les tensions subies par les femmes dans ces situations sont importantes; essayer d'élever leurs enfants seuls, socialement isolés de leur propre communauté ethnique, souvent incapables de parler anglais assez bien pour se mélanger confortablement avec les locaux, conscients de la distance culturelle et religieuse ainsi que dépendre du soutien du gouvernement pour les nécessités. Tout cela impacte sur leur niveau de détresse psychologique. Plusieurs participants à l'étude ont souligné le problème de la dissonance du statut, conceptualisé comme un conflit entre les attentes professionnelles, sociales et la réalité. De nombreux réfugiés et autres migrants sont souvent forcés de travailler dans des emplois peu rémunérés et dangereux, ce qui peut contribuer à perpétuer le sentiment de dépendance. Bon nombre d'entre eux conduisent des taxis pour joindre les deux bouts et maintenir un certain respect de soi, malgré les dangers inhérents et l'exposition à des éléments moins souhaitables de la société. Par exemple, le coup de poignard d'un ancien chauffeur de taxi afghan à Christchurch à la fin de l'année 2008 a provoqué des ondes de choc dans la petite communauté très soudée, soulignant les préoccupations de vulnérabilité.

	<p>La discrimination a été signalée comme un facteur de stress important dans des études antérieures (Laban et al., 2005, Taloyan et al., 2006) et, à part cet incident survenu après la collecte des données, la plupart des commentaires négatifs concernant la discrimination. En particulier, certaines personnes ont mentionné que les attitudes envers les musulmans avaient changé depuis les attentats du 11 septembre 2001 et ils ont estimé que cela pouvait affecter leur acceptation dans la société au sens large, même après de nombreuses années. Cela a été considéré comme un problème particulier pour les femmes portant le hijab. L'arrivée de demandeurs d'asile en Australie a été associée depuis 2001 à un durcissement des attitudes publiques et politiques à l'égard des réfugiés, ce qui peut également contribuer à la perception de certains participants qu'ils ne s'intégreront jamais. La représentation des musulmans ou des réfugiés dans les médias australiens révèle l'ampleur de cette situation (Sulaiman-Hill, Thompson, Afsar et Hodliffe, 2011). Une découverte inattendue était que la dissonance du statut et la perte de pouvoir étaient plus souvent mentionnées par les femmes que par les hommes. Nous avions prévu que les hommes seraient plus préoccupés par l'obtention d'un emploi approprié à leur expérience et à leurs qualifications antérieures et se sentiraient humiliés par la dépendance à l'aide sociale et aux services sociaux. Mais cela était important que pour quelques participants. Les femmes, en revanche, semblaient subir un effet d'inversion, probablement en raison des attentes différentes dans le pays d'accueil et d'un changement de leurs rôles traditionnels. Certaines femmes, en particulier les apprenantes pré-alphabètes, trouvaient que les cours étaient assez stressants, surtout lorsqu'il s'agissait de jongler avec les tâches ménagères et les responsabilités d'éducation des enfants sans la participation de la famille élargie. Toute la structure sociale de la nouvelle société d'accueil, le manque de soutien familial, l'évolution des rôles et des attentes, la dispersion sociale des groupes ethniques autour de la ville et les attentes différentes des voisins contribuent à créer un sentiment de dislocation sociale. Certains de ces effets peuvent être observés dans les conclusions du groupe le plus à risque, qui mettent en évidence l'impact des problèmes de réinstallation en cours sur leur santé mentale. De nombreux facteurs de stress identifiés par ce groupe, notamment les problèmes de logement, les difficultés économiques, les difficultés d'emploi, le manque de sensibilisation culturelle du personnel intérimaire et un soutien inadéquat à long terme, pourraient être résolus par des politiques ciblées et des programmes de soutien améliorés.</p> <p>En général, la majorité des participants ont identifié les facteurs qui ont un impact négatif sur leur santé mentale. Ils étaient bien conscients des sources de stress continues et ont adopté une série de stratégies pour leur permettre de faire face. Papapopoulos et ses collègues (2004) documentent également cette sensibilisation. Nous avons noté une divergence entre cette attitude et une attitude condescendante de la part de certains travailleurs de soutien qui semblent ignorer les raisons sous-jacentes du désarroi des réfugiés et considérer les réfugiés comme des ignorants. Dans notre étude, la plupart des participants étaient pleinement conscients de l'impact des influences avant et après la migration sur leur santé mentale, mais ils estimaient que nombre de leurs problèmes étaient insolubles. Cela se reflète clairement dans les attitudes vis-à-vis de la recherche de santé, de nombreuses personnes n'obtenant pas d'aide professionnelle malgré une morbidité considérable. Ces résultats viennent étayer ceux rapportés par Boufous et ses collègues (2005) dans une étude australienne utilisant le même instrument (Kessler-10). Ils ont constaté que les personnes d'origine non anglophone, en particulier celles d'Asie du Sud / du Sud-Est et d'Afrique / Moyen-Orient, enregistraient des niveaux de détresse psychologique significativement plus élevés et des niveaux inférieurs d'utilisation des services de santé. Il est à noter dans la présente étude que seuls les participants masculins mentionnent spontanément une aide professionnelle, et seulement 21% des hommes (contre 48% des femmes) du groupe à haut risque déclarent avoir consulté un médecin pour quelque raison que ce soit. Beaucoup de ces femmes ont attribué leurs symptômes à un problème physique qui peut refléter des différences de genre dans la somatisation (Aragona, Monteduro, Colosimo, Maisano, & Geraci, 2008). Bien qu'il soit possible que les attitudes envers les services de santé soient influencées par la mobilité sociale ou l'éducation, aucune différence dans l'attribution des symptômes à un problème de santé physique ou mentale (ou si un médecin a été consulté) n'a été notée selon la durée niveau d'éducation ou d'éducation des femmes concernées. Le scepticisme concernant le soutien professionnel a également été noté, quelques participants confessant qu'ils ont donné aux professionnels de la santé mentale les réponses qu'ils voulaient entendre parce qu'ils croyaient que leurs problèmes ne pouvaient être résolus et qu'ils préféreraient se fier à leurs propres mécanismes d'adaptation. Des résultats similaires ont été rapportés par Ruwanpura et ses collègues (2006), qui ont décelé une ambivalence parmi les réfugiés tibétains à l'égard des thérapies occidentales. Bien que certains participants de leur groupe d'étude aient adopté une approche pragmatique et intégrative des options de traitement, leurs stratégies d'adaptation primaires étaient liées à des mécanismes de soutien familial et religieux culturellement pertinents. Cette étude était exploratoire, car une évaluation comparative de groupes similaires en Australie et en Nouvelle-Zélande n'a pas encore été tentée.</p>
Forces et limites	<p>La méthode de boule de neige utilisée signifie que nos résultats ne sont pas généralisables à une population plus large, bien que les mentions personnelles inhérentes à cette méthode (qui ont aidé à abattre les barrières et rassuré les participants potentiellement suspects) garantissaient un échantillon suffisamment large pour une étude valide.</p> <p>Cette méthode a particulièrement bien réussi à recruter de nombreuses réfugiées, qui peuvent refuser de participer si elles sont approchées directement. Notre stratégie consistant à utiliser plusieurs points d'entrée dans chaque communauté a donné lieu à un échantillon dont la représentativité était raisonnable sur la base des données du recensement et des informations démographiques fournies par la communauté. Utiliser uniquement des intervieweurs musulmans a également contribué</p>

	<p>à notre crédibilité, mais a potentiellement introduit un biais de désirabilité sociale car personne n'a mentionné boire de l'alcool ou prendre des médicaments pour soulager le stress, malgré des rapports anecdotiques selon lesquels certaines personnes (surtout des hommes) le font. Les participants peuvent aussi être plus enclins à discuter des mécanismes d'adaptation religieuse que s'ils étaient interrogés par des non-musulmans. En outre, les points de coupure pour chaque instrument devraient idéalement être déterminés pour chaque groupe culturel interrogé, de sorte qu'il faut faire attention à l'interprétation des scores de Kessler-10 (Fischer, 2004, Smith, 2004).</p> <p>Cependant, quelques limitations peuvent être identifiées. Le premier concerne les défis méthodologiques, en particulier autour de l'échantillonnage, qui se produisent avec de nombreux projets de recherche sur les réfugiés à petite échelle.</p>
Conséquences et recommandations	<p>D'autres études comparatives examinant l'impact de la différence visible sur les attitudes du public et l'acceptation des différents groupes de réfugiés seraient intéressantes.</p> <p>Les résultats de notre étude suggèrent que les anciens réfugiés peuvent souffrir de détresses psychologiques significativement plus élevées que la population générale, ce qui est particulièrement lié à la barrière de la langue (anglais), au chômage, à l'éducation et au sexe féminin. Beaucoup ont rapporté une morbidité associée considérable, étant incapables de gérer ou ayant besoin de réduire les activités quotidiennes à un moment donné. La plupart des personnes symptomatiques n'ont pas cherché d'aide professionnelle, mais ont plutôt fait appel à leurs propres stratégies d'adaptation. Pour l'ensemble du groupe, les principaux facteurs de stress étaient liés aux expériences passées / aux rappels actuels et à la séparation. Pour les personnes ayant les pires scores de détresse psychologique, les facteurs de stress étaient plus tangibles et immédiats, souvent liés aux préoccupations de réinstallation en cours qui, dans de nombreux cas, pourraient être atténués par des politiques ciblées et un soutien à plus long terme. Les inquiétudes culturelles et religieuses pour notre échantillon à prédominance musulmane étaient également préoccupantes, bien que nous n'ayons pas été en mesure de tirer des inférences spécifiques basées sur la religion de cette étude. Cependant, ces résultats soulèvent d'importantes questions quant à l'impact que peut avoir une minorité religieuse visiblement différente sur le bien-être psychologique d'un individu, dans deux pays où les influences sont principalement chrétiennes.</p>
Commentaires	Le devis mixte est adéquat car les données quantitatives permettent de mettre en évidence les données qualitatives.

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Sulaiman-Hill, C. M. R., & Thompson, S. C. (2012). 'Thinking Too Much': Psychological distress, sources of stress and coping strategies of resettled Afghan and Kurdish refugees. Journal of Muslim Mental Health, 6(2).				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le titre précise le problème, le concept et la population.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé englobe le problème, la méthode, la discussion et les résultats.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème à l'étude est clairement formulé dans l'introduction.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Divers articles antérieurs sont cités afin de démontrer l'état actuel du phénomène à l'étude.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Les stratégies de coping sont citées par exemple.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			La question de recherche est clairement définie ainsi que les buts. Les hypothèses ne sont pas vraiment formulées.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Cette étude utilise une méthode mixte. Dans l'article, la méthode est expliquée.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population à l'étude est définie et est expliquée de manière claire et précise.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'échantillon est défini de manière précise. Leur nationalité, l'âge, le sexe et le nombre d'années en tant que réfugiés est précisés.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Elle n'est pas justifiée sur une base statistique. Par contre, il est écrit dans l'article que l'échantillon est plutôt indicatif que représentatif.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Les instruments de collecte de données sont identifiés et décrits comme l'échelle de Kessler-10.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Ils sont en lien avec les variables à mesurer.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			La procédure de recherche est expliquée. Des détails sur les interviews par exemple sont donnés.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			L'étude a été approuvée par le Human Research Ethics Committed de l'Université de Curtin de Perth.

Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Les analyses statistiques sont faites pour répondre à la question de recherche.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont structurés et classés dans 9 thèmes différents. Il y a des tableaux afin d'expliquer et de montrer les résultats. Un résumé descriptif complète la présentation des résultats.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Des résultats sont interprétés en fonction des concepts comme les stratégies de coping.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Des liens sont effectués avec les études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Des limites de l'étude sont citées et expliquées.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les chercheurs admettent que la méthode utilisée (méthode boule de neige) ne permet pas une généralisation des résultats à une population plus large.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		X		Rien n'est mentionné sur la pratique clinique
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?			X	Les auteurs disent que d'autres études comparatives examinant l'impact de la différence visible sur les attitudes du public et l'acceptation des différents groupes de réfugiées seraient intéressantes.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit et bien structuré. Il est facile de lire l'article et de faire une analyse.
Commentaires :	Le devis mixte est adéquat car les données quantitatives permettent de mettre en évidence les données qualitatives.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2015). Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers—a Swedish cross-sectional study. <i>BMC public health</i> , 15(1), 1162.
Introduction Problème de recherche	<p>Le but général des examens de santé pour les demandeurs d'asile (HEA = health examination for asylum seekers) dans la plupart des pays est d'identifier une mauvaise santé afin d'assurer le bien-être des demandeurs d'asile et de garantir la sécurité de la population dans le pays d'accueil. Un autre objectif de l'examen de santé dans de nombreux pays est de fournir des informations sur le système de santé dans le nouveau pays afin d'améliorer l'accès des réfugiés aux soins de santé. Il y a peu de littératures scientifiques concernant la santé des réfugiés et leurs expériences de l'examen de santé pour les demandeurs d'asile. La littératie en santé est un déterminant clé de la santé et de l'autonomisation. Grossièrement, 2 formes de littératie en santé dominent la littérature scientifique : la littératie fonctionnelle et complète. La littératie fonctionnelle (FHL = functional health literacy) comprend la capacité des individus à lire des informations et des instructions sur la santé qui sont nécessaires pour fonctionner efficacement en tant que patient dans le système de santé. La littératie de santé (CHL = comprehensive health literacy) a été définie par Sorensen et al. «... lie les connaissances, la motivation et les compétences pour accéder, comprendre, évaluer et appliquer des informations sur la santé afin de porter des jugements et des décisions dans la vie quotidienne concernant les soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé ou améliorer la qualité de vie. »</p> <p>La littératie fonctionnelle est un phénomène plus fondamental que la littératie de santé qui comprend une variété de compétences, non seulement liées aux fonctions physiques des personnes mais aussi aux compétences communicatives et d'interaction. Les migrants sont un groupe qui a une forte proportion de personnes ayant une littératie globalement limitée.</p>
Recension des écrits	<p>Dans les études réalisées au Canada, environ 80% des migrants avaient une littératie fonctionnelle limitée ce qui est conforme à nos conclusions précédentes en Suède. La seule étude ayant évalué la littératie de santé chez les migrants montre qu'environ 60% d'entre eux avaient une littératie limitée. Les problèmes de communication et les difficultés liées à la littératie en santé sont courants dans les soins cliniques destinés aux migrants. En outre, les migrants reçoivent souvent moins d'informations sur la santé que les autres. Les compétences linguistiques limitées, les visions culturelles différentes de la santé et le manque de connaissances en matière de santé et de littératie peuvent expliquer certains des problèmes de communication. Du point de vue de la santé publique, les problèmes de communication limitent sérieusement l'accès aux soins de santé et à l'information. Ceci est considéré comme un facteur explicatif de la mauvaise santé de nombreux migrants.</p> <p>Un groupe vulnérable de migrants en terme de santé est celui des réfugiés. En 2011, 10.4millions de migrants ont été classés comme réfugiés, c'est-à-dire comme des personnes qui ont fui et / ou ne peuvent pas retourner dans leur pays pour une crainte fondée sur des peurs de persécution, y compris la guerre ou la guerre civile. Les pays d'origine les plus courants étaient l'Afghanistan (2,7million), l'Irak (1,4million) et la Somalie (1,1million).</p> <p>Dans le nouveau pays, le premier contact de nombreux réfugiés avec les soins de santé dont les informations sur la santé est lorsqu'ils participent à l'examen de santé qui est fourni dans la plupart des pays qui acceptent les réfugiés. Cependant, les expériences des réfugiés en matière de communication d'informations sur la santé pendant l'examen et sur l'utilité de celui-ci ne sont pas encore connues. Des informations importantes, une bonne communication et des relations interpersonnelles entre les soignants et les patients sont considérées comme importantes pour la qualité des soins de santé. Voici quelques exemples de comportements chez les soignants associés à une bonne communication : l'écoute – encourager les questions – parler à un niveau approprié – vérifier la compréhension et aborder les problèmes du patient. L'expérience du patient concernant les soins indique l'efficacité des soins, la mesure dans laquelle un traitement ou un service correspond aux attentes des patients et aux résultats de soin. Les points de vue des patients sur la qualité des soins sont rarement abordés mais sont des indicateurs complémentaires importants pour le résultat médical des soins.</p> <p>D'un point de vue éthique, il est important de comprendre les perspectives des réfugiés pour savoir si l'examen de santé répond aux besoins des individus ou si elle répond principalement à un besoin sociétal. La littératie en santé peut menacer l'autonomie d'un individu et ainsi limiter les chances d'obtenir des soins de santé appropriés. Dans le contexte de l'examen de santé, la littératie peut entraîner le manque d'identification des problèmes de santé et dans le cas où les participants ne</p>

	<p>reçoivent pas de traitements et d'informations que leur situation médicale exige. Les connaissances sur les associations entre la littératie en santé et les expériences des réfugiés en matière de l'examen de santé font défaut.</p> <p>L'examen de santé doit inclure un dialogue sur la santé physique et psychologique antérieure du patient, sur les vaccinations et sur les questions concernant le contrôle de l'infection. Les examens physiques et les tests cliniques sont basés sur ce qui ressort du dialogue. Les patients devraient également recevoir des informations sur leurs droits à la santé et sur l'accès aux soins de santé en Suède. Tous les demandeurs d'asile en Suède doivent, selon la loi, se voir proposer un examen de santé gratuitement, à moins qu'il soit clairement inutile. Le terme de demandeur d'asile dans cet article est utilisé pour quelqu'un dont la demande de statut de réfugié n'a pas encore été définitivement évaluée. L'examen de santé peut être réalisé avant ou après avoir reçu un permis de séjour permanent en tant que demandeur d'asile</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Littératie en santé - Déterminants de la santé / Empowerment / Compétences des soignants / Population vulnérable / Migration forcée
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Les objectifs de l'étude étaient d'étudier les expériences de communication des réfugiés au cours de leur examen de santé et l'utilité de cet examen ainsi que si la littératie en santé est associée à ces expériences.</p> <p>Les hypothèses suivantes ont été émises :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les réfugiés ayant une littératie en santé problématique ou inadéquate rencontrent plus de problèmes de communication pendant l'examen de santé comparé à ceux qui ont une littératie en santé suffisante. - Les réfugiés avec une littératie problématique ou inadéquate ont une expérience de l'examen de santé moins utile que ceux ayant une littératie suffisante.
Méthodes Devis de recherche	Etude quantitative avec un devis corrélationnel réalisée en 2013
Population, échantillon et contexte	<p>La population cible est les demandeurs d'asile qui ont fait une demande pour un statut de réfugié. Le groupe accessible était les adultes dans des écoles pour les immigrants (SFI = Schools offering swedish for immigrants).</p> <p>Leur échantillonnage a été fait par choix raisonnée en suivant les critères d'inclusion suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les répondants éligibles le jour de la collecte des données - Migrants de l'Arabie, de la Somalie, du Dari, ou Anglais - Né en dehors d'un pays nordique ou de l'Union Européenne - Ayant reçu un permis de séjour permanent en tant que demandeur d'asile <p>Cela signifie que les réfugiés ont été interrogés sur leur participation à un examen de santé avant ou après avoir obtenu un permis de séjour permanent en tant que demandeur d'asile. Sur les 455 étudiants (SFI) éligibles, 360 ont rempli les critères d'inclusion et ont participé à l'examen de santé et ont ainsi formé la population étudiée dans la présente étude.</p> <p>Une sélection stratégique des écoles SFI était basée sur le nombre de personnes ayant obtenu un permis de séjour en tant que demandeurs d'asile dans chaque municipalité en 2012 et dans chaque comté. Les écoles SFI admissibles comptant plus de 30 élèves ont été sélectionnées dans chaque municipalité des 4 comtés. Si plus d'une école dans une municipalité remplissait le critère, une école était tirée au hasard. 19 écoles ont accepté de participer et ont été visitées pour recueillir des données.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire comportant 60 questions axées sur la santé, la littératie de la santé et les expériences de l'examen de la santé. Les questions qui concernaient l'examen de santé étaient basées sur les résultats d'une étude pilote exploratoire qualitative antérieure. Les questions de fond liées à l'examen de santé se penchaient sur la participation de la personne à un examen de santé en Suède, quand elle avait participé et si un interprète avait aidé. La littératie fonctionnelle en santé (FHL) a été mesurée par l'échelle FHL suédoise en évaluant différents aspects de la littératie fonctionnelle en santé.</p> <p>Le questionnaire a été traduit par des partisans de la langue en arabe, en somalien, en dari et en anglais, en suivant les directives pour la traduction.</p> <p>Les caractéristiques socio-démographiques liées à la santé examinées étaient le sexe, l'âge, le pays de naissance, le niveau d'éducation, l'auto-évaluation de l'état général de santé et les années d'obtention d'un permis de séjour.</p>
Déroulement de l'étude	Une équipe composée d'un chercheur (premier auteur) et d'un certain nombre de partisans de la langue a visité chaque école pour recueillir des données. Les étudiants SFI ont été informés verbalement sur le projet et la participation était volontaire. Les participants admissibles ont été regroupés en fonction de leur langue maternelle. Ils ont ensuite été informés du projet, toujours dans leur langue maternelle, et ont demandé un consentement verbal. Ceux qui ont accepté de participer

ont reçu le questionnaire, qui a été complété sur place. 21% des participants (70 sur 360) qui avaient de la difficulté à lire ou à écrire ont été aidés par des soutiens linguistiques qui les ont aidés à lire et soutenus en remplissant le questionnaire.

La littératie de santé a été mesurée par une version suédoise légèrement modifiée par rapport au questionnaire européen. Cela s'est concentré sur quatre dimensions: la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information sur la santé. Un indice global HLS-EU-Q16 a été calculé en 3 étapes lorsque les données ont été analysées, en suivant le manuel d'instruction.

Les catégories de réponse ont d'abord été dichotomisées.

- Les réponses « assez facile » et « très facile » ont été regroupées en une catégorie, qui reçu la valeur 1
- Les réponses « assez difficile » et « très difficile » ont été regroupées dans une catégorie qui a reçu la valeur 0
- La réponse « je ne sais pas » a été traitée comme manquante

Ensuite, un score total des valeurs de réponse a été calculé et divisé en 3 catégories :

- Alphabétisation en santé suffisante s'il y avait 13-16 point
- Alphabétisation en santé problématique s'il y avait 9 – 12 points
- Alphabétisation inadéquate s'il y avait 0 – 8 points

Dans le cas de valeurs manquantes dans 2 ou plusieurs items de l'échelle HLS-EU-Q16, la valeur manquante était remplacée par « difficile » et une nouvelle valeur était calculée, (=CHLm) c'est-à-dire que CHLm a été utilisée pour analyser les associations entre les expériences de l'examen de santé et la littératie en santé, ce qui pourrait prédire de mauvaises expériences de communication et montrer l'utilité de cet examen. Le traitement des valeurs manquantes a été choisi dans un dialogue avec Florian Röthlin, statisticien à la recherche de l'Institut Ludwig Boltzmann pour la promotion de la santé qui a travaillé au développement du HLS-EU-Q16. La méthode des imputations multiples a été considérée, mais cela aurait changé l'algorithme de notation. 36% (123 sur 360) des participants avaient des valeurs d'alphabétisation incomplète donc CHLm a été calculée pour ces participants.

L'échelle S-FHL et HLS-EU-Q16 mesurent des aspects assez différents de la littératie en santé.

- l'échelle S-FHL met l'accent sur les capacités de l'individu à lire et à comprendre les informations de santé écrites.
- HLS-EU-Q16 met l'accent sur les capacités cognitives afin d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer des informations orales sur la santé.

Lors de la dichotomisation de FHL/CHL : Les FHL/CHL inadéquats et problématiques ont été fusionnées en FHL/CHL limitée. Les échelles mesurant la littératie en santé ont été validées en réalisant des entrevues cognitives sur le contenu avec les réfugiés comparables au groupe d'étude.

Expériences de communication et l'utilité de l'examen ont été mesurées en 4 variables dépendantes.

- « La qualité de communication » a été mesurée en 4 questions. Les alternatives de réponse « non », « en partie » et « oui » ont reçu des valeurs de 1 à 3, respectivement, donnant un indice avec un score total maximal de 12.
- « Avoir reçu peu d'information concernant la santé » a été mesurée en 3 questions. Les réponses « non » et « oui » avaient une valeur de 1 à 2, ce qui donne un indice avec un score total de 6 points au maximum.
- « Avoir reçu de nouvelles connaissances » a été mesurée en utilisant une question. Les alternatives de réponse « non », « en partie » et « oui » pour ces variables dépendantes ont reçu des valeurs de 1 à 3 donnant des indices avec un score total de 3 au maximum.
- N'avoir reçu aucune aide a également été mesurée en utilisant une question. Les alternatives de réponse « non », « en partie » et « oui » pour ces variables dépendantes ont reçu des valeurs de 1 à 3 donnant des indices avec un score total de 3 au maximum.

Les participants ayant répondu « non » ou « ne sait pas » aux questions sur la participation à un examen de santé n'ont pas été incluses dans l'analyse. Les valeurs dans les catégories de réponses « ne me souviens pas » dans les questions sur la qualité de la communication et l'utilité de l'examen ont été considérées comme manquantes.

Considérations éthiques	L'approbation éthique a été demandée par le comité éthique régional de recherche clinique d'Uppsala, Suède, numéro d'enregistrement 2012 :506, mais un jugement de comité n'a pas été jugé nécessaire ou applicable selon la loi suédoise, puisque la collecte de données a été effectuée par une identification individuelle. Le consentement verbal des participants a été demandé.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>La population étudiée était hétérogène. Il y avait un peu plus d'hommes que de femmes et l'âge moyen était de 35.4ans (écart-type 10.5). La plupart des participants sont nés en Somalie, en Irak, en Syrie ou en Afghanistan et le reste des participants provient d'une variété de pays d'Afrique et d'Asie. La plupart avaient étudié pendant 7ans ou plus. Près de la moitié avaient un état de santé autodéclaré très mauvais ou passable et la majorité avait reçu un permis de séjour en Suède 1 à 2 ans auparavant. La déclaration de la limite inférieure de la littératie fonctionnelle en santé était plus fréquente que la déclaration de l'alphabétisation limitée. La plupart des participants avaient eu un examen moins d'un an avant l'étude et la plupart étaient soutenus par un interprète lors de la visite.</p> <p>Les analyses statistiques ont utilisé SPSS version 21.0. Le test du Chi carré ou les tests exacts de Fisher lorsque la fréquence attendue dans chaque cellule était inférieure à 5, ont été utilisés pour comparer les proportions d'expériences de divers aspects de l'examen de santé des demandeurs d'asile dans des groupes avec différents niveaux de la littératie fonctionnelle en santé et l'alphabétisation de la santé. Des régressions logistiques binaires ont été effectuées pour calculer les rapports de cotes bruts pour l'effet des facteurs sociodémographiques, le soutien d'un interprète et les niveaux de la littératie de santé dans les 4 variables dépendantes. Les alphas de Cronbach ont été calculés pour explorer la cohérence interne des questions utilisées pour la qualité de la communication et la réception de l'information sur les soins de santé. La consistance interne était satisfaisante (alpha de Cronbach = (0.79 et 0.71, respectivement). Une régression logistique binaire multiple a été utilisée pour étudier l'association entre la littératie fonctionnelle de la santé et CHLM et les 4 variables dépendantes se concentrant sur différentes expériences de l'examen de santé en tenant compte du sexe, de l'âge, de l'éducation, du pays d'origine et du soutien d'un interprète. Le modèle multivarié comprenait le sexe, l'âge, de l'éducation, le pays de naissance, le soutien des interprètes, la littératie de santé et CHLM. Les résultats sont présentés sous forme de rapports de cotes bruts et de rapports de cotes ajustés (OR) avec des intervalles de confiance de 95% (IC) et des valeurs de $p < 0.05$ était considérée statistiquement significative et toutes les analyses étaient bilatérales. Les seuils dichotomisés pour les variables dépendantes dans les analyses de régression logistique ont été suggérés par les données. Chaque variable dépendante a été dichotomisée en un groupe supérieur (médian et supérieur) et un groupe inférieur (inférieur à la médiane) en fonction de la médiane. En plus de l'analyse de régression logistique binaire incluant la CHLM, des régressions logistiques ont été effectuées avec CHL incluant seulement les participants ayant une CHL valide depuis le début. Les résultats pour la littératie n'ont pas été modifiés dans un sens majeur. Des seuils alternatifs pour les variables dépendantes dichotomisées ont été testés pour identifier la robustesse des résultats de l'analyse multivariée. Les seuils pour la qualité de la communication et la réception de l'information sur les soins de santé ont été abaissés d'un cran et les seuils pour recevoir de nouvelles connaissances et recevoir de l'aide ont été relevés d'un cran. Ainsi les résultats pour la littératie de la santé n'ont pas été modifiés dans un sens majeur.</p> <p>Analyses de sensibilité :</p> <p>Les seuils pour la qualité de la communication et la réception de l'information sur les soins de santé ont été abaissés d'un cran, et les seuils pour recevoir de nouvelles connaissances et recevoir de l'aide ont été relevés d'un cran. Ainsi, les résultats de la littératie en santé n'ont pas été modifiés dans un sens majeur.</p> <p>Lors de l'analyse des données, le niveau global de la littératie fonctionnelle de la santé a été calculé pour chaque répondant. Les personnes qui ont répondu « jamais » ou « rarement » à tous les éléments ont été catégorisées comme ayant un niveau de vie suffisant. Les personnes qui notaient « souvent » ou « toujours » à un ou plusieurs des 5 items étaient classés comme ayant une littératie de santé inadéquate. Ceux qui ont répondu « parfois » à au moins un item et pas « souvent ou « toujours » à n'importe quelle question, ont été catégorisés comme ayant une littératie problématique. Les seuils utilisés pour répartir les répondants dans les 3 groupes étaient basés sur des définitions décrivant les capacités nécessaires comme avoir des compétences de base en lecture d'informations et d'instructions sur la santé. Les personnes n'ayant aucune compétence de base ont été classées comme ayant une littératie fonctionnelle de santé inadéquate, celles ayant toutes les compétences de base ont été classées comme ayant une littératie suffisante et celles entre les deux ont été classées comme ayant une littératie fonctionnelle de santé problématique.</p>
Présentation des résultats	<p>Expérience de l'examen de santé des demandeur d'asile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 55.6% (66/199) des demandeurs d'asile interrogés, ont eu l'impression de recevoir peut de renseignement sur les soins de santé durant l'examen de santé et que la qualité de la communication était faible. Cette énoncé est statistiquement significative à $p < 0.001$.

		<ul style="list-style-type: none"> - 61.4% ont reconnu qu'ils n'étaient pas informés de leurs droits aux soins de santé ou de l'endroit où aller si elle était atteinte de maladie mentale ($p < 0.001$) - 60.8% ont constaté qu'ils n'avaient pas reçu de nouvelles connaissances ou d'aide au cours de l'examen ($p < 0.001$) <p>Association entre littératie en santé et expérience de l'examen de santé des demandeurs d'asile :</p> <p>Aucun lien n'a été trouvé entre les niveaux de la littératie fonctionnelle en santé et n'importe quelle variable traitant des expériences de communication pendant l'examen de santé et l'utilité de ce dernier. Cependant, des liens ont été trouvés entre les niveaux de la compréhension de la littératie en santé et toutes les variables concernant les expériences de la qualité de la communication et l'utilité de l'examen. Dans les sous-groupes de participants ayant une compréhension limitée de la littératie en santé, 12% des participants ont reconnu qu'ils ne pouvaient pas poser de questions et / ou avaient reçu des réponses aux questions qu'ils avaient posées que dans le sous-groupe avec des participants ayant suffisamment de compréhension de littératie en santé. Un schéma similaire a été trouvé dans les liens entre la compréhension et l'expérience de l'utilité de l'examen.</p> <p>Facteurs associés à l'expérience de l'examen :</p> <p>Dans le modèle entièrement ajusté, la compréhension de la littératie en santé inadéquate et / ou problématique n'étaient pas des prédicteurs significatifs de la qualité médiocre de la communication pendant l'examen (tableau 3 et 4). Cependant, dans le modèle entièrement ajusté, les participants ayant une compréhension problématique et / ou inadéquate avaient plus de chance d'avoir souffert d'une mauvaise qualité de communication durant l'examen ou d'avoir eu un examen moins utile, cela est indiqué avec un Odd Ratio de 9.64 avec un intervalle de confiance de 3.25 – 28.58. Environ un ratio de 7.94 des personnes avaient une compréhension inadéquate aient une mauvaise qualité de communication durant l'examen, aient reçu peu d'information sur la santé, aient reçu peu de nouvelles connaissances en santé et / ou ont l'impression de ne pas avoir d'aide pour les problèmes de santé pendant l'examen dans un intervalle de confiance de 3 – 21.06)</p> <p>Les personnes ayant une compréhension problématique étaient plus susceptibles d'avoir reçu peu d'informations sur les soins de santé, d'avoir reçu de nouvelles connaissances en matière de santé et de n'avoir reçu aucune aide pour des problèmes de santé pendant l'examen = un odd ratio de 3.71 avec un intervalle de confiance 1.45 – 9.50, comparativement à ceux ayant une compréhension suffisante = odds ratio à 1.</p> <p>Les participants qui n'avaient pas l'appui d'un interprète pendant l'examen aient expérimenté une mauvaise qualité de communication (odd ratio 2.35 CI 1 – 5.48) et / ou aient eu peu d'informations sur la santé, comparés à ceux qui avaient l'appui d'un interprète (odd ratio de 2.49 avec un CI 1.08 – 5.75)</p>
Discussion	Interprétation des résultats	<p>Les principaux objectifs de l'étude étaient d'étudier les expériences de communication des réfugiés au cours de l'examen de santé, l'utilité de ce dernier et examiner si la littératie en santé est associée à ces expériences. Un nombre considérable de participants ont éprouvé des problèmes de communication pendant l'examen et ont senti qu'ils n'avaient pas reçu d'informations sur les soins de santé, de nouvelles connaissances sur la santé ou d'aide pour leurs problèmes de santé pendant l'examen. Ce sont de nouvelles connaissances en tant qu'expériences personnelles des réfugiés en lien avec la communication qui n'ont pas été explorées auparavant. Cependant, les problèmes de communication entre les patients migrants et les prestataires de soins de santé en général sont bien connus. Les proportions globales élevées de participants ayant éprouvés des problèmes de communication et / ou qui n'ont pas reçu toute l'information sur les soins de santé, de nouvelles connaissances ou de l'aide pour leurs problèmes de santé sont notables. Cela indique que le but de l'examen qui est d'identifier une mauvaise santé afin d'offrir des soins adéquats, n'est pas toujours rempli. Il est également remarquable que près de 30% des participants ne comprenaient pas complètement ce qu'on leur disait. Cela pourrait affecter les expériences des réfugiés en matières d'accessibilité des soins de santé et ainsi réduire l'autonomie dans la prise de décision éclairée concernant leurs propres soins de santé. Cela peut aussi mener à des attentes inappropriées et à des comportements de recherche de santé, ainsi qu'à des problèmes de santé inutiles.</p> <p>Les questions sur les informations reçues au cours de l'examen de santé n'indiquent pas si les informations ont réellement été fournies. Cependant, ils offrent des connaissances sur les expériences personnelles des participants ayant reçu des informations. Ceci est important, car il indique si l'information a réellement été reçue. Si les réfugiés ne comprennent pas ou n'ont pas la capacité d'utiliser les informations qui leur sont données, on pourrait penser que l'objectif de distribution de l'information est perdu.</p> <p>La forte proportion de participants qui n'ont pas reçu d'informations sur l'endroit où aller si ils se sentaient malades est critiqué, selon la forte prévalence de la santé mentale parmi les réfugiés / migrants. Beaucoup de migrants ne savent pas comment fonctionnent les systèmes de santé dans leur nouveau pays, ce qui pourrait limiter leur utilisation des soins de santé. Une mauvaise expérience des soins de santé en général n'est pas anodine parce que les expériences antérieures en matière</p>

	<p>de soins de santé peuvent influencer les attentes futures des patients en matière de soins de santé, d'accès aux soins et de recherche de soins. Les mauvaises expériences de l'examen de santé, qui constitue pour de nombreux migrants le premier contact avec le système de santé du nouveau pays, pourraient donc également avoir des conséquences négatives sur les soins de santé et la santé futurs des réfugiés.</p> <p>Le fait d'avoir une mauvaise qualité de la communication et / ou de l'examen moins utile était plus fréquent chez les participants ayant une alphabétisation limitée que chez ceux ayant une alphabétisation suffisante. Cependant, aucun lien dans ces expériences n'a été trouvé entre les participants avec différentes littératies en santé. Cela signifie que les personnes ayant une littératie inadéquate ou problématique, rencontrent plus de problèmes de communication pendant l'examen de santé et que ce dernier est moins utile, comparé à celles avec une littératie suffisante. Des problèmes de communication ont déjà été observés entre les patients ayant une littératie limitée et les soignants. En outre, il a été constaté que l'alphabétisme peut être plus importante que la littératie fonctionnelle pour la qualité de la communication lors des rencontres médicales. On peut considérer comme logique que ceux qui ont une alphabétisation limitée aient un examen de santé moins utile, car ils ont aussi plus de chances d'avoir eu des problèmes de communication et d'avoir reçu peu d'informations sur les soins de santé. Les problèmes de communication peuvent réduire la possibilité d'identifier les problèmes de santé et de réponses aux besoins de l'individu en matière de traitements et d'informations. Cela peut à son tour conduire à des expériences de ne pas avoir reçue de nouvelles connaissances ou d'aide avec des problèmes de santé.</p> <p>Les compétences de littératie fonctionnelle peuvent être perçues comme concrètes et observables, tandis que les compétences CHL peuvent être considérées comme plus subtiles et complexes. Cela implique que les soignants peuvent ne pas reconnaître les symptômes ou négliger les signes d'une faible CHL. Avec une plus grande connaissance des soignants à propos de l'importance apparemment plus grande de la littératie et de l'alphabétisation que celle de la littératie fonctionnelle dans la santé, la surestimation observée de la littératie chez les individus pourrait diminuer. En prenant en compte de la littératie dans la communication sanitaire avec les réfugiés, par exemple en utilisant une communication claire et le feedback peut améliorer encore l'examen et le rendre plus utile à ses participants. Les compétences linguistiques insuffisantes sont souvent utilisées pour expliquer les problèmes de communication entre les prestataires de soins de santé et les migrants. Ceci est en accord avec nos résultats qui montrent que ne pas utiliser un interprète augmente les chances de problèmes de communication pendant l'examen. La stigmatisation et la honte liées à la littératie limitée peuvent décourager les migrants de poser des questions lorsqu'un interprète est présent. De plus, les associations entre une faible alphabétisation et des problèmes de communication indiquent la nécessité d'une plaidoyer auprès de l'autorité sanitaire pour assurer la présence d'interprètes pendant l'examen et d'autres rencontres de santé.</p>
Forces et limites	<p>Cette étude a quelques limites importantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les mesures subjectives ont été utilisées comme résultats clés et ces questions peuvent être comprises différemment par différentes personnes, en particulier des personnes ayant des antécédents culturels et éducatifs différents. - Même si les échelles de la littératie de la santé ont été testées par des entretiens cognitifs, plus d'aspects de validité sont nécessaires pour garantir la qualité des échelles de la littératie de la santé à travers différentes populations. En outre, les mesures de la littératie de la santé n'ont pas été utilisées auparavant en tant qu'instruments d'auto-évaluation. - Alors que les supports linguistiques ont été utilisés pour augmenter la qualité et l'exhaustivité des données, il y avait encore un grand nombre de valeurs manquantes dans certains items et donc dans les indices. - L'utilisation de questions rétrospectives sur l'examen de santé et les variables mesurant la littératie en santé au moment où les participants remplissent le formulaire dans la même analyse permet différentes interprétations. Une interprétation alternative des résultats est que les participants qui ont perçu une bonne qualité de communication et / ou une utilité de l'examen de santé ont augmenté leur littératie en santé dans le processus de l'examen. Cependant, les résultats actuels sont importants car ils donnent des informations sur les pensées des réfugiés concernant l'examen de santé qui peuvent avoir un effet sur les informations qu'ils diffusent aux autres sur l'examen. - Les personnes âgées, les personnes instruites et les personnes en mauvaise santé peuvent être sous-représentées dans l'étude, étant donné que ces personnes ont tendance à participer à la SFI (swidisch for immigrants) dans une moindre mesure que les autres. Cependant, un large éventail de réfugiés a été atteint parce que la plupart d'entre eux participent au programme SFI dans le cadre du programme auquel ils ont droit en vertu de la loi suédoise; ce qui devrait être considéré comme une force. - Tous les étudiants SFI remplissant les critères d'inclusion ont participé à l'étude. Cependant, il y avait des valeurs manquantes internes pour différentes questions. Cela peut être considéré comme une limitation pour les analyses multivariées, qui étaient basées sur toutes les questions auxquelles il fallait répondre.

	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation de questionnaires traduits permettant la collecte de données auprès de réfugiés de différents pays d'origine peut également renforcer la qualité de l'étude. - L'utilisation d'interprète a amélioré la qualité de la communication et a permis d'obtenir des réponses d'une proportion relativement importante de personnes analphabètes dans le groupe cible, qui auraient sinon été exclues. <p>Ainsi, les résultats de l'étude à partir desquels nos conclusions sont tirées semblent être indépendants des valeurs manquantes internes. Concernant l'aide d'un interprète, les résultats ont différé entre les analyses univariées et multivariées, et les analyses doivent être interprétées avec prudence pour ce facteur.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Une proportion considérable de réfugiés en Suède a eu de mauvaises expériences de communication et d'utilité de l'examen. L'expérience des réfugiés indique qu'un faible niveau d'alphabétisation peut constituer un obstacle à la réalisation des objectifs de l'examen. L'alphabétisation peut être plus importante dans ce contexte que la littératie fonctionnelle. La littératie fonctionnelle doit être mise en évidence et agi en pratique clinique pour augmenter la qualité de l'examen. La prise en compte de la littératie dans la communication sur la santé avec les réfugiés, par exemple en utilisant une communication claire et un feedback, peut améliorer l'examen et le rendre plus utile à ses participants.</p>
Commentaires	<p>Les auteurs décrivent et argumentent précisément toutes les étapes. Cela souligne l'exactitude de la méthodologie mais cela devient plus compliqué quand il faut faire le tri et analyser l'article.</p>

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2015). Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers—a Swedish cross-sectional study. <i>BMC public health</i> , 15(1), 1162.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le titre fait référence à la littératie en santé des réfugiés et l'examen de santé
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Background, la méthode, les résultats et la conclusion sont cités dans le résumé.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			La problématique est formulée dès le début de l'article.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Des études antérieures sont citées et mis en lien avec les études actuelles.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				Littératie en santé – Déterminants de la santé – Empowerment – Compétences des soignants – Population vulnérable – Migration forcée
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Les objectifs de l'étude et les hypothèses sont clairement formulées
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Devis corrélationnel
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			360 étudiants ont remplis les critères d'inclusions
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	L'échantillon est composé de 360 demandeurs d'asile en Suède
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Rien n'a été mentionnée concernant ce sujet
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Questionnaire de 60 questions axées sur la santé
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?				Le questionnaire est axé sur la santé, la littératie en santé et les expériences de l'examen de santé
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Le déroulement de l'étude est structuré correctement
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			L'approbation éthique a été demandée mais un jugement de comité n'a pas été jugé nécessaire ou applicable car la collecte de données a été faite de manière anonyme.

Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Les analyses statistiques ont utilisés SPSS version 21.0 Le test du Chi carré – tests exacte de Fisher (fréquence attendue était <5 Régressions logistiques binaires ont été effectuées pour calculer les rapports entre les effets des facteurs sociodémographiques, le soutien d'un interprète et les niveaux de la littératie en santé
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les tableaux récapitulent les résultats en fonction des questions. Pas de graphiques
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	Les concepts ne sont pas formulé clairement mais sont sous-entendus : la littératie en santé, les déterminants de la santé, les compétences des soignants, l'empowerment, la population vulnérable.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Ils ont repris les résultats antérieurs comme base pour continuer leur étude.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Il y a des limites importantes.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	Rien n'est mentionné sur ce sujet.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		X		Rien n'est formulé concernant les conséquences de l'étude
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		X		Rien n'est formulé concernant les conséquences de l'étude
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien structuré, contient tout les éléments pour un article scientifique. Cependant, la compréhension est un peu compliqué, car les différentes étapes se croisent.
Commentaires :	Les auteurs décrivent et argumentent précisément toutes les étapes. Cela souligne l'exactitude de la méthodologie mais cela devient plus compliqué quand il faut faire le tri et analyser l'article.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.