

Table des matières

1	Résumé	2
2	Remerciements	3
3	Déclaration	4
4	Introduction	1
4.1	Problématique	2
4.2	Question de recherche	4
4.3	Buts de la recherche	4
5	Cadre théorique	6
5.1	Migration forcée	6
5.1.1	Les demandeurs d'asile	7
5.1.2	Les réfugiés	7
5.1.3	Déplacés internes	8
5.1.4	Etat de santé des populations migrantes et besoins en soins complexes	8
5.1.5	Barrières d'accès aux soins	9
5.1.6	Disparités en santé	9
5.2	Approche transculturelle	10
5.2.1	La culture	10
5.2.2	Le malentendu culturel	11
5.2.3	Les compétences cliniques transculturelles	12
5.2.4	Le trèfle transculturel	13
5.3	Réflexivité et pratique réflexive	14
5.3.1	Analyse de la pratique et qualité des soins	14
6	Méthode	16
6.1	Devis de recherche	16
6.2	Collecte des données	17
6.3	Sélection des données	18
6.3.1	Considérations éthiques	19
6.4	Analyse des données	19
7	Résultats	21
7.1	Etude n°01	21
7.1.1	Description de l'Etude n°01	21
7.1.2	Validité méthodologique	22
7.1.3	Pertinence clinique	22
7.2	Etude n°02	23
7.2.1	Description de l'étude n°02	23
7.2.2	Validité méthodologique	24
7.2.3	Pertinence clinique	24
7.3	Etude n°03	25
7.3.1	Description de l'étude n°03	25
7.3.2	Validité méthodologique	26
7.3.3	Pertinence clinique	26
7.4	Etude n°04	27
7.4.1	Description de l'étude n°04	27
7.4.2	Validité méthodologique	28
7.4.3	Pertinence clinique	28

7.5	Etude n°05	29
7.5.1	Description de l'étude n°05	29
7.5.2	Validité méthodologique	30
7.5.3	Pertinence clinique	30
7.6	Etude n°06	31
7.6.1	Description de l'étude n°06	31
7.6.2	Validité méthodologique	32
7.6.3	Pertinence clinique	32
7.7	Etude n°07	33
7.7.1	Description de l'étude n°07	33
7.7.2	Validité méthodologique	34
7.7.3	Pertinence clinique	34
7.8	Utilité pour la pratique	35
7.9	Synthèse des principaux résultats	37
8	Discussion	38
8.1	Discussion des résultats	38
8.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	40
8.3	Limites et critiques de la revue de la littérature	41
9	Conclusions	43
9.1	Propositions pour la pratique	43
9.2	Propositions pour la formation	44
9.3	Propositions pour la recherche	45
10	Références bibliographiques	47
11	Annexes	56
11.1	Annexe I : Tableaux de recension	56
11.2	Annexe II: Pyramide des preuves	63
11.3	Annexe III : Lexique de base	64
11.4	Annexe IV : Lexique méthodologique	67
11.5	Annexe V : Tableau des statuts juridiques des migrants forcés en Suisse et tableau des permis de séjour en Suisse.	70
11.6	Annexe VI : Différences entre migrants et Suisses en termes de santé	71
11.7	Annexe VII : Trèfle transculturel et conseils aux soignants :	72
11.8	Annexe IIX : Exemples de savoir-être, savoirs et savoir-faire dans le contexte des compétences cliniques transculturelles	74

4 Introduction

La problématique de cette revue de la littérature, focalisée sur l'expérience des infirmières prenant en soins les populations issues de la migration forcée, est définie dans ce chapitre. L'importance du problème est déterminée à partir de plusieurs constats et questionnements actuels. S'en suivent l'énoncé de la question de recherche PICOT ainsi que les buts de la recherche.

La migration forcée, par opposition à volontaire, est la forme de migration traitée dans cette revue de la littérature. Comme l'explique l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) (2016), «cette expression couvre un large éventail de phénomènes». Les réfugiés, demandeurs d'asile et déplacés internes font partie¹ de cette catégorie de migrants, forcés de fuir leur pays à cause de conflits armés, d'oppressions ou pour d'autres raisons politico-sociales.

En 2016, le HCR estime à 65,6 millions le nombre de «personnes forcées de fuir leur foyer» à travers le monde, ainsi qu'à 22,5 millions le nombre de réfugiés. Il parle même de «records historiquement élevés de déplacements» (UNHCR, 2016).

Au niveau suisse, les statistiques du secrétariat d'Etat aux migrations (SEM) (2017) font état de 66'108 personnes dans le processus d'asile en Suisse dont 24'368 encore en procédure et 41'204 admises provisoirement. Les principaux pays de provenance des requérants sont notamment l'Erythrée, l'Afghanistan, la Syrie et la Somalie.

Toutes ces personnes, issues de la migration forcée, peuvent devenir, au même titre que tout un chacun, des patients pris en soins dans des structures médicales. Ils ont des «besoins sanitaires spécifiques nécessitant une réponse «généraliste» interdisciplinaire qui doit être rapide, adaptée [...], efficace et la plus efficiente possible.» (Bodenmann et al., 2015, p.1882). La prise en soins infirmière est au cœur de cette problématique, car les soignants sont parmi les plus proches interlocuteurs du patient.

¹ Se référer au chapitre «Cadre théorique», p.6, 7, 8

4.1 Problématique

Ce sous-chapitre développe l'importance des difficultés liées à la prise en soins de migrants forcés, les raisons personnelles justifiant l'envie d'approfondir cette thématique ainsi qu'un positionnement vis-à-vis de travaux de Bachelor déjà effectués sur le sujet.

Les situations d'infirmières² prenant en soins des patients issus de la migration forcée sont diverses et variées. Qu'elles travaillent dans des camps de réfugiés, des centres de transit, ou des services conventionnels (tels que les urgences, la pédiatrie ou les soins à *domicile*), elles sont au chevet de patients vulnérables (Bodenmann et al., 2015, p.1881) ayant des besoins particuliers.

Il est nécessaire que les infirmières, comme les autres intervenants de la prise en soins, soient formés à ces accompagnements particuliers (Bodenmann et Jackson, 2011, p. 1035-1036).

En effet, la prise en soins de patients migrants met le personnel soignant face à de nombreuses difficultés telles que la différence culturelle, la langue, la religion, ou des histoires de vie traumatisantes. Patrick Bodenmann, responsable du Centre des populations vulnérables à la polyclinique médicale universitaire de Lausanne (PMU), et le Dr. Yves Jackson (2011), estiment que :

L'acquisition de compétences cliniques transculturelles est nécessaire et permet d'améliorer la qualité de la prise en charge de patients migrants ou d'origine étrangère et ainsi de limiter le risque d'inégalités en termes d'accès et de qualité des soins, et de santé. (p.1036).

La question de l'accès aux soins des patients issus de la migration forcée se pose également. Les questionnaires des programmes Migrant Friendly Hospitals (MFH), renommés aujourd'hui *Swiss Hospitals for Equity*, appuient ce propos en constatant que :

L'accès aux soins des patients migrants et leur recours aux services de santé varient beaucoup selon les cantons.

Les structures de soins n'arrivent pas toujours à identifier les besoins de santé des patients issus de la diversité, ni à les prendre en charge adéquatement (MFH, 2013, p.2224).

Un autre obstacle à une prise en soins adéquate est celle de la pluralité des problèmes de santé. Parmi les pathologies des patients auxquelles sont confrontés les soignants, il y a

² Le terme «infirmière», utilisé dans cette revue de la littérature, englobe également les infirmiers.

les troubles métaboliques, les douleurs articulaires, conséquences de leurs périples, de possibles blessures de guerre et surtout une santé mentale fragile. Au micro de l'émission médicale de la Radio Télévision Suisse (RTS), 36.9°, Javier Bartolomei, responsable de la psychiatrie transculturelle des HUG (2016) précise effectivement que les événements traumatiques sont fragilisant pour les migrants forcés et qu'à partir de là, «leur santé mentale commence à se détériorer».

Il convient dès lors de s'interroger sur les prises en soins infirmières par rapport à ces besoins en santé complexes, touchant tant le somatique que la santé mentale ; ainsi que sur les conséquences qu'elles peuvent avoir sur la santé des infirmières elles-mêmes (épuisement professionnel, traumatisme vicariant).

Il existe de nombreuses raisons justifiant mon envie d'approfondir le sujet de cette revue de la littérature. Le choix de cette thématique n'est pas un hasard. Il est, tout d'abord, la suite logique de mon travail de maturité, au Lycée-Collège de la Planta en 2012, qui questionnait l'intégration linguistique des réfugiés en Suisse.

Ensuite, en 2015 au Congo, puis en 2016 en Grèce, j'ai eu l'occasion d'être bénévole dans des camps de réfugiés respectivement rwandais et syriens, où œuvraient des infirmières. Les rencontres et expériences de terrain ont permis de soulever quelques interrogations et problématiques (telles que la possibilité/ou l'impossibilité pour les infirmières de répondre aux réels besoins des soignés ; ou le recours à l'interprétariat lors de difficultés linguistiques).

Enfin, lors de mon stage en pédiatrie et néonatalogie à l'hôpital de Sion, l'équipe soignante a de nombreuses fois pris en soins des familles migrantes. Les divers questionnements des infirmières m'ont à nouveau interpellée (Faut-il appeler ou non un interprète ? Cette maman érythréenne comprend-elle ce qu'on lui explique ?).

Deux revues de la littérature ont été écrites dans les Hautes Ecoles de Suisse romande sur le sujet de la migration et de la prise en soins infirmière.

Mursela et Ferreira Lopez (2016), alors étudiantes à la Haute Ecole de Santé La Source, ont rédigé un travail de Bachelor intitulé : *Les Requérants d'asile dans les soins infirmiers en Suisse. Comment améliorer la prise en soins infirmière des requérants d'asile au sein des services hospitaliers ?* Leur population est celle des demandeurs d'asile ; et leur travail fait surtout état de constats relevés par ces derniers. De plus, quatre de leurs articles sur six datent de plus de neuf ans.

Malagoli et Cancela (2017) ont, à leur tour, écrit sur *la prise en soins infirmière des requérants d'asile atteints de PTSD en lien avec la compétence interculturelle*, ciblant leur intérêt sur la santé mentale des demandeurs d'asile. Les échantillons des études sélectionnées

pour cette revue de la littérature sont très divers et non homogènes : médecins, infirmières, migrants et caetera...

En partant des critiques de ces travaux, cette revue de la littérature suggère d'analyser des articles plus récents. Elle propose en outre, non plus d'étudier le point de vue du migrant, mais celui de l'infirmière. Les études sur l'expérience des infirmières sont plus récentes³ et donc dignes d'un intérêt nouveau.

Après s'être intéressée aux problèmes encourus par les migrants au niveau de leur santé, puis à la problématique de la prise en soins de ces patients, la recherche focalise son attention sur l'expérience des infirmières, actrices de ces prises en soins particulières.

En effet, qu'en est-il de leur avis sur la question de la prise en soins des migrants ? Et où en est la recherche, sur ce sujet d'actualité, en 2018 ?

4.2 Question de recherche

La question PICOT de ce travail peut être énoncée de la manière suivante :

P	Population	Les infirmières prenant en soins des patients issus de la migration forcée
I	Intervention	Un questionnaire sur la prise en soins infirmière
C	Comparaison	Dans les différents pays et les différents contextes
O	Outcomes	L'expérience : Les émotions en lien avec cette prise en soins, le besoin de compétences transculturelles, la réflexivité sur la qualité des soins
T	Temporalité	Tout au long de la prise en soins

C'est-à-dire : «Quelle est l'expérience des infirmières prenant en soins des patients issus de la migration forcée ?»

4.3 Buts de la recherche

Cette revue de la littérature a pour objectif d'explorer l'expérience des infirmières prenant en soins des patients issus de la migration forcée. Il s'agit de voir quelles émotions elles éprouvent tout au long des prises en soins, vis-à-vis d'elles-mêmes et des migrants. Ce travail souhaite répondre aux questions suivantes: Qu'est-ce qui provoque ces sentiments ? Sont-ils plutôt positifs ou négatifs ? Sont-ils influencés par le contexte de soins, par les moyens à dispositions, par le service, ou par la population soignée ?

³ Se référer au chapitre «Méthode», p.16

Il serait intéressant d'avoir le retour des soignantes sur la pertinence pour la pratique de ce qu'elles ont appris durant leurs études, lors d'expériences ou lors de formations complémentaires. De plus, leur avis sur ce qui pourrait être amélioré dans la formation des futurs professionnels est digne d'intérêt pour les sous-chapitres «propositions pour la formation» et «proposition pour la pratique» aux pages 43 et 44.

La question des obstacles liés à la prise en soins de cette population s'avère également pertinente : Quels sont-ils ? Comment les infirmières se positionnent-elles face aux nombreuses difficultés issues de ces situations de soins ? De là découle également la problématique de la qualité des soins. Les infirmières font-elles preuve d'une pratique réflexive vis-à-vis de leur pratique quotidienne ?

Cette revue de la littérature essaie de répondre à la majorité de ces questionnements.

5 Cadre théorique

Un cadre de recherche est une «représentation des principaux concepts et de leurs relations présumées» (Fortin, 2010, p.43). Le cadre théorique de cette revue de la littérature, permet de construire le développement du travail grâce à des définitions communes pour tout lecteur, et ce, afin de garantir une meilleure lisibilité. Ce cadre est le fruit de lectures plurielles et confronte les divers éclairages des concepts centraux.

Les notions de «migration forcée», d'«approche transculturelle» ou encore de «réflexivité» ainsi que leurs multiples dimensions sont développées dans le chapitre ci-dessous.

5.1 Migration forcée

Les termes liés à la migration et à l'asile se doivent d'être définis le plus consensuellement possible car ils sont porteurs de nombreuses connotations, souvent négatives. Althaus et al. (2010) expliquent lorsqu'ils définissent le terme d'immigration que «les amalgames sont nombreux, la stigmatisation et les stéréotypes également» (p.59).

Afin de comprendre qui sont les réfugiés⁴ et les requérants d'asile, il est nécessaire de définir le migrant. L'UNESCO (2017) le définit comme «toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays». Althaus et al. (2010) complètent cette définition en incluant «toute personne dans un processus de déplacement géographique, que ce déplacement soit interne à un pays ou transfrontalier» (p.59).

Toujours selon l'UNESCO (2017), la migration est définie comme «le passage des frontières politiques et administratives pour un minimum de temps. Elle inclut, les mouvements de réfugiés, les personnes déplacées et les migrants économiques. La migration interne renvoie au mouvement d'une zone (province, district ou municipalité) à une autre»

Dans cette revue de la littérature, seuls les patients issus de la migration forcée sont considérés. Population vulnérable, cette catégorie ne représente en Suisse qu'une partie de la migration totale (Althaus et al., 2010, p. 61). Althaus et al. (2010) distinguent le migrant forcé, du migrant économique :

On oppose souvent le migrant forcé (appelé parfois dans le débat politique „vrai-migrant“, persécuté dans son pays, obligé de fuir pour demander l'asile dans un pays tiers) au migrant économique (appelé de manière également erronée“ faux-migrant“, quittant son pays en raison de conditions économiques défavorables et

⁴ Se référer à l' «Annexe V» p.70 qui reprend, sous forme de tableaux, les différents statuts juridiques des migrants forcés en Suisse ainsi que les permis de séjours en Suisse à titre informatif.

tendant, en se déplaçant, de trouver de meilleures conditions dans un pays tiers) (p.60).

Déplacés internes et réfugiés sont donc, selon ces définitions, considérés comme des migrants forcés. Les demandeurs d'asile, en fonction de la/ des raison/s qui les ont poussés à émigrer et à demander l'asile, peuvent être considérés soit comme l'un, soit comme l'autre. Dans cette revue de la littérature, ils sont inclus dans les patients issus de la migration forcée.

5.1.1 Les demandeurs d'asile

Une certaine quantité de migrants forcés sont engagés dans une procédure d'asile. Le SEM (2017), en parlant de la procédure d'asile en Suisse, déclare qu'elle « permet de déterminer parmi les nouveaux requérants ceux qui ont droit à une protection ... ».

L'organisation internationale pour les migrations (IOM) (2018), donne la définition suivante du demandeur d'asile : « Personne demandant à obtenir son admission sur le territoire d'un Etat en qualité de réfugié et attendant que les autorités compétentes statuent sur sa requête ».

Le HCR (s.d.), précise qu' « il incombe aux systèmes nationaux d'asile de décider quels demandeurs d'asile peuvent effectivement prétendre à une protection internationale. ». Il ajoute que « ceux dont on estime qu'ils ne sont pas des réfugiés ou qu'ils n'ont pas besoin d'une autre forme de protection internationale à l'issue de procédures adéquates peuvent être renvoyés dans leur pays d'origine. ».

Pour résumer, les demandeurs d'asile rentrent dans une procédure d'asile afin de déterminer si oui ou non ils sont des réfugiés et peuvent prétendre au droit d'asile.

5.1.2 Les réfugiés

Le statut de réfugié est un statut juridique, créé lors de la convention de Genève de 1951 (Mazzella, 2016, p.5).

Selon les termes du HCR (s.d.) cette dénomination s'applique à

toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays.

Dans la suite de la définition, le HCR (s.d.) précise que ces déplacements sont une condition sine qua non à la vie et à la préservation de la liberté de ces personnes.

Chercheuse en sociologie des migrations, Mazzella (2016) explique que la difficulté avec ce statut, c'est «sa saisie dans le temps» (p.5). Fondamentalement, le réfugié en est un avant même l'obtention de ce statut. Elle précise que «toute personne fuyant des persécutions dans son pays est un réfugié en puissance» (p.5).

Le SEM (2017), au niveau fédéral, explique que tout individu menacé ou persécuté dans son pays «selon les critères reconnus par le droit international public, obtient l'asile en Suisse». Il est par conséquent reconnu juridiquement comme étant un réfugié.

5.1.3 Déplacés internes

Bien que n'analysant pas d'études se penchant sur les infirmières prenant en soins des déplacés internes, cette revue de la littérature s'y intéresse au même titre que les autres «catégories» de migrants forcés.

Le HCR propose la définition suivante :

Contrairement aux réfugiés, les déplacés internes n'ont pas traversé de frontière internationale pour chercher asile dans un autre pays. Ils sont restés dans leur pays. Même s'ils ont fui pour des raisons similaires à celles des réfugiés (conflit armé, violence généralisée, violations des droits humains), les déplacés internes demeurent légalement sous la protection de leur propre gouvernement, ce gouvernement constituant parfois lui-même la cause de leur fuite. En tant que citoyens, les déplacés internes conservent l'ensemble de leurs droits, dont celui à la protection en vertu des droits humains et des principes du droit international humanitaire.

Tout comme les réfugiés, ces personnes ont été déracinées par les conflits, la violence généralisée et des violations des droits humains (HCR, s.d.).

5.1.4 Etat de santé des populations migrantes et besoins en soins complexes

Populations vulnérables (Bodenmann & Gehri, 2010, p.57), les migrants sont «souvent considérés comme étant en moins bonne santé que la population autochtone» (Gehri, Jäger, Wagner & Gehri, 2016, p.3).

Althaus et al. (2010, p.64) illustrent dans un tableau⁵ les différences entre migrants et Suisses en termes de santé en se basant sur les résultats du «Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse» de l'OFSP (2007). Le document de l'OFSP présente l'état de santé des migrants en Suisse, tout en tenant compte des différentes variables (âge, sexe, situation socio-économique, pays d'origine, intégration) qui peuvent l'influencer.

⁵ Se référer à l' «Annexe VI» p.71

Voici, pour exemples, certains résultats :

- « Les requérants d'asile se sentent en nettement moins bonne santé que le reste des personnes interrogées » (2007, p.14).
- «Près d'un requérant d'asile [tamoul] sur deux fait état d'un mal-être psychique» (2007, p.15-16).

Les raisons de la migration et le parcours migratoire peuvent également avoir une influence sur l'état de santé et les besoins en santé des patients. En plus des maladies chroniques et des troubles psychiques (Tremblay, Wicky & Milone, 2016), les migrants forcés présentent des problèmes de santé propres à leur condition. Cette «clinique de la pauvreté», comme elle est nommée dans l'œuvre de Gulland (comme cité par Bodenmann et al.), regroupe la «déshydratation, [la] fatigue extrême, [les] lésions aux pieds, [les] infections cutanées, [les] traumatismes mineurs et [les] atteintes de la santé mentale dans un contexte de chaos» (2015, p.1881).

5.1.5 Barrières d'accès aux soins

Brügger, Sottas et Jaquier (2015) expliquent dans un article qu'être en bonne santé dépend en partie de l'accès aux soins. Selon eux, il y a en Suisse un manque d'offres et de structures pour les personnes avec des besoins particuliers. Comme obstacles aux soins «du côté de la demande», ils identifient la peur des coûts, la complexité du système, la stigmatisation et le tabou autour des maladies psychiques, et le manque de prise de conscience de la maladie. Il s'agit donc de réels défis pour les professionnels de santé (p.47-49).

Gehri et al. (2016) appuient ce propos en insistant sur l'importance d'une prise de conscience, par les soignants, de ces différentes «barrières d'accès aux soins (... liées au patient, au soignant et au système de santé suisse)» (p.3).

5.1.6 Disparités en santé

Les disparités en santé font partie des problèmes qui touchent les patients particulièrement vulnérables, telles que les personnes issues de la migration forcée (Bodenmann et Green, 2012, p.2282).

Selon Bodenmann et Green (2012), le terme disparités en santé

exprime le décalage qui existe entre les besoins en santé de certains patients appartenant à un groupe socio-économiquement désavantagé et la qualité moindre des soins qui leur sont prodigués, par rapport à d'autres moins vulnérables et plus avantagés dans les soins obtenus (p.2282).

L'OFSP (2007, p.6) complète en expliquant que «les disparités entre immigrés et indigènes valent non seulement pour l'état de santé mais aussi en ce qui concerne le recours au système de santé.» L'OFSP (2008) précise également qu'en réduisant ces disparités il y aurait non seulement une amélioration de l'état de santé de ces populations mais également de la situation sanitaire de l'ensemble de la population et de la santé publique (p.18).

On peut en conclure qu'en ayant conscience des risques de disparités, et en travaillant à les diminuer, l'infirmière améliore la prise en soins de ses patients ainsi que le système de santé global.

5.2 Approche transculturelle

Madeleine Leininger (1925-2012) est une théoricienne, infirmière et anthropologue américaine. Elle a contribué aux théories de soins en développant la théorie des soins transculturels (Wikipédia, 2018).

Sans vouloir minimiser l'impact de la théorie des soins transculturels de Leininger, cette revue de la littérature s'imprègne davantage de la vision du Professeur Bodenman et de ses collègues. Leurs théories, ancrées dans la pratique des soins du 21^{ème} siècle, sont donc plus actuelles. Le Professeur Bodenmann pratiquant en Suisse, ses discours prennent d'autant plus de sens dans notre contexte.

5.2.1 La culture

Avant de parler d'approche transculturelle, il est nécessaire de définir la culture. Ce sous-chapitre se réfère principalement à *La notion de culture dans les sciences sociales* (Cuhe, 2016).

Concept scientifique étudié dans les sciences sociales, la culture est un outil utilisé pour penser le problème de la diversité dans l'unité (p.17). Emprunté aux sciences sociales et vulgarisé, ce terme diffusé dans de nombreux domaines semble perdre de sa signification (p.157). Il suscite de nombreux débats chez les anthropologues ; certains proposant même de l'abandonner (p.157).

Denys Cuhe, professeur émérite de sociologie et d'anthropologie à la Sorbonne a retracé, dans son ouvrage, l'évolution de ce concept et ses divers usages. Les paragraphes suivants présentent quelques réflexions pertinentes pour cette revue de la littérature, issues de son livre. La réflexion sur ce concept et les définitions qu'on lui attribue ont beaucoup évolué; ceci grâce à divers courants anthropologiques et sociologiques ainsi qu'à de nombreux auteurs/chercheurs/penseurs qui ont proposé leur vision de la culture.

Selon Edward Burnett Tylor, (comme cité par Cuche, 2016), qui propose, en 1871, la première définition du concept,

[la] *culture* ou *civilisation*, ..., est ce tout complexe qui comprend la connaissance, les croyances, l'art, la morale, le droit, les coutumes et les autres capacités ou habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société. (p.18).

Aujourd'hui la culture «est comprise comme un ensemble dynamique» (Cuche, 2016, p.74) et non une idée figée. Demorgon, sociologue français, (comme cité par Verbunt, 2011, p.23) explique qu'«une culture vit autant à travers ses stratégies et ses formations nouvelles qu'à travers ses formations antérieures».

Cuche précise également qu'elle est «produite par les échanges entre les individus et entre les groupes», qu'elle est donc «nécessairement plurielle et évolutive» (p.141).

Pour ce qui est de l'interculturel, Cuche explique que cette «notion floue» et ambiguë n'est pas une notion issue de l'anthropologie. Il s'agit plutôt d'un terme «folklorisant», lié à la politique migratoire, et qui enferme les individus dans une culture (p.150).

Verbunt, sociologue français d'origine néerlandaise spécialisé dans l'interculturel partage un avis différent. Il explique que l'interculturel est non seulement une rencontre entre peuples ou individus, «mais aussi la volonté de donner sens à cette interaction, d'en faire un ressort pour améliorer les relations entre les personnes et les peuples» (2011, p.9).

5.2.2 Le malentendu culturel

Dans l'ouvrage *Les malentendus culturels dans le domaine de la santé*, propre au domaine sanitaire, Profita (2015) explique l'origine du malentendu :

Le malentendu est généré lorsque, en toute bonne foi, deux personnes ou deux groupes, de cultures, conceptions,... [manières de penser], niveau social et institutionnel différents, éprouvent des difficultés à s'entendre sur un ou plusieurs points, particulièrement sensibles pour l'un et pour l'autre. (p.33).

L'auteure analyse également le fait que les soignants et soignés d'origine étrangère «sont souvent en butte à des malentendus imputables à la diversité des langues et des cultures qui sont parfois difficiles à gérer de la part des acteurs du processus thérapeutique» (p.25). Le risque majeur d'un malentendu culturel serait qu'il se transforme en conflit et crée des «désaccords risquant d'affaiblir l'efficacité des soins et, d'une manière plus générale, de bloquer toute possibilité de communication» pour réfléchir à l'origine de ce possible malentendu (Profita, 2015, p.26).

5.2.3 Les compétences cliniques transculturelles

Dans la problématique de cette revue de la littérature, l'importance de développer des compétences cliniques transculturelles est mentionnée. Bodenmann et Jackson (2011) estiment que «L'acquisition de ce type de compétences pourrait être un «antidote» aux stéréotypes, stigmatisations et à priori inconscients que l'on peut également rencontrer chez le médecin» (p.1036). Cette affirmation est valable pour toute personne devant interagir dans des situations de communication interculturelle.

Mais que sont exactement ces compétences cliniques transculturelles? Elles sont définies comme :

«La capacité de percevoir et comprendre les individus dans leur vécu et leur contexte individuel, et d'agir de façon adéquate.» Il s'agit d'un ensemble d'attitudes, de connaissances et d'un savoir-faire qui permettent de prodiguer des soins et une attention de qualité à des patients d'origines diverses. (Bodenmann & Green, 2012, p.2284).

Althaus, Hudelson, Domenig, Green & Bodenmann (2010) expliquent que «le noyau de la compétence transculturelle est une capacité d'interaction transculturellement compétente dans le contexte de la migration» ; et que ses piliers sont «[la] réflexion sur soi-même, [le] savoir contextuel et [l'] expérience, et enfin [l'] empathie narrative». La combinaison de ces piliers permet d'améliorer l'anamnèse, le diagnostic et le traitement de la maladie (p.79). Les objectifs de l'enseignement de ces compétences sont l'amélioration du savoir-être (attitudes), du savoir (connaissances) et du savoir-faire (aptitudes)⁶ des soignants qui prennent en soins des migrants (p.81-82).

La figure suivante, illustre l'apport de l'enseignement de telles compétences pour soignant et soigné qui partagent alors une vision commune élargie de la situation. Cela permet une meilleure communication, ainsi qu'un accompagnement plus proche des besoins du patient.

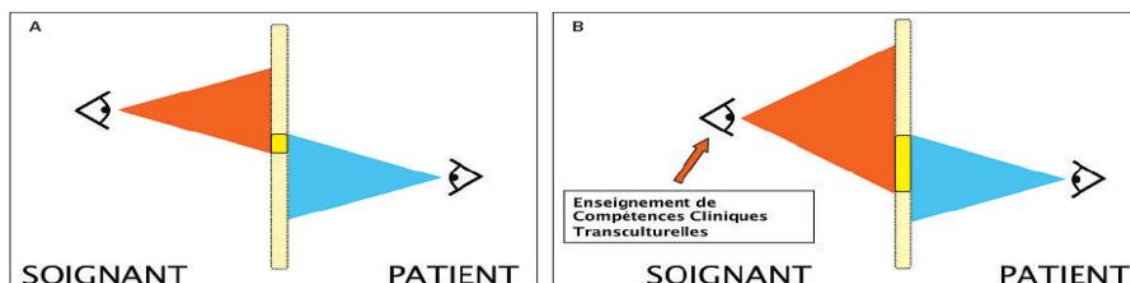


Figure 1. Tiré de Althaus, Hudelson, Domenig, Green & Bodenmann, 2010, p.81

⁶ Se référer à l' «Annexe IIX» p.74

Lors de la 1^{ère} Conférence nationale des *Migrant Friendly Hospitals*, en 2013, les gestionnaires des programmes MFH ont constaté qu'«en présence de différences sociales, culturelles et linguistiques, les professionnels de santé doivent apprendre à communiquer avec les patients et à appréhender leur réalité, afin d'identifier leurs besoins et de les prendre en charge de manière adéquate». Par ailleurs, ils ont émis la recommandation d'«intégrer l'enseignement des compétences cliniques transculturelles dans la formation pré et postgradué des professionnels de santé» (Bodenmann et al., 2013, p.2224).

L'apprentissage de ces compétences semble donc être l'une des clés du succès de la communication et de la prise en soins de patients migrants. Dans un contexte de communication interculturelle, il est nécessaire de pouvoir développer des habiletés de base, afin de répondre au mieux aux besoins de la personne soignée, tout en évitant le faux pas. De plus, selon Althaus et al. (2010) améliorer les compétences cliniques transculturelles des soignants «est en effet un des moyens les plus efficaces pour réduire les inégalités en termes d'accessibilité, de qualité des soins et de santé» (p.63).

5.2.4 Le trèfle transculturel

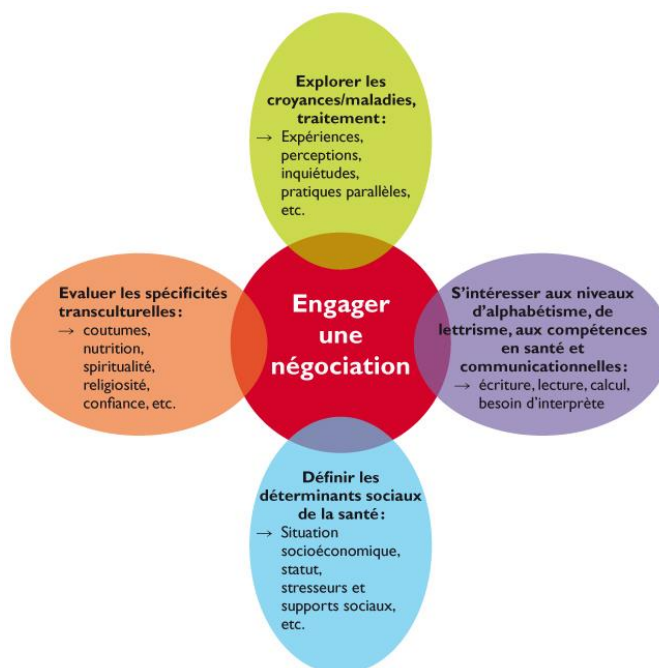


Figure 2. Tiré de Bodenmann & Jackson, 2011, p.1035

Bodenmann et Jackson ont développé en 2011 un «trèfle transculturel», inspiré du Cross-cultural framework du Manhattan Cross-Cultural Group. Bodenmann et Green (2012) jugent que ce concept, illustré ainsi «semble être un outil particulièrement adéquat à la pratique clinique, nous aidant à engager une négociation avec nos patients venus d'ailleurs (mais

aussi d'ici).» (p.2284). Il schématise les différents aspects à prendre en compte lors d'une prise en soins interculturelle⁷ (Bodenmann & Jackson, 2011, p.1035).

5.3 Réflexivité et pratique réflexive

Une démarche réflexive favorise le développement de compétences, c'est-à-dire de la «progression dans la maîtrise de ses composantes» (Lafortune, 2010, p.10). Qu'il s'agisse de compétences transculturelles ou d'autres types de compétences, une réflexion et une analyse de sa pratique sont nécessaires à son amélioration.

La pratique réflexive, au sens où on la comprend aujourd'hui, est un concept récent. Vacher (2015, p.19) explique que c'est grâce à l'apparition du concept de praticien réflexif dans le domaine de l'éducation, que la pratique réflexive a trouvé son sens actuel. Elle est définie ainsi par Balas-Chanel (2013):

La pratique réflexive consiste à apprendre à partir des expériences vécues. Cet apprentissage se fait grâce à un retour de la conscience sur elle-même, de manière régulière et volontaire, avec le but de prendre conscience de sa manière d'agir et de réagir, dans les situations professionnelles ou formatives. (p.8).

Enseignée dans les écoles de soins infirmiers, «la pratique réflexive s'intéresse autant aux réussites qu'aux erreurs ou aux difficultés» (Balas-Chanel, 2013, p.8). Elle a pour objectifs de faire des liens entre la théorie et la pratique, et d'améliorer sa professionnalisation (Vacher, 2015, p.23).

5.3.1 Analyse de la pratique et qualité des soins

En interrogeant leur pratique, les infirmières s'interrogent sur la qualité des soins qu'elles dispensent. Cette dernière a de multiples dimensions. Hesbeen (2017) compare la qualité des soins à un chantier

qui conjugue la nécessité d'une excellence technoscientifique, la capacité de faire exister le malade et ses proches en tant que sujets de la relation de soins [...], la préoccupation d'une organisation à la fois pertinente et apaisante, ainsi que l'incontournable exigence d'une éthique personnelle dans la pratique professionnelle. (p.6).

Il est intéressant de mettre en regard deux perspectives différentes de l'analyse de la qualité des soins. La première est une «démarche structurée et organisée qui a pour objectif l'amélioration des pratiques» (Naudin, Hiolle, Huet & Peruzza, 2011, p.108), alors que la seconde

⁷ Se référer à l' «Annexe VI» p.72-73 pour le schéma du trèfle transculturel et celui des conseils aux soignants

présuppose que les personnes les plus à même de juger de la qualité d'un soin sont celle qui le dispense et celle qui le reçoit.

Dans le premier point de vue, pour garantir la qualité des soins, les établissements de soins utilisent les analyses de la pratique, autrement appelée évaluations des pratiques professionnelles (EPP). Ce sont des «dispositifs collectifs de pratique réflexive, réunissant des pairs, qui visent le développement professionnel» (Balas-Chanel, 2013, p.11). Ces méthodes impliquent un travail de groupe réfléchissant collectivement, tout au long d'un cheminement, sur une situation.

Dans le second point de vue, comme le conçoit Hesbeen (2017, p.62), la qualité dépend de la perception de celui qui offre le soin, croisée avec celle du soigné. Il explique que cette perception se trouve «dans la juste et délicate appréciation» (2017, p.62) d'une situation. Il rajoute plus loin qu'elle est «intimement liée à l'existence de chaque personne» (2017, p.141).

Que l'infirmière réfléchisse en groupe ou individuellement à sa pratique, et que le patient soit impliqué ou non, l'objectif est le même : améliorer la qualité des soins. Cette revue de la littérature pose entre autres la question du regard de l'infirmière sur sa pratique au chevet de patients issus de la migration forcée. Cela implique que les infirmières interrogées dans les différentes études sélectionnées fassent une analyse réflexive de leur pratique. Il est probable qu'elles aient un regard critique sur la qualité des soins qu'elles fournissent, les mettant en perspective avec les besoins des patients et les obstacles à des soins jugés de qualité.

6 Méthode

Murseli & Ferreira Lopeis (2016) et Cancela & Malagoli (2017)⁸, auteures de travaux de Bachelor sur les demandeurs d'asile, font part, dans les limites et conclusions de leurs travaux, de la difficulté à trouver des articles récents sur leur sujet.

Après avoir mené des recherches en mai-juin 2017 sur les bases de données CINAHL et Pubmed en lien avec la migration forcée et la prise en soins infirmière, la conclusion était la même : Trouver des études disciplinaires, datant des cinq dernières années, sur une problématique très précise donnait peu de résultats, bien qu'une revue de la littérature sur le sujet était faisable.

En fin d'année 2017 et jusqu'à mai 2018, après avoir répété les recherches, de nouvelles études sur le sujet sont parues sur les mêmes bases de données (CINAHL et Pubmed). Cela confirme que le sujet est d'actualité.

En réorientant la problématique et en la focalisant sur l'expérience des infirmières et non plus sur celle des migrants forcés, il a fallu à nouveau consulter les bases de données. La procédure est décrite au chapitre «Collecte de données».

6.1 Devis de recherche

Il existe deux grands types de recherches : La recherche quantitative et la recherche qualitative. À chacune de ces deux formes correspondent un certain nombre de critères et d'utilisations. La première s'intéresse aux données numériques, alors que la seconde explore des données narratives. En effet, la recherche qualitative est utilisée pour rendre compte des perceptions et sentiments des populations étudiées (Fortin, 2010, p.13).

Cette revue de la littérature n'analyse que des articles de type qualitatif. Le devis méthodologique n'était cependant pas un critère de sélection des études. Il s'avère simplement qu'en focalisant sur l'expérience des infirmières, la très large majorité des documents issus des bases de données était de nature qualitative.

Parmi les études choisies, aucune ne répond à une méthodologie qualitative particulière. Elles sont toutes dites «descriptives qualitatives». C'est-à-dire, comme écrit dans l'ouvrage de Polit et Beck (comme cité par Fortin, 2010, p. 546) qu'elles «ne s'associent pas à un type de méthodologie qualitative en particulier pour explorer et décrire un phénomène». Fortin explique que : «Ces études font état de l'analyse de contenu pour leurs données

⁸ Se référer au sous-chapitre «Problématique», p.3

qualitatives, rapportent des verbatim et interprètent les résultats en tenant compte de l'analyse des thèmes et des modèles (patterns) qui émergent du contenu narratif» (2010, p. 546).

6.2 Collecte des données

La collecte des données a été effectuée en consultant les bases de données CINHAL et Pubmed. Les uniques termes traduits grâce au thésaurus MeSH (Medical Subject Headings) sont *nursing* (soins infirmiers) et *health* (santé). En ce qui concerne la population issue de la migration forcée, les termes choisis sont : *displaced person* (personne déplacée), *refugee* (réfugié) et *asylum seeker* (demandeur d'asile). Afin d'accroître les résultats, les termes *migrant* et *immigrant* ont également été ajoutés aux autres mots-clés. Les opérateurs booléens *AND* et *OR* ont permis de préciser les recherches.

Les recherches dans les bases de données ont été effectuées selon les tableaux suivants en mai 2018 :

A) CINHAL

Combinaisons de mots clés et d'opérateurs booléens	Etudes trouvées	Etudes retenues
health AND nurse AND asylum seekers or refugees or migrants AND experiences or perceptions or attitudes or views	18	1
(nurse experiences OR perceptions) AND (migrant OR immigrant OR refugee OR asylum seeker) AND health care AND (nursing research or registered nurse)	7	0

Les critères de recherche sur CINHAL sont :

- Texte intégral
- Date de publication : entre 2012 et 2018

B) Pubmed

Combinaisons de mots clés et d'opérateurs booléens	Etudes trouvées	Etudes retenues
nursing experience AND (refugee OR displaced person OR asylum seeker) AND nursing research	27	2

(nurse (attitude OR experience OR perception)) AND (refugee OR displaced person OR asylum seeker) AND nursing study	12	3
caring AND (refugee OR displaced OR asylum seeker) AND nursing	17	3
nurse AND experience AND (migrant OR immigrant OR refugee) AND health care	70	4

Les critères de recherche sur Pubmed sont :

- Texte intégral
- Date de publication : dans les 5 dernières années

L'option «Texte intégral gratuit» ou «Texte intégral disponible» n'a pas été sélectionnée car il était possible de commander les textes non disponibles via la médiathèque de la HES-SO Valais.

L'étude n°06, trouvée sur les bases de données en mai-juin 2017, était souvent suggérée dans les «articles similaires» sur Pubmed. Datant de 2012 et devant être commandée, elle n'apparaissait pas sur les bases de données avec les critères cités plus haut.

En enlevant l'option «Texte intégral» sur Pubmed et en modifiant les dates de publication de 2012 à 2018, les résultats, incluant l'étude n°06, étaient alors les suivants.

Combinaisons de mots clés et d'opérateurs booléens	Etudes trouvées	Etudes retenues
experience AND (migrant OR immigrant OR refugee AND asylum seeker) AND health nurse	40	5

6.3 Sélection des données

Les critères d'inclusion des études sont les suivants :

- Il doit s'agir d'études primaires
- Les articles doivent être rédigés en anglais, en français ou en allemand
- La population étudiée est celle des infirmières ou des étudiantes infirmières
- Les populations soignées par les infirmières doivent être des patients issus de la migration forcée (demandeurs d'asile, réfugiés, déplacés internes)
- La date de publication de l'article doit être comprise entre 2012 et 2018
- Des études de toutes provenances sont incluses. Il est d'ailleurs pertinent pour ce travail de sélectionner des études d'origines différentes.

Les études dont les chercheurs ont interrogé, en plus des populations infirmières et/ou des étudiantes infirmières, un autre type de population (médecins, réfugiés, demandeurs d'asile...) ont été exclues.

Pour satisfaire aux consignes, il était nécessaire qu'au moins quatre études soient disciplinaires. Cinq des sept études sont issues de la discipline infirmière.

Le passage des 18 études retenues aux sept études analysées, s'explique par le fait que certaines études figurent sur les deux bases de données. Les articles apparaissent également plusieurs fois selon les différentes combinaisons de termes.

Les études sélectionnées sont répertoriées dans le tableau en page 20.

6.3.1 Considérations éthiques

Les chercheurs des études n°01, 02, 05, 06 et 07⁹ ont reçu l'approbation de comités d'éthique¹⁰, «chargés d'évaluer si les propositions de recherche qui leur sont soumises respectent les droits des participants à la recherche» (Fortin, 2010, p.107).

Dotevall, Winberg et Rosengren (2017) ont obtenu une approbation et une permission de mener l'étude du doyen de l'école d'infirmière de l'Université de Jordanie. Ces mêmes chercheurs ont suivi des guidelines éthiques pour la recherche humaine et sociale. Situation similaire pour Sandblom et Mangrio (2017) qui ont suivi les guidelines éthiques locales de l'Université de Malmö.

Les études n°01, 03, 04, 07 font état d'une anonymisation des données dans le but de ne pas pouvoir mettre en lien les participants avec des données quelconques.

Finalement, Sevinç (2017), Willey, Cant, Williams et McIntyre (2018) et Nkulu Kalengayi, Hurtig, Nordstrand, Ahlm et Ahlberg (2015) précisent avoir fait signer des consentements éclairés aux participants de leurs recherches.

6.4 Analyse des données

Les études sont brièvement décrites une à une puis analysées individuellement au chapitre «Résultats». Trois sous-chapitres qui sont la validité méthodologique, la pertinence clinique et l'utilité des résultats pour la pratique professionnelle sont approfondis pour chaque étude. Les tableaux de recension sont disponibles à l'annexe I. Le livre «Fondements et étapes du processus de recherche» de Marie-Fabienne Fortin sert de guide à l'analyse des articles sélectionnés dans cette revue de la littérature.

⁹ Se référer au tableau récapitulatif des études sélectionnées, au chapitre «Méthode» p.20

¹⁰ Se référer aux tableaux de recension «Annexe I» p.56-62 pour connaître l'appartenance des comités d'éthique

Etudes retenues	Auteurs	Titre des études	Année	Base de données	Niveau de preuve ¹¹
Etude n°01	Ogunsiji, O, Ng Chok, H. Mashingaidze,G. & Wilkes,L	«I am still passionate despite the challenges» : Nurses navigating the care for refugees.	2017	Pubmed	II
Etude n°02	Sevinç,S.	Nurses' Experiences in a Turkish Internal Medicine Clinic With Syrian Refugees.	2017	Pubmed CINAHL	II
Etude n°03	Sandblom, M & Mangrio, E.	The experience of nurses working within a voluntary network : a qualitative study of health care for undocumented migrants.	2017	Pubmed CINAHL	II
Etude n°04	Dotevall, C., Winberg, E.& Rosengren, K.	Nursing students' experiences with refugees with mental health problems in Jordan : A qualitative content analysis.	2017	Pubmed CINAHL	II
Etude n°05	Willey, S. , Cant, R., Williams, A. & McIntyre, M.	Maternal and child health nurses work with refugee families : Perspectives from regional Victoria, Australia.	2018	Pubmed	II
Etude n°06	Burchill,J. & Pevalin,D.	Barriers to effective practice for health visitors working with asylum seekers and refugees.	2012	Pubmed CINAHL	II
Etude n°07	Nkulu Kalengayi, F., Hurtig, A-K., Nordstrand, A., Ahlm, C. & Ahlberg, B.	'It is a dilemma' : perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants.	2015	Pubmed	II

¹¹ Se référer à la pyramide des preuves à l' «Annexe II» p.63

7 Résultats

Dans ce chapitre, chacune des sept études sélectionnées est décrite et analysée individuellement. Deux sous-chapitres que sont l' «utilité pour la pratique» et la «synthèse des résultats» tiennent ensuite compte des résultats de l'ensemble des études.

7.1 Etude n°01

Ogunsiji, O, Ng Chok, H. Mashingaidze,G. & Wilkes,L. (2017). « I am still passionate despite the challenges » : Nurses navigating the care for refugees. *Journal of Clinical Nursing*.1-10. doi : 10.1111/jocn.13863

7.1.1 Description de l'Etude n°01

Il s'agit d'une étude disciplinaire, qualitative et descriptive. Elle se déroule à New South Wales en Australie.

L'objectif des chercheurs est d'explorer l'expérience des infirmières travaillant pour la santé des réfugiés ; de rapporter leurs défis ainsi que leurs motivations pour continuer leur travail. Les cinq centres de santé des réfugiés de la région, contactés par téléphone, transmettent les contacts des potentiels participants, après une approbation éthique. L'échantillonnage s'effectue de manière intentionnelle, accidentelle et en boule de neige ; c'est-à-dire non-probabiliste. Les critères d'inclusion sont le fait d'être une infirmière enregistrée, de travailler pour le service de santé des réfugiés et d'être volontaire pour l'étude. Les participants sont informés des détails de l'étude et fournissent un consentement écrit. L'échantillon se constitue de six femmes infirmières avec entre un et huit ans d'expérience dans un service de santé des réfugiés. La collecte de données se fait par téléphone et les interviews sont enregistrées puis retranscrites verbatim. Un questionnaire semi-structuré d'une page portant sur l'expérience des infirmières dans leurs soins aux réfugiés est utilisé pour chaque participante. Des questions supplémentaires permettent de compléter les informations. Les interviews sont importées dans le logiciel Nvivo afin de coder les textes et de faire ressortir les thèmes principaux, que sont : prendre soin de clients avec des besoins «challenging»¹², les défis et la passion dans le cadre de la prise en soins des réfugiés.

Principaux résultats : Les participantes identifient un stress dû à l'image négative véhiculée par les médias et au fait d'être quotidiennement confrontées à des histoires traumatisantes. Elles font également part du défi qu'est la collaboration avec les services humanitaires. Parallèlement, elles se sentent heureuses et se voient comme amenant du positif

¹² «challenging», terme anglais difficilement traduisible et laissé en langue originale. Pourrait être interprété comme donnant des défis.

dans la vie des réfugiés. L'observation suivante est jugée intéressante par les auteurs: les infirmières participant à l'étude n'ont pas envisagé les problématiques relatives à la culture comme étant un défi. Ogunsiji et al. imaginent que l'ouverture d'esprit des participantes les a aidé à naviguer dans ce milieu culturel.

7.1.2 Validité méthodologique

Les chercheurs ont fait le choix d'un design qualitatif descriptif afin d'obtenir des informations détaillées sur le sujet. Les trois méthodes d'échantillonnage utilisées sont non probabilistes. Il est donc plus difficile de généraliser les résultats car la représentativité est faible, et l'erreur d'échantillonnage ne peut être évaluée (Fortin, 2010, p.235).

Le nombre restreint de participantes permet difficilement de généraliser les résultats de l'étude. Il n'est jamais fait mention de saturation des données. Les auteurs spécifient qu'il ne s'agit que d'un instantané; et qu'un sondage plus en profondeur de l'impact du travail des infirmières s'occupant de réfugiés sur leur bien-être serait utile.

Les interviews ont été menées par téléphone. Il est intéressant de se questionner sur la perte d'informations non-verbales (comportements et mimiques), qui ne peuvent être évaluées par cette méthode d'interview. Lors de la collecte de données, les interviews menées par l'auteur principal uniquement, ont été enregistrées et retranscrites verbatim. D'une part, les autres auteurs ont également accès à toutes les données. D'autre part cela évite la perte d'informations pertinentes.

7.1.3 Pertinence clinique

La description des résultats de cette étude est relativement détaillée : les résultats consistent en sept pages mêlant verbatim et analyses pour chacun des trois thèmes issus des données.

L'étude montre que les infirmières en santé des réfugiés en Australie font face aux problèmes de santé «challenging» de cette population ; constat également rapporté par d'autres auteurs dans la littérature.

Ogunsiji et al. s'interrogent sur le fait que les soins culturels ne figurent pas parmi les pré-occupations des infirmières interrogées. Sujet clé pour de nombreux auteurs, il n'est pas relevé chez les participantes. Les auteurs pensent que la richesse de leurs expériences professionnelles dans d'autres domaines ainsi que leur ouverture d'esprit peut justifier cette différence.

La problématique des traumatismes vicariants dus à l'exposition des infirmières à des récits traumatiques se retrouve également dans l'étude de Mishori et al. en 2014.

Quant à l'aspect du rôle multifacette des infirmières mis en lumière par cette étude, les auteurs estiment que cette expérience n'a pas reçu une attention adéquate dans la littérature internationale.

7.2 Etude n°02

Sevinç, S. (2017). Nurses' Experiences in a Turkish Internal Medicine Clinic With Syrian Refugees. *Journal of Transcultural Nursing*, 00 (0), 1-6. doi : 10.1177/1043659617711502

7.2.1 Description de l'étude n°02

Cette étude est qualitative, descriptive et utilise une approche d'analyse inductive. Elle est menée et rédigée par Sibel Sevinç, chercheur en soins infirmiers. Il s'agit donc d'une étude disciplinaire. Elle se déroule à la Clinique de médecine interne de Kilis en Turquie.

L'objectif de cet article est de décrire l'expérience des infirmières qui dispensent des soins aux réfugiés syriens dans les cliniques de médecine interne en Turquie. Le recrutement de l'échantillon est fait de manière intentionnelle, 83% des infirmières de la clinique sont incluses dans l'étude et y participent. Les critères d'inclusions sont : le fait d'être employé de la clinique depuis au moins six mois, d'être volontaire pour participer à l'étude et d'avoir déjà pris soins de réfugiés syriens. L'échantillon se compose de dix infirmières impliquées dans les soins aux réfugiés. La collecte de données s'est faite grâce à l'utilisation d'un questionnaire démographique et d'interviews semi-structurées. Les interviews se sont déroulées sur une période de quinze jours, de manière individuelle et dans une pièce isolée de la clinique. Leur durée varie entre 45 et 60 minutes. Elles ont été enregistrées et conduites par un chercheur. Le questionnaire descriptif se constitue de treize questions portant sur des informations sociodémographiques ; il est proposé en interview face à face. Les interviews semi-structurées sont préparées en ligne à l'aide de la littérature. Elles consistent en dix questions sur les expériences premières et actuelles des infirmières. Les statistiques descriptives ont été utilisées pour analyser les données démographiques. Les données qualitatives ont été évaluées par analyse inductive, en six phases : Tout d'abord les interviews ont été retranscrites, puis lues plusieurs fois. Les sections significatives ont été sélectionnées pour générer des codes et évaluer la crédibilité des résultats, puis il y a eu une recherche et une détermination des thèmes prioritaires et secondaires. Finalement un rapport a été produit et traduit en anglais.

Principaux résultats : Les infirmières trouvent que la communication avec les réfugiés et leurs familles est difficile. Toutefois, elles expriment et affichent de la compassion pour les

réfugiés syriens lors du processus de soins. Elles expriment également de la haine, de la pitié et de la tristesse, liée à un sentiment d'impuissance.

7.2.2 Validité méthodologique

Tout d'abord, il convient de noter que les dix questions élaborées pour l'interview semi-structurée ont été préparées à l'aide de la littérature. Ces questions ouvertes sont mentionnées dans l'étude. Le questionnaire n'a pas été prétesté.

Pour ce qui est de la crédibilité, il n'y a pas eu de triangulation de données ou des chercheurs. Cette étude n'est le fruit du travail que d'un scientifique. Cependant, afin d'augmenter la validité, les participants ont pu lire les données et l'analyse, et fournir un feedback sur l'interprétation par le chercheur de leurs réponses. Les thèmes ont alors été revus par Sibel Sevinç. Cette étape de débriefing, ou autrement dit de vérification par les participants «est considérée par Lincoln et Guba (1985) comme la technique la plus importante pour établir la crédibilité» (Fortin, 2010, p.285).

En outre, bien que l'échantillon soit formé de dix participants, l'auteur signale que la saturation des données a été atteinte après huit interviews.

7.2.3 Pertinence clinique

En ce qui concerne les problèmes de communication et la barrière linguistique, l'auteur signale que son étude présente des résultats similaires à ceux de Sagar en 2012 sur ce constat : La langue est un facteur fondamental dans l'accès aux soins.

La problématique des genres (le fait par exemple de n'accepter d'être touché lors des soins que par des personnes du même genre) mise en lien avec la culture et la religion a été traitée par de nombreux auteurs. Les participants à cette étude font aussi l'expérience de cette difficulté lors des prises en soins.

L'ambivalence entre le développement de sentiments négatifs envers les réfugiés, du à divers problèmes, et l'empathie est également un thème qui a été relevé et traité en 2010 par Zhou et al.

Le contexte socio-politique étant différent du nôtre de par la présence massive de réfugiés dans cette ville, il est difficile de faire un parallèle avec la situation valaisanne. Cependant les résultats de l'étude montrent à quel point il est essentiel d'aborder les compétences culturelles dans les soins infirmiers dans le but d'améliorer les performances et la productivité des soins. L'auteur pense que l'instruction de ces compétences peut être incluse dans les programmes d'entraînement en soins infirmiers.

7.3 Etude n°03

Sandblom, M & Mangrio, E. (2017). The experience of nurses working within a voluntary network : a qualitative study of health care for undocumented migrants. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31 (2), 285-290. doi :10.1111/scs.12343

7.3.1 Description de l'étude n°03

Il s'agit d'une étude disciplinaire et qualitative ; menée à Gothenburg en Suède.

Son objectif est d'examiner les opinions et les expériences des infirmières prodiguant des soins à des migrants sans-papiers dans un réseau volontaire.

La méthode d'échantillonnage est non probabiliste. L'échantillonnage s'est déroulé de la manière suivante : Envoi d'un e-mail à toutes les infirmières actives dans le réseau volontaire avec description de l'étude et proposition d'y participer ; envoi d'un e-mail de rappel une semaine avant les interviews. Cette méthode a permis d'obtenir quatre participants. Afin d'en augmenter le nombre, le gardien fournit les noms et contacts d'infirmières qu'il pense pouvoir être intéressées. Après les avoir contactées par téléphone, trois personnes ont encore été incluses. L'échantillon est formé de sept infirmières (deux hommes, cinq femmes) âgées de 28 à 34 ans et ayant entre 1.5 et six ans d'expérience professionnelle comme infirmière. Ces mêmes sont actives dans un réseau volontaire depuis un à six ans. La collecte de données a été menée par l'auteure principale et une infirmière, participant aux interviews à tour de rôle comme interviewer actif et auditeur passif. Les données ont été enregistrées et transcrites continuellement pendant l'interview. Le choix du lieu incombaît aux participants. Ils ont reçu des informations écrites et orales, et ont signé un consentement. Les interviews ont duré entre seize et 45 minutes. Il s'agissait d'interviews semi-structurées avec dix questions ouvertes préparées pour couvrir les sujets essentiels. Des questions additionnelles et des clarifications ont été demandées au besoin.

L'analyse a été faite de manière inductive. Après lecture des transcriptions, la 1^{ère} auteure a fait apparaître des catégories, affinées et réduites en collaboration avec la 2^{ème} auteure. Elles déterminent sept sous-catégories, fusionnées en trois catégories principales avec une couleur assignée. Une relecture en code couleur a été faite pour améliorer la fiabilité et assurer que les catégories étaient correctement interprétées.

Principaux résultats : Les résultats mettent en évidence le sens de la responsabilité de ces infirmières, un sentiment de devoir humain de s'engager ainsi que le développement d'un sentiment d'impuissance face aux situations des migrants.

7.3.2 Validité méthodologique

Dans toute étude qualitative, pour évaluer la validité méthodologique, il convient de s'interroger sur la crédibilité. Cette notion exprime «dans quelle mesure les interprétations élaborées par le chercheur sont... révélatrices de l'expérience vécue. La réalité doit être fidèlement représentée et l'interprétation qui est donnée doit paraître plausible aux participants.» (Fortin, 2010, p.284).

Les auteures proposent un certain nombre de considérations méthodologiques. Tout d'abord, elles expliquent que l'homogénéité du groupe (cinq femmes et deux hommes entre 28 et 34 ans) a été estimée comme étant le reflet des infirmières travaillant dans le réseau volontaire. Cela a été jugé satisfaisant. Cependant en ayant eu recours au service du gardien lors de la sélection des participants, Sandblom et Mangrio estiment avoir, à juste titre, pu introduire un biais de sélection.

Ensuite, lors de la condensation des données, les deux chercheuses ont participé à l'analyse afin d'augmenter la crédibilité. Puis, pour donner aux lecteurs la possibilité de suivre la catégorisation, elles ont alterné thèmes, catégories et citations. Enfin, elles estiment que les données de cette étude ont été clairement influencées par les entretiens semi-structurés et les différentes questions de suivi.

7.3.3 Pertinence clinique

Les résultats concernant le fait que les infirmières ont développé une approche éthique forte et un grand sens de la responsabilité envers leurs patients sont confirmés par Rassim en 2008. Sur le même sujet, leurs résultats sont corrélés avec ceux de Tiedje et Plevak en 2014 à propos du «devoir en temps qu'humain» d'agir pour les migrants sans-papiers.

Pour ce qui est du sentiment d'impuissance, l'étude renforce les résultats d'autres études (menées par The social board of Sweden et Doctors du monde) sur le fait que prendre soin de migrants sans-papiers accroît le stress chez les professionnels de la santé.

En ce qui concerne la transférabilité, «le chercheur doit démontrer que les résultats valent également pour d'autres situations» (Fortin, 2010, p.285). Sandblom et Mangrio considèrent que c'est une décision individuelle du lecteur ; bien qu'elles estiment que la récurrence de nombreux résultats suggère qu'ils peuvent être transférés à des situations comparables.

Pour mettre correctement les résultats en perspective, et ce pour toutes les études, il serait nécessaire d'avoir une bonne connaissance du pays d'origine de l'étude (politique de santé, place de l'infirmière dans le milieu de la santé, données socio-économiques, proportion de patients issus de la migration forcée...). Il est donc difficile de comparer ces études au contexte suisse ou valaisan.

7.4 Etude n°04

Dotevall, C., Winberg, E.& Rosengren, K. (2017). Nursing students' experiences with refugees with mental health problems in Jordan : A qualitative content analysis. *Nurse Education Today* (61), 155-161. doi : 10.1016/j.nedt

7.4.1 Description de l'étude n°04

Disciplinaire, de type qualitatif et descriptif, cette étude a pour objectif de décrire l'expérience des étudiants jordaniens en soins infirmiers en matière de soins aux réfugiés souffrant de problèmes de santé mentale.

Les auteures ont utilisé un échantillonnage accidentel : Un coordinateur de la «School of Nursing» de l'Université de Jordanie a envoyé une demande de rencontre. Les étudiants intéressés ont ensuite contacté les auteurs. Neuf étudiants ont alors été inclus. Après les interviews, un de ceux-ci a été exclu pour manque d'expérience. L'échantillon se compose alors de huit étudiants en soins infirmiers (deux hommes et six femmes), de niveau Bachelor, ayant entre 20 et 24 ans.

La collecte de données a été faite en octobre 2016. Les participants ont été informés du but, des procédures et de la confidentialité. Les interviews, d'une durée de dix à 30 minutes, portaient sur des questions contextuelles, puis sur cinq perspectives : Les problèmes de soins pour la santé mentale, les compétences infirmières à l'égard de réfugiés, les activités de soutien, l'utilisation de stratégies infirmières et les aspects en lien avec les réfugiés avec problèmes de santé mentale. Les interviews, enregistrées et transcrites verbatim, ont été réalisées par deux auteures.

L'analyse comporte cinq étapes : La 1^{ère} consiste en des lectures et relectures des interviews. La 2^{ème} est une sélection d'unités (phrases et paragraphes), par approche inductive, concernant les soins et les besoins en soins de santé mentale. La 3^{ème} est la condensation de chaque unité en une description et son identification par un code. La 4^{ème} étape est l'identification de sous-catégories. Et la 5^{ème} est l'identification d'une catégorie et de trois sous-catégories.

Principaux résultats : Les étudiantes infirmières témoignent d'un manque de formation clinique concernant les problèmes de santé mentale chez les réfugiés. Elles expriment la difficulté de prendre en soins la santé mentale de ces patients de par la difficulté de leur situation psychique. En ressort finalement la nécessité de développer l'éducation sur la santé mentale tant pour les étudiants que pour les patients afin d'améliorer les soins.

7.4.2 Validité méthodologique

Parmi les critères d'inclusion figure le fait d'être capable de parler et comprendre l'arabe et l'anglais. La bonne maîtrise de l'anglais pourrait indiquer un niveau scolaire plus avancé et donc biaiser la représentativité de l'échantillon. Dotevall et al. pensent que la différence de compétences des participants en anglais pourrait aussi être une limite.

Il est également possible de s'interroger sur la durée relativement courte des interviews d'une dizaine à une trentaine de minutes. Serait-il possible qu'il manque des informations ? Il n'a d'ailleurs jamais été question de saturation des données.

Les auteures font elles-mêmes part d'une limite, liée à la généralisation des résultats, due au petit échantillon. Par là même, le nombre restreint d'interviews limite la validité de l'étude.

7.4.3 Pertinence clinique

Le besoin d'augmenter les connaissances et les compétences en lien avec la santé mentale des étudiants est confirmé par de nombreux auteurs. Les compétences de communication sont aussi nécessaires que les compétences culturelles, traitées par Leininger, pour augmenter la qualité des soins avec les réfugiés. Des solutions au manque de connaissances en santé mentale exprimé par ces étudiants de dernière année sont données dans la littérature : le soutien de professeur, des cours plus approfondis ou l'utilisation d'une approche salutogène seraient en mesure de faire baisser l'anxiété vécue et verbalisée par les étudiants.

Dotevall et al. estiment qu'au vu des différences de structure sociale, d'éducation et de système de soins entre la Suède et la Jordanie, il est difficile de parler de transférabilité. Cela vaut également pour le contexte suisse, probablement plus proche au niveau social, sanitaire et culturel de celui de la Suède que de celui de la Jordanie.

Les auteures font part d'un besoin d'études plus poussées sur le sujet afin de développer des connaissances sur les expériences des infirmières, réfugiés et de leurs proches. Selon elles, une étude quantitative incluant un plus grand nombre de connaissances des participants pourrait contribuer à augmenter la qualité de soins en santé mentale des réfugiés dans le monde entier.

7.5 Etude n°05

Willey, S. , Cant, R., Williams, A. & McIntyre, M. (2018). Maternal and child health nurses work with refugee families : Perspectives from regional Victoria, Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 1-10. doi : 10.1111/jocn.14277

7.5.1 Description de l'étude n°05

Cette cinquième étude a été menée dans la région du Victoria en Australie. Il s'agit d'une étude disciplinaire qualitative descriptive. Les objectifs sont d'explorer la prestation de services aux familles de réfugiés de la région de Victoria du point de vue des infirmières des services de santé mère-enfant, et de déterminer s'il existe des besoins de perfectionnement professionnel continu de ces infirmières travaillant avec des familles de réfugiés.

L'échantillonnage intentionnel est non probabiliste. Les six membres du service de santé mère-enfant (MCH), ont été contactés par téléphone et par e-mail pour identifier des infirmières du MCH de six municipalités de la région de Victoria afin de participer à un groupe de discussion en mai-juin 2014. L'échantillon se compose de 26 femmes du MCH, âgées de 32 à 61 ans et ayant une expérience d'infirmière dans le domaine de un à 30 ans.

La collecte a été faite par focus group de 90 minutes dans chaque municipalité. Les discussions ont été enregistrées. Les questions portaient sur leur expérience de la prestation des services, leur formation, leurs compétences, les soutiens de santé offerts aux familles et les suggestions d'amélioration des services du MCH. Les participantes ont rempli un petit questionnaire contextuel. Des questions additionnelles ont été posées à propos des opportunités de développement professionnel, du nombre de familles de réfugiés aidées par mois et des services de référence. Chaque infirmière a signé un consentement éclairé écrit pour participer au focus group. Une approbation éthique de la Monash University a été obtenue. Les données issues des questionnaires ont été rassemblées et résumées. L'analyse a été faite par approche inductive. Les enregistrements des focus group ont été transcrits. Un chercheur indépendant de la collecte a conduit l'analyse via le logiciel NVivo. Des codes nominaux ont été attribués aux transcriptions. Les données ont ensuite été organisées en patterns, pour faire émerger des catégories. Les quatre chercheurs ont finalement effectué la synthèse des données, avec identification de quatre thèmes.

Principaux résultats : Les infirmières trouvent que leur capacité à planifier des soins de manière appropriée est limitée si elles ne questionnent pas le passé d'une personne pour identifier son statut de réfugié ou de requérant. Elles estiment également qu'une formation est nécessaire pour travailler efficacement avec les familles de réfugiés.

7.5.2 Validité méthodologique

Les auteurs considèrent que l'expérience directe des participantes dans le travail avec les familles de réfugiés est un point fort. L'échantillonnage, effectué dans divers centres, permet d'avoir un échantillon plus conséquent que dans d'autres études qualitatives. En outre, les résultats dépendent moins du contexte et témoignent d'une réalité plus globale.

Il existe un biais de sélection du fait que les six coordinateurs aient eu un rôle à jouer dans l'identification de participants potentiels.

La récolte de données par focus group peut amener des éléments intéressants issus des interactions entre les participants. Cependant les infirmières ont pu être influencées par les dires de leurs collègues lors de la discussion.

Afin d'augmenter la crédibilité, Willey et al. ont eu recours à la triangulation des chercheurs lors de l'analyse des données. Ils regrettent cependant que l'analyse ait été faite indépendamment des infirmières participantes. Il n'y a donc pas eu de débriefing.

Les chercheurs suggèrent que d'autres recherches soient menées, incluant la consultation de la communauté, afin d'avoir des points de vue différents concernant la prestation des services, et de permettre une meilleure compréhension de la situation.

7.5.3 Pertinence clinique

Les résultats de cette étude s'alignent sur ceux d'une étude menée en 2012 à Melbourne en Australie concernant la complexité des soins aux familles de réfugiés. Toutes deux font état de la nécessité d'un perfectionnement professionnel continu et ciblé pour répondre aux besoins multiples des familles.

Les infirmières ont identifié la nécessité de questionner les patients sur leur éventuel passé de réfugié afin de planifier les soins de manière appropriée. Yelland et al. en 2014 rajoutent que cela permet de construire une relation de confiance et réduit le risque que des problèmes de santé importants soient inexplorés.

Pour ce qui est de la transférabilité, les auteurs estiment que les données recueillies, principalement subjectives, ne fournissent que les points de vue des infirmières du MCH de la région de Victoria. Il est nécessaire de mettre le contexte de soins et la situation socio-sanitaire en perspective.

7.6 Etude n°06

Burchill, J. & Pevalin, D. (2012). Barriers to effective practice for health visitors working with asylum seekers and refugees. *Community Practitioner*, 85 (7), 20-23. Accès <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=e2e390ec-856f-4324-89f7-d30661447964%40sessionmqr4006>

7.6.1 Description de l'étude n°06

Cette recherche qualitative est non disciplinaire. Le site d'étude est l'arrondissement de Londres en Grande-Bretagne.

Le but de cette étude est de déterminer les obstacles à une pratique efficace, rencontrés par les «health visitors»¹³ lorsqu'ils travaillent avec des réfugiés et des requérants d'asile. La question de recherche et les hypothèses ne sont pas mentionnées. L'échantillon se compose de quatorze infirmières travaillant dans la région de Londres. Il n'y a pas d'autres indications à leur sujet. L'approche de participants potentiels s'est d'abord faite à travers une présentation lors de leur rencontre professionnelle principale. Les chercheurs ont demandé si les participants pouvaient être individuellement contactés pour répondre à l'étude. L'échantillonnage est de type intentionnel. Les critères d'inclusion à l'étude étaient : la participation à la présentation initiale ; le fait d'être une infirmière générale autorisée avec qualification post-grade en santé publique dans les visites de santé ; et avoir travaillé dans la région depuis minimum deux ans. Les critères d'exclusion n'étaient pas mentionnés.

Les données ont été récoltées lors d'entretiens approfondis conduits dans les différents centres de santé dans la région où les participants travaillaient.

Les interviews ont été enregistrées et transcrites verbatim. L'analyse a été facilitée en utilisant la méthode Framework (Ritchie and Spencer, 1994), méthode analytique utilisant une approche comparative constante. Les codes ont été continuellement évalués et interprétés. Une fois les thèmes identifiés, ils ont été comparés aux données et discutés entre l'auteur et des chercheurs externes. Des citations ont finalement été choisies pour illustrer les résultats.

Principaux résultats : Les interviews ont fait émerger la présence d'obstacles à la pratique efficace des «health visitors». Les sous-thèmes retenus par les chercheurs sont l'engagement inefficace et l'épuisement des ressources. Le premier fait notamment référence à la frustration en lien avec le sentiment d'être le seul service qui essaie d'aider ces gens à contrario d'autres services. Tandis que le second fait état d'un temps limité à disposition

¹³ «Health visitor», expression anglaise difficilement traduisible et laissée en langue originale. Pourrait être traduite par «visiteur de santé».

des clients, du coût des interprètes ou d'un sentiment de manque de connaissances pour faire face à ces problèmes.

7.6.2 Validité méthodologique

Dans cet article, aucune autocritique n'a été formulée vis-à-vis de la méthodologie utilisée et de la transférabilité des résultats.

Le choix d'un design qualitatif paraît judicieux au vu de la question de recherche présupposée, qui est de savoir quelles sont les barrières à une pratique efficace des infirmières travaillant avec des requérants d'asile et des réfugiés.

Pour les entretiens approfondis, un guide thématique avec un certain nombre d'énoncés généraux a été élaboré en se basant sur les concepts issus d'une revue de la littérature préalable. Il n'a cependant pas été prétesté.

Pour l'analyse, les chercheurs ont choisi la «Framework method», une méthode d'analyse qualitative des données qui, selon le site d'N-Vivo, accouche «d'une matrice robuste et flexible qui permet au chercheur d'analyser les données à la fois par cas et par thème» (N-Vivo, s.d. traduction libre).

Lors de l'analyse, les chercheurs ont triangulé : Le fait que les thèmes identifiés aient été comparés aux données et discutés entre l'auteur et des chercheurs externes apporte de la crédibilité à l'étude.

7.6.3 Pertinence clinique

Dans la discussion, plutôt que de comparer leurs résultats avec d'autres études, les auteurs amènent des éléments nouveaux, tirés d'autres articles ou documents. Par exemple lorsqu'ils évoquent la frustration des infirmières, provoquée par le fait d'être confrontées à des difficultés d'accès aux services adéquats. En effet, ils présentent dans la discussion d'autres sources de frustration des infirmières, telles que la multitude de problèmes des patients ou le fait qu'ils ne parlent pas anglais.

7.7 Etude n°07

Nkulu Kalengayi, F., Hurtig, A-K., Nordstrand, A., Ahlm, C. & Ahlberg, B. (2015). 'It is a dilemma' : perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants. *Global Health Action*, 8, 1-11. doi : 10.3402/gha.v8.27903

7.7.1 Description de l'étude n°07

Il s'agit d'une étude qualitative, non-disciplinaire, se déroulant en Suède. L'objectif recherché est d'explorer l'expérience des soignants en matière de dépistage des migrants nouvellement arrivés afin de générer des connaissances susceptibles d'éclairer les politiques et la pratique clinique.

L'échantillon a été sélectionné de manière intentionnelle. Les participants ont été recrutés par le 1^{er} auteur dans des centres de soins de santé primaires sélectionnés dans quatre comtés du nord de la Suède par le biais d'un réseau professionnel. Les infirmières qui dépistent couramment les migrants ont ensuite été contactées, informées de l'étude et questionnées sur leur volonté ou non d'y participer. L'échantillon se compose de quinze femmes, infirmières, âgées de 27 à 64 ans.

La collecte de données a été effectuée par le 1^{er} auteur en 2011, grâce à des interviews de 60 à 90 minutes, enregistrées puis transcrites verbatim. Certaines données démographiques ont également été collectées. Médecin et chercheur au passé migratoire, le 1^{er} auteur a rédigé des notes supplémentaires sur le terrain.

Le Comité d'éthique régional de l'Université d'Umea a donné son approbation éthique au projet. Des consentements éclairés ont été obtenus avant chaque entretien. Tout ce qui permettait d'identifier une personne ou un établissement a été supprimé.

Les chercheurs ont effectué une analyse comparative et thématique des données. Après lecture des transcriptions, le 1^{er} auteur et le dernier auteur, ayant tous deux un passé migratoire, ont enregistré individuellement leurs observations. Tous les membres de l'équipe de recherche ont participé aux discussions. Les codes ont été affinés afin de créer des catégories. Un résumé des résultats préliminaires a été présenté et discuté avec plusieurs infirmiers de dépistage.

Principaux résultats : L'analyse a permis l'émergence des trois thèmes suivants : les points de vue divergents au sujet du dépistage, les incohérences dans les règles et les pratiques, et les politiques contradictoires. Les résultats les plus pertinents en lien avec cette revue de la littérature sont le fait que plusieurs paramètres tels que la contrainte tem-

porelle ou le manque de personnel provoquent de la frustration et du stress chez les infirmières. De plus, plusieurs questionnements et dilemmes éthiques vis-à-vis de la politique migratoire posent problème aux soignantes.

7.7.2 Validité méthodologique

Les auteurs ont tout d'abord recruté des participants jusqu'à ce qu'ils n'obtiennent pas de nouvelles informations. Ils ont donc atteint la saturation des données. Ils estiment que cette étude permet une description riche et détaillée du processus de dépistage du point de vue de ceux qui l'utilisent.

Afin d'assurer la crédibilité, ils ont non seulement triangulé les sources (en recrutant des participants sur quatre sites), mais également triangulé les chercheurs, en faisant analyser les données individuellement par deux des auteurs. Les discussions au sein de l'équipe de recherche ont permis d'améliorer le guide et le style d'entrevue pendant l'étude, ainsi que l'interprétation des données pendant le processus d'analyse.

De plus, un débriefing a été assuré lors de la présentation et des discussions d'un résumé des résultats préliminaires avec des infirmiers de dépistage de différents établissements. Cette vérification par les personnes concernées augmente la crédibilité (Fortin, 2010, p.284).

Les chercheurs ont émis une autocritique sur le fait que les participantes n'aient été interviewées que par un seul investigateur. Les notes prises par ce dernier, bien que migrant lui aussi, reflètent-elles l'exactitude de la réalité ?



7.7.3 Pertinence clinique

Les auteurs de cet article se basent sur un grand nombre de sources pour rédiger leur discussion. La plupart de leurs résultats sont mis en perspectives avec d'autres études.

Cet article met en lumière des conflits avec les migrants causés entre autres par les différences socio-culturelles amenant à des attentes et à des points de vue différents. Les différences culturelles, sources d'incompréhensions, sont mentionnées à plusieurs reprises dans la littérature. Les chercheurs ont observé que contrairement à la croyance largement répandue selon laquelle la question des problèmes de communication est facilement résolue par un droit légal à des interprètes, les problèmes de communication persistent. Ils les attribuent aux différences socioculturelles, au manque de disponibilité des services d'interprétation et aux lacunes dans les connaissances des interprètes.

Comme confirmé par une autre étude, cette recherche suggère que l'absence de personnel formé dans le domaine du dépistage aux migrants, fait obstacle aux questionnements sur les sujets délicats.

Les questions éthiques ont également été discutées et comparées avec d'autres résultats, comme le montre l'exemple suivant. Le dépistage, focalisé sur les maladies infectieuses, ne reflète pas les besoins actuels des migrants. Une étude exploratoire menée en Europe amène un résultat similaire.

Comme cette étude focalise son attention sur le dépistage et que la plupart des constats sont propres à ce contexte très précis, il convient de s'interroger sur la transférabilité de ceux-ci dans d'autres environnements.

7.8 Utilité pour la pratique

Ce chapitre traite de l'utilité pour la pratique des résultats des études analysées dans cette revue de la littérature. Il se base essentiellement sur les recommandations pour la pratique et la formation, issues des sept articles.

Il est un point concernant les recommandations, qui revient dans les sept études analysées: le besoin de compétences du personnel soignant dans le but de dispenser des soins de meilleure qualité.

Dans l'étude n°04¹⁴, la recommandation émergeant de l'article est libellée ainsi : «Les aptitudes à la communication et les compétences culturelles (théorie et pratique) des étudiants en soins infirmiers facilitent la qualité des soins de santé» (Dotevall, Winberg, & Rosengren, 2017, traduction libre, p.160). Les participantes signalaient un manque de connaissance lors de la pratique. Cela sous-entend donc qu'avec de meilleures bases théoriques et pratiques les infirmières seraient plus aptes à gérer les situations de soins transculturelles. Le constat est le même pour Sandblom et Mangrio, qui terminent leur article en disant que «les établissements qui forment les infirmières ont la possibilité et la responsabilité de préparer les futures infirmières à mieux naviguer dans le monde de plus en plus globalisé d'aujourd'hui» (2017, traduction libre, p.291). Conclusion qui s'inscrit dans la même ligne que l'une des recommandations de l'étude n°01.

Cette dernière étude a également mis en lumière l'importance d'acquérir des compétences organisationnelles et de priorisation des tâches (Ogunsiji, Ng Chok, Mashingaidze, & Wilkes, 2017, p.8).

Nkulu Kalengayi, Hurtig, Nordstrand, Ahlm, et Ahlberg (2015, traduction libre, p.9) considèrent cette fois qu'«il est nécessaire d'améliorer les compétences du personnel impliqué, par

¹⁴ Se référer au tableau récapitulatif des études sélectionnées, au chapitre «Méthode» p.20

le biais de la formation continue». Ce besoin de perfectionnement professionnel continu en lien avec le monde des réfugiés est également partagé par les chercheurs de l'étude n°05. Lesquels estiment également que les infirmières ont aussi besoin de temps, de flexibilité, de créativité et d'un accès à des services qui améliorent la communication tels que des services d'interprétariat (Willey, Cant, Williams, & McIntyre, 2018). Ces recommandations sont intéressantes car elles peuvent s'appliquer à divers contextes. Willey et al. expliquent que «les résultats sont consensuels dans différentes régions et que des problématiques semblables sont susceptibles de s'appliquer à la pratique infirmière et sage-femme à l'échelle nationale et internationale ; peu importe le lieu de résidence du réfugié» (2018, traduction libre, p.8).

D'autres résultats peuvent être considérés comme utiles pour la pratique. L'étude n°01, par exemple, rend attentif au fait que l'image négative des réfugiés et du rôle infirmier, véhiculée par les médias et la communauté, engendre du stress chez les infirmières. Elle met également le doigt sur le risque de surmenage et d'épuisement professionnel lié aux traumatismes vicariants. Les auteurs pensent donc qu'il est nécessaire de mettre en place des ressources pour le personnel soignant, telles que le recours à des stratégies d'auto-soins, à des psychologues, à des sessions de débriefing et caetera... (Ogunsiji et al., 2017, p.9). Ces dernières considérations sont intéressantes à prendre en compte pour la santé des soignantes elles-mêmes.

Burchill et Pevalin (2012) proposent que «les professionnels de santé trouvent des moyens innovants pour réduire les obstacles vécus par les réfugiés et les requérants d'asile» (traduction libre, p.23). Ils ne donnent cependant pas de pistes concrètes.

Ils estiment également que l'investissement financier dans les différents services doit être pris en compte, pour qu'il soit le plus approprié pour les populations vulnérables (Burchill & Pevalin, 2012, p.23).

Pour terminer, les auteurs de l'étude n°07 considèrent qu'il est nécessaire d'améliorer la structure et la coordination du programme de dépistage ainsi que les connaissances sanitaires des migrants (Nkulu Kalengayi et al., 2015, p.9-10). Proposition qui pour la 1^{ère} n'est utile que dans les régions où le dépistage systématique fait partie du processus de soins des migrants.

7.9 Synthèse des principaux résultats

Les résultats de cette analyse vont être présentés sous formes de trois grands thèmes que sont les sentiments des infirmières, les obstacles à une prise en soins de qualité et la dimension éthique.

Sentiments : Les sentiments et les émotions ressentis par les infirmières lors de l'accompagnement des patients issus de la migration forcée sont très variés. Dans l'étude n°01, on trouve la notion de passion dans la prise en soins des réfugiés. Emotion partagée par les participantes de l'étude n°03 qui expriment de la gratitude et de la satisfaction quant à leur engagement. Les infirmières de l'étude n°02 parlent quant à elles plutôt de compassion ou d'empathie vis-à-vis de cette population vulnérable.

Le sentiment d'impuissance est exprimé par des soignantes dans l'étude n°03. Elles se disent affectées personnellement par les situations des migrants. Les auteurs de l'étude n°01 évoquent le risque de traumatismes vicariants chez les infirmières à cause de l'exposition continue à des histoires traumatisantes. Les étudiantes de l'étude n°04 ont mentionné la peur face aux problèmes de santé mentale de leurs patients. Finalement, les notions de stress et de frustration sont apparues à plusieurs reprises dans les études n°06 et 07.

Barrières et obstacles à des soins de qualité: Dans les recherches, les infirmières interrogées estiment qu'il existe de nombreux obstacles à une prise en soins optimale des patients issus de la migration forcée. Il y a entre autres : les problèmes d'organisation, le manque de personnel, le manque de temps, les problèmes de coordination avec d'autres organismes d'aide, le manque de financement, le problème des distances géographiques, le coût élevé du recours aux interprètes, les incohérences politiques, la multiplicité des besoins en santé de cette population vulnérable et la liste est encore longue.

Au-delà des obstacles plutôt liés à une inadéquation structurelle, il y a surtout les problèmes de communication et les problèmes liés au manque de connaissances des infirmières en ce qui concerne les soins à cette population ; tous deux sont relevés par toutes les études. Plusieurs articles évoquent des défis. Serait-ce une manière connotée positivement pour parler également d'obstacles ?

Ethique : Les infirmières de l'étude n°03 expliquent que s'engager est un devoir humain. Elles font cependant face au problème éthique de ne pas pouvoir en faire plus. Même constat dans l'étude n°07 où les infirmières se retrouvent confrontées à une loi qui n'autorise aux nouveaux arrivants que les soins ne pouvant être reportés. Prise en soins selon elles paradoxales car elles ne peuvent pas, selon la loi, répondre aux réels besoins des patients.

8 Discussion

Ce chapitre présente la discussion des résultats, la discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences et les limites et critiques de cette revue de la littérature.

8.1 Discussion des résultats

La discussion de ce travail de Bachelor compare les résultats obtenus à d'autres études afin de les mettre en perspective dans un contexte plus vaste. Elle est divisée selon 3 axes : les sentiments, les obstacles et l'importance de développer des compétences transculturelles.

Sentiments

Les résultats des études analysées ont montré que les infirmières font face à de nombreux états d'âme lors des prises en soins de patients issus de la migration forcée. Ogunsi et al. (2017) soulignent qu'une passion ainsi qu'un sentiment de satisfaction quant à leur travail animent les infirmières qui prennent en soins des réfugiés (p.7). Dans une étude réalisée en Australie interrogeant non seulement des infirmières, mais également des médecins et du personnel administratif, il est ressorti que «malgré les difficultés rencontrées dans la prestation de soins de santé aux réfugiés, il existe un enthousiasme et un engagement à l'égard de ce travail parmi les prestataires de soins» (Farley, Askew & Kay, 2014, traduction libre, p. 86).

La frustration est quant à elle l'un des sentiments négatifs évoqué le plus souvent dans les études analysées. Puvimanasinghe, Denson, Augoustinos et Somasundaram (2015) ont étudié la résilience vicariante et le traumatisme vicariant chez les personnes qui travaillent avec des requérants d'asile et des réfugiés. Il ressort de leur étude que les participants font souvent face à de la frustration, confrontés au désespoir de leurs patients (p.756).

Obstacles

Le manque de temps : Relevé dans l'étude de Burchill et Pevalin (2012), l'un des principaux obstacles à une pratique efficace des soins est le manque de temps à disposition pour les patients. Les participantes expliquent que les proches des patients souhaitent également leur faire part de leurs problèmes ; ce qui empêche les soignantes de focaliser leur attention sur le patient malade (p.22). Van Loenen et al. ont mené une recherche dans un tout autre contexte : les hotspots et les centres de transit. Le manque de temps est également apparu comme un obstacle important dans cette étude, car les soignants estimaient n'avoir «pas le temps d'établir une confiance de base ou de fournir les soins nécessaires». La raison

était cependant différente et propre à cet environnement : les migrants «voulaient continuer leur voyage aussi vite que possible» (2018, traduction libre, p.85).

Le manque de continuité des soins : Conjointement au manque de temps, les participantes à l'étude de Sandblom et Mangrio évoquent le manque de ressources matérielles et financières ; avec pour conséquences des difficultés liées à la qualité des soins et à la sécurité des patients. À cela s'ajoutent non seulement du mécontentement et du stress, mais également des problèmes de continuité des soins (2017, p.288). Van Loenen et al. mentionnent eux aussi le manque de continuité des soins dans le contexte des hotspots. Elle serait «liée au manque d'informations sur les traitements antérieurs, aux difficultés d'obtention des médicaments pendant le voyage et au manque de connaissances des travailleurs de la santé sur les soins disponibles dans le pays "suivant"» (2018, traduction libre, p.85). Ainsi, selon le contexte de soins, de nombreuses causes peuvent avoir une incidence sur la qualité et la continuité des soins.

Communication : Les problèmes de communication identifiés dans toutes les études analysées, sont un obstacle à des soins de qualité. Van Loenen et al. confirment que «les différences linguistiques étaient problématiques dans tous les milieux, tant pour les professionnels de la santé que pour les réfugiés» (2018, traduction libre, p.85).

Importance de développer des compétences transculturelles

Point clé de cette revue de la littérature, l'importance de développer des compétences transculturelles revient dans de nombreuses études. Peu importe le point de vue (celui des soignants, comme dans cette revue de la littérature, ou celui des soignés), le manque de compétences infirmières dans ce domaine est pointé du doigt. Certains proposent de les inclure dans la formation de base, d'autres dans des formations continues, et d'autres encore estiment que l'expérience (discussion avec les collègues, les demandeurs d'asile, ou travailler avec des services d'interprétation) (Suurmond, Seeleman, Rupp, Goosen & Stronks, 2010, p. 825) contribue à l'acquisition de ces compétences.

Sevinç, Kiliç, Ajghif, Öztürk et Karadag (2016) ont interrogé des réfugiés syriens hospitalisés. Leur étude explore les difficultés rencontrées par ces patients et leurs attentes envers les infirmières. Ils concluent que le personnel soignant doit tenir compte «des difficultés et des attentes des réfugiés en ce qui concerne les services de santé» et qu'il est important que ces thématiques fassent partie intégrante de la formation des soignants (traduction libre, p.2). Conclusion partagée par van Loenen et al., dont les participants à l'étude (réfugiés et personnel soignant) émettent «un souhait ... de compétences culturelles dans le

domaine de la santé afin de surmonter les barrières culturelles et linguistiques» (van Loenen et al., 2018, traduction libre, p.86).

8.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Les sept études analysées sont issues du paradigme naturaliste. Selon la taxonomie de Fineout-Overholt, Mazurek Melnyk et Schultz (2005), ces études figurent au deuxième étage de la pyramide des preuves ; étage des «Evidences from a single descriptive or qualitative study». Ces études présentent donc toutes un faible niveau de preuve. De ce fait, il convient de pondérer les résultats.

Fortin (2010, p.89) explique que les buts et les méthodes des recherches quantitative et qualitative divergeant, «il est logique que la critique des études qualitatives se fonde sur des critères différents» de ceux de la recherche quantitative. Il n'en est pas moins certain que «la rigueur scientifique assure la valeur des résultats de la recherche» (Fortin, 2010, p.283). Les éléments principaux garantissant cette rigueur sont présentés ci-dessous.

Toutes les études analysées ont utilisé des échantillonnages non-probabilistes afin de recruter leurs participants. Le nombre de participants est compris entre six et 26 personnes. Il s'agit de relativement petits échantillons, raisonnables pour la recherche qualitative, mais rendant parfois la généralisation difficile.

La saturation des données a été atteinte dans les études de Sevinç (2017) et Nkulu Kalengayi et al. (2015). Ces mêmes ont utilisé le débriefing, c'est-à-dire la vérification de leurs résultats par des infirmières afin d'augmenter la crédibilité de leurs études.

Dans les études de Sandblom et Mangrio (2017) et de Dotevall et al. (2017) les entretiens ont été réalisés par plusieurs chercheurs. Ogunsiji et al. (2017), Willey et al. (2018), Burchill et Pevalin (2012) et Nkulu Kalengayi et al. (2015) ont quant à eux utilisé la triangulation des chercheurs lors de l'analyse des données. Les recrutements des participants aux recherches de Willey et al. (2018), Burchill et Pevalin (2012) et Nkulu Kalengayi et al. (2015) ont été menés sur plusieurs sites, garantissant une triangulation des sources. La triangulation a été utilisée pour augmenter la crédibilité, la fiabilité et la confirmabilité.

Pour diverses raisons certains chercheurs font état de biais de sélection. Sandblom et Mangrio (2017) ont recouru à un gardien pour sélectionner les participants, Dotevall et al. (2017) n'ont choisi que des étudiantes parlant arabe et anglais, et Willey et al. (2018) sont passés par des coordinateurs pour recruter les participants.

Malgré quelques faiblesses lors de la collecte ou de l'analyse des données, toutes les études démontrent cependant une méthodologie clairement décrite et cohérente. Dans les

chapitres «discussion» des études, une partie de leurs résultats est souvent confirmée par la littérature. Il est donc possible, avec prudence, d'envisager une transférabilité des résultats à des contextes similaires.

8.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Cette revue de la littérature présente quelques faiblesses. Elles sont mentionnées, ainsi que quelques forces, dans ce sous-chapitre.

Le fait que les études aient toutes été rédigées en anglais n'a pas posé de réels problèmes de traduction. Cependant l'interprétation de certaines locutions pouvait être vue sous plusieurs angles et donc, poser quelques malentendus de compréhension. De même, la méconnaissance des systèmes de soins des pays d'origine amènent des incompréhensions lorsqu'il s'agit d'éléments très différents du contexte suisse.

Cinq des sept études datent de 2017 ou 2018. Elles sont par conséquent très récentes. Les deux autres datent de 2012 et 2015. L'étude publiée en 2012 se réfère à des données probablement un peu plus vieilles. Les dates de collecte des données et d'analyse de cette étude ne sont pas spécifiées. Cependant il est légitime de se demander si les résultats reflètent la réalité actuelle.

Bien que l'origine des études ne soit pas un critère d'exclusion, il est important de prendre en compte la provenance de l'étude pour la transférabilité des résultats de cette revue de la littérature. Trois études (les n°03, 06, 07¹⁵) ont été menées en Europe. Elles reflètent potentiellement plus la réalité suisse que les études menées en Jordanie (n°04) ou en Turquie (n°02). Les réalités des pays d'Asie, des pays d'Europe ou de l'Australie (n°01 et 05), d'un point de vue socio-sanitaire, politique ou scolaire sont toutes très différentes. Il est difficile de se risquer à de quelconques conclusions en émettant des jugements décontextualisés et imprécis. C'est pourquoi il est compliqué de parler de transférabilité.

Les infirmières des études analysées prennent en soins soit des réfugiés, soit des demandeurs d'asile. Bien qu'inclus dans la question de recherche, les migrants forcés dont il est question dans les études sélectionnées ne sont jamais des déplacés internes.

En outre, les études analysées ne sont pas effectuées au milieu du parcours migratoire, dans des hotspots ou des centres de transit ; mais dans des pays d'accueil. Il serait intéressant de mener des études à différents moments du parcours migratoire afin de voir si les résultats concordent avec ceux de cette revue de la littérature.

¹⁵ Se référer au tableau récapitulatif des études sélectionnées, au chapitre «Méthode» p.20

Avoir inclus une étude portant sur des étudiantes infirmières amène un regard complémentaire. Il permet de faire plus facilement des liens avec la formation. Cependant bien qu'en dernière année de Bachelor, les participantes n'ont pas réellement acquis d'expérience sur le terrain. Une même étude, au même endroit avec des infirmières diplômées amènerait peut-être à d'autres conclusions.

Le fait de n'avoir pas limité les recherches d'études aux articles disponibles gratuitement permet d'avoir un plus grand panel d'études et de n'en écarter aucune.

9 Conclusions

Ce chapitre développe quelques propositions pour la pratique, la formation ainsi que pour la recherche.

9.1 Propositions pour la pratique

Les propositions ci-dessous sont issues des résultats identifiés dans les études analysées. Elles s'inspirent également des recommandations pour la pratique, formulées par les auteurs desdites études. L'objectif est de proposer des solutions, qui d'une manière ou d'une autre, permettent d'améliorer la qualité des soins et d'augmenter la satisfaction des infirmières.

Afin d'agir sur les problèmes de communication, souvent cités par les infirmières, il est conseillé dans les études de recourir à des interprètes professionnels. L'une des mesures du Programme national Migration et santé 2014-2017 était d'ailleurs de soutenir INTERPRET, l'association suisse pour l'interprétariat communautaire ; et de promouvoir le recours aux interprètes communautaires (OFSP, 2013, p.15). En Valais, il est possible de faire appel aux interprètes de l'AVIC, l'association valaisanne pour l'interprétariat communautaire, membre d'INTERPRET (AVIC, s.d.). Recours qui tend à se démocratiser dans les services de soins hospitaliers valaisans.

Afin de lutter contre ce que Sandblom et Mangrio (2017, p.288) appellent l'inadéquation structurelle, l'OFSP propose d'encourager l'ancrage durable des mesures mises sur pied dans les hôpitaux participants au projet Migrant Friendly Hospital (OFSP, 2013, p.14). Renommé «Swiss Hospitals for Equity» en 2014, le réseau a pour objectif l'établissement de centres de compétence en la matière, proposant des soins médicaux adaptés, accessibles et de qualité pour tous les patients, y compris les patients migrants» (Swiss Hospitals for Equity, 2015). L'Hôpital du Valais ne fait pas partie de ce réseau, contrairement au centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) ou aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Les HUG proposent d'ailleurs un service de consultations transculturelles qui offre «des conseils et une assistance directe aux professionnels de la santé» (Hôpitaux Universitaires de Genève, 2016) en matière de soins transculturels. Service qu'il serait intéressant de développer en Valais, afin d'accompagner les soignants qui le souhaitent, dans la mise en œuvre de soins plus adaptés aux besoins des patients migrants. Dans le cas d'expositions récurrentes à des vécus traumatisants, cet accompagnement permettrait également, comme le recommandent Ogunsi et al. (2017, p.9), d'offrir un soutien psychologique afin d'éviter un épuisement professionnel.

Afin d'agir sur les compétences et la qualité des soins, l'OFSP a pour objectif «de renforcer les compétences du personnel soignant dans les questions spécifiques à la migration» (2013, p.13). Plusieurs exemples sont détaillés dans le sous-chapitre suivant.

9.2 Propositions pour la formation

Comme soulevée au chapitre «Utilité pour la pratique», l'acquisition de compétences transculturelles et de connaissances au sujet de la migration forcée est absolument nécessaire. Que ce soit lors de la formation de base ou lors de renforcements des connaissances au cours de formations continues, ces sujets doivent être abordés.

Dans le cadre de la HES-SO Valais, il existe tout au long de la formation Bachelor des cours sur la migration et l'interculturalité. En 2017/2018 il y avait : «famille et interculturalité», «sociologie de la santé», «altérité», dispensés en 1^{ère} année ; «la mort dans les différentes cultures» et les «attitudes culturelles devant la mort», les «phénomènes migratoires et leurs implications sur la santé des communautés», dispensés en 2^{ème} année ; «modèles transculturels», «anthropologie de la santé» et «soins transculturels», dispensés en 3^{ème} année. Ces cours permettent de comprendre le contexte suisse en lien avec la migration. Ils donnent également des clés pour agir et réagir en tant qu'infirmière dans une prise en soins interculturelle.

La Confédération suisse et l'OFSP proposent gratuitement depuis 2013, dans le cadre du «programme national Migration et santé» un e-learning sur les approches professionnelles aux patients migrants. Ils ont développé trois modules, destinés respectivement aux services de santé et au personnel d'accueil, aux infirmières, et aux médecins. Le module destiné aux infirmières met à disposition trois cours («défi de la diversité», «améliorer la compréhension» et «approche centrée sur le patient») ainsi qu'un test final permettant de faire un point sur les connaissances acquises.

Pour ce qui est de la formation continue, il existe un «Certificate of Advanced Studies» (CAS) en migrations et sociétés plurielles. L'UNIL et la HES-SO proposent en effet une formation dont les objectifs sont de comprendre les enjeux de migration, redéfinir sa pratique professionnelle afin de mieux appréhender les défis liés à la pluralité de la société, et questionner ses représentations de l'altérité (UNIL, s.d.).

Finalement, l'association Appartenances propose dans son catalogue de formation 2018 de nombreux des ateliers, modules et conférences sur les thèmes de l'interculturalité, de la

culture, de la migration. Appartenances est une association qui «intervient dans les domaines de la prévention et la promotion de la santé, les soins, la formation et l'intégration» (Appartenances, s.d.). L'une de leur mission est de «favoriser le mieux-être et l'autonomie des personnes migrantes» (Appartenances, s.d.). Le mieux-être passe également par le fait d'avoir des soins appropriés et adaptés à ses besoins. Ces cours concernent tant les travailleurs sociaux que le personnel de santé.

Comme démontré ci-dessus, il existe de nombreuses pistes en Suisse romande pour développer une approche transculturelle au plus proche des besoins des patients migrants. Néanmoins, il serait nécessaire d'avoir du recul pour juger si l'utilisation du e-learning, par exemple, est efficace pour la pratique de terrain dans les années à venir.

9.3 Propositions pour la recherche

Les études sur la population migrante sont de plus en plus nombreuses sur les bases de données. La population étudiée (requérants, réfugiés, infirmières ou médecins), le moment de la prise en soins (à leur arrivée ou plus tard) ou encore le lieu (maternité, service de dépistage, camps de réfugiés...) sont très différents d'une recherche à l'autre.

Afin d'augmenter les évidences, une étude quantitative sur le sujet serait pertinente. Il pourrait être judicieux, dans un contexte de soins aux patients issus de la migration forcée, d'analyser la qualité des soins chez des infirmières ayant et n'ayant pas fait de formation continue sur les soins transculturels. Inclure un plus grand nombre de participants, et de ce fait augmenter le nombre de données, permettrait de généraliser les résultats.

Par ailleurs, il serait intéressant de mener une étude qualitative descriptive dans un environnement relativement similaire au nôtre qui :

- d'une part étudierait les perceptions des infirmières quant à la qualité de leurs prises en soins,
- et d'autre part les perceptions des patients issus de la migration forcée ainsi que leurs attentes des infirmières.

Comparer les points de vue du soignant et du soigné, dans un même contexte, permettrait d'avoir une vision plus globale des problèmes liés à ces prises en soins.

Le libre choix ou l'obligation de travailler dans le secteur de la migration est un aspect peu approfondi dans cette revue de la littérature. Les sentiments éprouvés par les soignants sont certainement influencés par ce facteur. Soigner des patients vulnérables en y étant

contraint peut influencer la qualité des soins, la conscience avec laquelle ils sont dispensés, la motivation et l'investissement dans la formation continue.

La dimension du choix a-t-elle conditionné les réponses des infirmières questionnées dans les différentes études ? Quelle importance a-t-elle dans un domaine aussi spécifique que les soins aux migrants forcés, domaine qui prend de l'ampleur et auquel les infirmières sont et seront de plus en plus confrontées?

10 Références bibliographiques

Académie des sciences commerciales. (S.d.). *Echantillonnage boule de neige*. Accès http://academie-des-sciences-commerciales.org/dictionnaire_new/definition.php?id=2797

Aeberhard, P., Bréchat, P.H., Hachimi Alaoui, M., Jedidi, S., & Lebas, J. (2011). *L'accès aux soins des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires : pour un droit universel aux soins*. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières.

Althaus, F., Hudelson, P., Domenig, D., Green, A., & Bodenmann, P. (2010). Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. Quels besoins, quels outils, quel impact? *Forum Med Suisse*, 10 (5), 79-83. Accès http://www.hospitals4equity.ch/index.php/de/centre-hospitalier-universitaire-vaudois-policlinique-medicale-universitaire?file=files/Hospitals/CHUV-PUM/Documents/Cultural%20competence/Competences%20cliniques%20transculturelles%20et%20pratique%20medicale_quels%20besoins%2C%20quels%20outils%2C%20quel%20impact%3F%20Forum%20Med%20Suisse%202010%3B10%285%29%3A79.pdf

Althaus, F., Paroz, S., Renteria, S., Rossi, I. Gehri, M., & Bodenmann, P. (2010). La santé des étrangers en Suisse : Les médecins ont-ils mieux à faire ou peuvent-ils mieux faire ? *Forum Med Suisse*, 10 (4), 59-65. Accès http://www.hospitals4equity.ch/index.php/de/m Medien-publikationen?file=files/Hospitals/CHUV-PUM/Documents/Cultural%20competence/Forum%20Med%20Suisse%202010%3B10%284%29-61_La%20sante%20des%20etrangers%20en%20Suisse.pdf

Amiri, R., Heydari, A., Dehghan-Nayeri, N., Vedadhir, A., & Kareshki, H. (2016). Challenges of Transcultural Caring Among Health Workers in Mashhad-Iran : A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science*, 8 (7), 203-211. doi : 10.5539/gjhs.v8n7p203

Amnesty Suisse. (S.d.). *Droit d'asile*. Accès <https://www.amnesty.ch/fr/themes/droits-humains/droit-dasile/droit-dasile>

Appartenances. (S.d.). *Mission et valeurs*. Accès <http://www.appartenances.ch/index.php?itemid=45>

Appartenances. (S.d.). *Portrait d'Appartenances*. Accès <http://www.appartenances.ch/index.php?itemid=22>

Association valaisanne pour l'interprétariat communautaire. (S.d). *Qui sommes-nous ?*. Accès <http://www.interpretavic.ch/l-avic.html>

B2B market research company. (S.d). *What is an in-depth interview*. Accès <https://www.b2binternational.com/research/methods/faq/what-is-a-depth-interview/>

Balas-Chanel, A. (2013). *La pratique réflexive : Un outil de développement des compétences infirmières*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS.

Bodenmann, P. (2016). *Le système de santé suisse est-il prêt pour les besoins des migrantes et migrants ?* Accès https://sph16.organizers-congress.org/frontend/organizers/media/SPH16/Downloads/PS5_Bodenmann_Conference_Suisse_de_Sant_Publique_15.11.2016.docx.pdf

Bodenmann, P., & Bartolomei, J. (2016). *Santé des réfugiés : pourquoi s'en occuper ?*. [Vidéo en ligne]. Accès <http://www.avisdexperts.ch/videos/view/5807>

Bodenmann, P., Bossart, R., Di Bernardo, N., Dominice Dao, M., Durieux, S., Faucherre, F., ... Zellweger, E. (2014). Gérer la diversité en milieu clinique: Compte rendu de la première Conférence nationale des Migrant Friendly Hospitals. *Revue Médicale Suisse*, (10), 2222-2225. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-451/Gener-la-diversite-en-milieu-clinique-Compte-rendu-de-la-premiere-Conference-nationale-des-Migrant-Friendly-Hospitals>

Bodenmann, P., & Gehri, M. (2010). Soins aux migrants : une opportunité de pratiquer une meilleure médecine... pour tous ! *Forum Med Suisse*, 10 (4), 57-58. doi :10.4414/fms.2010.07068

Bodenmann, P., & Green, AR. (2012) Disparités en santé : réalités locales et défis futurs. *Revue Médicale Suisse*, (8), 2282-2286. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-364/Disparites-en-sante-realites-locales-et-defis-futurs>

Bodenmann, P., & Jackson, Y. (2011). Patients migrants : des enjeux transculturels, des compétences spécifiques. *Revue Médicale Suisse*, 1035-1036. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-294/Patients-migrants-des-enjeux-transculturels-des-competences-specifiques>

- Bodenmann, P., Niane, F., Pahud-Vermeulen, B., Dory, E., Monnat, M., Cornuz, J., & Masseray, E. (2015). Afflux des migrants. Une responsabilité médicale et sanitaire. *Bulletin des médecins suisses*, (96), 1881-1883. Accès : <https://saez.ch/de/resource/jf/journal/file/view/article/saez/de/saez.2015.04174/SAEZ-04174.pdf/>
- Brügger, S., Sottas, B., & Jaquier, A. (2015). Egalité des chances dans l'accès aux soins. *Primarycare – le journal suisse des médecins de premier recours*, 15 (3), 47–49. Accès <http://www.formative-works.ch/content/files/pc-f-00930.pdf>
- Burchill, J., & Pevalin, D. (2012). Barriers to effective practice for health visitors working with asylum seekers and refugees. *Community Practitioner*, 85 (7), 20-23. Accès <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=e2e390ec-856f-4324-89f7-d30661447964%40sessionmgr4006>
- Commission Européenne. (2015). *L'approche des Hotspots pour gérer des afflux migratoires exceptionnels*. Accès https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-migration/background-information/docs/2_hotspots_fr.pdf
- Cuche, D. (2016). *La notion de culture dans les sciences sociales* (5^e éd.). Paris : Editions La Découverte.
- Dotevall, C., Winberg, E., & Rosengren, K. (2017). Nursing students' experiences with refugees with mental health problems in Jordan : A qualitative content analysis. *Nurse Education Today* (61), 155-161. doi: 10.1016/j.nedt
- Eklöf, N., Hupli, M., & Leino-Kilpi, H. (2014). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing*, 32 (2), 143-150. doi : 10.1111/phn.12120
- Farley, R., Askew, D., & Kay, M. (2014). Caring for refugees in general practice : perspectives from the coalface. *Australian Journal of Primary Health*, (20), 85-91. doi : 10.1071/PY12068
- Fineout-Overholt, E., Mazurek Melnyk, B., & Schultz, A. (2005). Transforming Health Care from the Inside Out: Advancing Evidence-Based Practice in the 21st Century. *Journal of Professional Nursing*, 21 (6), 335-344. doi:10.1016/j.profnurs.2005.10.005

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2^èd). Québec : Chenelière éducation.

Fry, S. (1994). *L'éthique dans la pratique des soins infirmiers : Guide pour la prise de décisions conformes à l'éthique*. Genève : Conseil International des Infirmières.

Gehri, M., Jäger, F., Wagner, N., & Gehri, M. (2016). Prise en charge clinique de la population migrante : focus pédiatrique. *Paediatrica*, 3-10. Accès http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/03-10_0.pdf

Goquelin, P. (2005). Le concept de négociation. *Négociations*, 1(3), 206. doi : 10.3917/neg.003.0149

Graffenried, V. (2013, 05 09). Patrick Bodenmann : « Nous devons adapter nos soins aux migrants ». *Le temps*. Accès <https://www.letemps.ch/suisse/patrick-bodenmann-devons-adapter-nos-soins-aux-migrants>

Hesbeen, W. (2017). *La qualité du soin infirmier : «De la réflexion éthique à une pratique de qualité»*. (3^èd). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS.

Hintermeyer, P., Profita G., & Le Breton, D. (2015). *Les malentendus culturels dans le domaine de la santé*. Nancy : Presses universitaires de Nancy.

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2016,18 04). *Consultation transculturelle*. Accès <https://www.hug-ge.ch/consultation-transculturelle-interpretariat/consultation-transculturelle>

Immigration. (2018). In *Wikipédia*. Accès 26.06.2018 <https://fr.wikipedia.org/wiki/Immigration>

INTERPRET. (S.d.). *INTERPRET*. Accès https://www.inter-pret.ch/fr/interpret/interpret_0-35.html

INTERPRET. (2013). *Le professionnalisme des interprètes communautaires*. Accès <http://dialog.inter-pret.ch/fr/atelier/professionnalisme/le-professionnalisme-des-interpretres-communautaires-39.html>

Institut national de la statistique et des études économiques. (2016, 13 10). *Solde migratoire / Migrations / Mouvements migratoires*. Accès <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1450>

Lafortune, L. (2015). *L'accompagnement et l'évaluation de la réflexivité en santé*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Larousse. (S.d.). *Immigration*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/immigration/41704>

Larousse. (S.d.). *Migration*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/migration/51399>

Madeleine Leininger. (2018). In *Wikipédia*. Accès 06.05.2018 https://en.wikipedia.org/wiki/Madeleine_Leininger

Malagoli, S., & Cancela, S. (2017). *La prise en soins infirmière des requérants d'asile de PTSD en lien avec la compétence interculturelle*. (Travail de bachelor non publié, Haute Ecole de santé, Genève). Accès http://doc.rero.ch/record/305412/files/TDB_Cancela_S._Malagoli_S..pdf

Mazzella, S. (2016). *Sociologie des migrations* (2^e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.

Moreau, A., Dedianne, M-C., Letrilliart, L., Le Goaziou, M-F., Labarère, J., & Terra, J-L. (2004). *La revue du praticien*, 18 (645), 382-384. Accès http://www.dumgtours.fr/IMG/pdf/2-_S_approprier_la_methode_des_focus_groups.pdf

Mursela, T. & Ferreira Lopez, L. (2016). *Les Requérants d'asile dans les soins infirmiers en Suisse : Comment améliorer la prise en soins infirmière des requérants d'asile au sein des services hospitaliers ?*. (Travail de bachelor non publié, Haute Ecole de la santé, La Source Lausanne). Accès https://doc.rero.ch/record/278526/files/TB_Ferreira_Lopes_L._Murseli_T._2016.pdf

Naudin, D., Hiolle, C., Huet, E., & Peruzza, E. (2011). *Soins infirmiers et gestion des risques Qualité des soins, évaluation des pratiques Soins éducatifs et préventifs*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS.

Nkulu Kalengayi, F., Hurtig, A-K., Nordstrand, A., Ahlm, C., & Ahlberg, B. (2015). 'It is a dilemma' : perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants. *Global Health Action*, (8), 1-11. doi : 10.3402/gha.v8.27903

N-Vivo. (S.d.). *What is the Framework method ?*. Accès <http://www.qsrinternational.com/nvivo/support-overview/faqs/what-is-the-framework-method>

Nyaradzai, G. (2014). Working with refugee young people : a nurse's perspective. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 32 (2), 24-31. Accès <http://www.ajan.com.au/Vol32/Issue2/3Garakasha.pdf>

Office fédéral de la santé publique. (S.d.). *Interaction et qualité dans le domaine de la santé*. Accès <http://elearning-iq.ch/fr/>

Office fédéral de la santé publique. (2008). *Population migrante : prévention et promotion de la santé : Guide pour la planification et la mise en œuvre de projets*. Berne :OFSP et Promotion Santé Suisse.

Office fédéral de la santé publique. (2013). *Programme national Migration et santé : Bilan 2008-2013 et axes prioritaires 2014-2017*. Accès <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/programm-migration-und-gesundheit-2014-2017/migration-und-gesundheit-2008-13.pdf.download.pdf/migration-sante-2008-13.pdf>

Office fédéral de la santé publique. (2007). *Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes?: Les principaux résultats du «Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse»*. Accès http://alter-migration.ch/fileadmin/templates/pdf/Qu_est-ce_%20qu_on_sait_de_l_etat_de_sante_des_populations_migrantes_%28OFSP%29.pdf

Ogunsiji, O, Ng Chok, H. Mashingaidze, G., & Wilkes, L. (2017). «I am still passionate despite the challenges» : Nurses navigating the care for refugees. *Journal of Clinical Nursing*, 1-10 doi: 10.1111/jocn.13863

Organisation matricielle. (2017). In *Wikipédia*. Accès 19.06.2018 https://fr.wikipedia.org/wiki/Organisation_matricielle

Pralong, C. (2016). *La communication avec des patients non francophones : Travailler en triologie lors de prises en charge de personnes étrangères dans les hôpitaux*. (Travail de bachelor non publié, HES-SO Valais-Wallis, Sion). Accès http://doc.rero.ch/record/278782/files/Pralong_C_2016.pdf

Puvimanasinghe, T., Denson, L., Augoustinos, M., & Somasundaram, D. (2015). Vicarious resilience and vicarious traumatization : Experiences of working with refugees and asylum seekers in South Australia. *Transcultural psychiatry*, 52 (6), 743-756. doi : 10.1177/1363461515577289

Ritchie, J., & Spencer, L. (1994). *Qualitative data analysis for applied policy research*. In : Bryman, R., & Burgess, R. (eds). *Analyzing Qualitative Data*. London : Routledge.

Sandblom, M., & Mangrio, E. (2017). The experience of nurses working within a voluntary network : a qualitative study of health care for undocumented migrants. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31 (2), 285-290. doi :10.1111/scs.12343

Secrétariat d'Etat aux migrations. (2017, 29 08). *Définition du terme de réfugié et le droit d'asile*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/asyl/asylrecht.html>

Secrétariat d'Etat aux migrations. (2016). *Rapport sur la migration*. Accès <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/berichte/migration/migrationsbericht-2016-f.pdf>

Secrétariat d'Etat aux migrations. (2017,14 12). *Statistique en matière d'asile, Novembre 2017*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik/archiv/2017/11.html>

Sevinç, S. (2017). Nurses' Experiences in a Turkish Internal Medicine Clinic With Syrian Refugees. *Journal of Transcultural Nursing*, 00 (0), 1-6. doi : 10.1177/1043659617711502

Sevinc, S., Kilic, S.P., Ajghif, M., Öztürk, M.H., & Karadag, E. (2016). Difficulties encountered by hospitalized Syrian refugees and their expectations from nurses. *International Nursing Review*, 63 (3),406–414. doi: 10.1111/inr.12259

Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S., & Stronks, K. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse Education Today*, 30, 821-826. doi : 10.1016/j.nedt.2010.03.006

Société Vaudoise de médecine. (S.d.). *Le «trèfle transculturel»*. Accès http://www.svmed.ch/wp-content/uploads/2017/06/Kit-Le-Tr%C3%A8fle-transculturel_JVD_1.06.2017.pdf

Swiss Hospitals for Equity. (2015). *Appel à l'action*. Accès <http://www.hospitals4equity.ch/index.php/fr/home-fr>

Swiss Hospitals for Equity. (2015). *Mission*. Accès <http://www.hospitals4equity.ch/index.php/fr/office-federal-de-la-sante-publique>

The UN Refugee Agency. (S.d.). *Aperçu statistique*. Accès <http://www.unhcr.org/fr/aperçu-statistique.html>

The UN Refugee Agency. (S.d.). *Demandeurs d'asile*. Accès <http://www.unhcr.org/fr/4aae621d368>

The UN Refugee Agency. (S.d.). *Déplacés internes*. Accès <http://www.unhcr.org/fr/personnes-deplacees-internes.html>

The UN Refugee Agency. (S.d.). *La Convention relative au statut des réfugiés*. Accès <http://www.unhcr.org/dach/ch-fr/en-bref/mandat/la-convention>

The UN Refugee Agency. (S.d.). *Réfugiés*. Accès <http://www.unhcr.org/fr/4aae621d42e>

Tremblay, M., Wicky, S., & Milone, S. (2016). *Migration et santé : souffrance sans frontière*. [Vidéo en ligne]. Accès <http://canal9.ch/migration-et-sante-souffrance-sans-frontiere/>

Vacher, Y. (2015). *Construire une pratique réflexive, comprendre et agir*. Louvain-la-Neuve. De Boeck Supérieur s.a.

UNESCO. (2017). *Migrant/migration*. Accès <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>

Université de Lausanne. (S.d.). *Migration et sociétés plurielles*. Accès <http://www.formation-continue-unil-epfl.ch/formation/migration-societes-plurielles-cas/>

Van Loenen, T., van den Muijsenbergh, M., Hofmeester, M., Dowrick, C., van Ginneken, N., Mechili, EA., ... Lionis, C. (2018). Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe : a qualitative study on health needs, barriers and wishes. *European Journal of Public Health*, 28 (1), 82-87. doi : 10.1093/eurpub/ckx210

Vega, A. (2012). *Soignants/Soignés : Pour une approche anthropologique des soins infirmiers* (2^e éd.). Bruxelles : De Boeck.

Verbunt, G. (2011). *Manuel d'initiation à l'interculturel*. Lyon : Chronique sociale.

Willey, S., Cant, R., Williams, A., & McIntyre, M. (2018). Maternal and child health nurses work with refugee families : Perspectives from regional Victoria, Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 1-10. doi : 10.1111/jocn.14277

11 Annexes

11.1 Annexe I : Tableaux de recension

Etude n°01 : Ogunisiji, O, Ng Chok, H. Mashingaidze, G. & Wilkes, L. (2017). «I am still passionate despite the challenges» : Nurses navigating the care for refugees. *Journal of Clinical Nursing*. 1-10
doi: 10.1111/jocn.13863

<p>Type d'étude ou devis : Etude qualitative ; Approche descriptive</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : ⇒ II</p>	<p>Echantillon : 6 infirmières «enregistrées». Avec expérience de 1 à 8 ans dans le service de santé des réfugiés.</p> <p>Echantillonnage : Contact par téléphone des sites de New South Wales (Australie). L'auteur principal reçoit les contacts des candidats potentiellement intéressés. Echantillonnage : intentionnel, accidentel et en boule de neige. Les participants reçoivent un document d'informations détaillées. Consentement écrit par chaque participant.</p> <p>Critères d'inclusion d'exclusion : CI : Appartenance à un des 5 services d'aide aux réfugiés de New South Wales à Sydney ; être infirmière enregistrée ; participer volontairement.</p> <p>CE : Non mentionnés</p>	<p>But : Explorer l'expérience des infirmières travaillant pour la santé des réfugiés ; rapporter leurs défis et leur motivation pour continuer leur travail.</p> <p>Question de recherche : Non mentionnée</p> <p>Hypothèse : Non mentionnée</p> <p>Variables : Non mentionnées</p>	<p>Cadre théorique : La main-d'œuvre infirmière pour la santé des réfugiés. La migration ; et les réfugiés (= la population la plus vulnérable selon la littérature). Les dilemmes éthiques. Les discriminations sociales et institutionnelles vécues par les infirmières. Les compétences culturelles en tant que défi : qualité du service, compétences de communication, utilisation d'interprètes...</p>	<p>Méthode de collecte des données : Interviews téléphoniques (à cause de la localisation des centres et du travail des participantes) ; conduites par l'auteur principal entre février et août 2013. Durée: 30 à 90 minutes. Enregistrées numériquement et retranscrites verbatim par un assistant. Questionnaire semi-structuré, utilisé pour interviewer, focalisé sur leur expérience de prise en soins des réfugiés. Questions additionnelles posées pour compléter les informations.</p> <p>Ethique : Aucun conflit d'intérêts signalé. Approbation du Comité d'éthique de la «Western Sydney University Human Research» et du district de santé local. Participantes mises au courant de la conduite de l'étude et de la confidentialité. Peut se désister à tout moment sans pénalité. Pseudonymes utilisés lors de citations issues d'interviews.</p>	<p>Méthode d'analyse : Interviews transcrites, importées dans le logiciel NVivo10 pour un codage initial des informations et idées. Textes transcrits, puis codés pour déterminer les thèmes communs relatifs à l'expérience des infirmières dans les soins aux réfugiés. A partir des thèmes : description de l'expérience des infirmières. Lectures et relectures des thèmes par tous les membres de l'équipe pour en assurer l'exactitude. Conservation pendant l'analyse de toutes les étapes du développement.</p> <p>Logiciel statistique : NVivo10 (QSR International Pty Ltd 2012).</p>	<p>Résultats : Emergence de 3 thèmes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prendre soin de clients avec des besoins «challenging¹⁶» : Besoins en santé complexes des réfugiés: Ne savent pas ce que veut dire 'être bien', car ont été mal longtemps. Les infirmières sont plus vulnérables que d'autres professions aux traumatismes vicariants (Entendre des histoires traumatisantes = un défi accablant). Non compliance car contraintes financières. Infirmières préoccupées par le financement de la santé des réfugiés. Être face à des patients de différents niveaux d'éducation et de différentes cultures. Défi de coordonner les prises en soins. Le poids de la préoccupation quotidienne des infirmières. 2. Défis dans le cadre de la prise en soins des réfugiés : Défi de travailler avec les autres fournisseurs de soins. Défi dans la considération de l'image négative des réfugiés (ex : à travers les médias) et des infirmières. Excitation de travailler avec une population vulnérable. Tensions dues à une mauvaise communication avec les services humanitaires. Connotations politiques 3. La passion dans le cadre de la prise en soins des réfugiés : Quelques infirmières prises en soins par des psychologues ; ou pratique d'autos-soins. Considèrent leur travail comme une récompense. Se voient comme amenant du positif dans la vie des réfugiés. Ne voient pas la problématique culturelle comme un défi : expliqué par leur ouverture d'esprit. <p>Conclusion : Prise en soins de besoins complexes de patients en transition. Besoin d'une formation et de soutien des infirmières. Travail stimulant mais agréable.</p> <p>Forces de l'étude : Présente un instantané de l'expérience des infirmières.</p> <p>Faiblesses de l'étude : Echantillon de petite taille.</p>
---	---	--	---	--	---	---

¹⁶ «challenging», terme anglais difficilement traduisible et laissé en langue originale. Pourrait être interprété comme donnant des défis.

Etude n°02 : Sevinç,S. (2017). Nurses' Experiences in a Turkish Internal Medicine Clinic With Syrian Refugees. *Journal of Transcultural Nursing*, 00 (0), 1-6. doi : 10.1177/1043659617711502

<p>Type d'étude ou devis : Etude qualitative descriptive, utilisant une approche inductive</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : ⇒ II</p>	<p>Echantillon : 10 infirmières impliquées dans les soins aux réfugiés syriens et répondant aux CI.</p> <p>Echantillonnage : Recrutement par échantillonnage intentionnel -> Rendez-vous pour une interview. Inclusion de 83% des infirmières de la clinique dans l'étude.</p> <p>Critères d'inclusion d'exclusion : CI : Être employé à la clinique de médecine interne de Kilis en Turquie depuis au minimum 6 mois. Participation volontaire. Avoir déjà pris en soins des réfugiés Syriens. CE : Non mentionnés</p>	<p>But : Décrire les expériences des infirmières qui fournissent des soins pour les réfugiés syriens dans une clinique de médecine interne en Turquie.</p> <p>Question de recherche : Non mentionnée</p> <p>Hypothèse : Non mentionnée</p> <p>Variables : Non mentionnées</p>	<p>Cadre théorique : Les réfugiés (ici Syriens) : population croissante en Turquie. Le besoin de soins culturels compétents. Les soins infirmiers façonnés par les caractéristiques culturelles. Les différences linguistiques et la communication dans les soins transculturels.</p>	<p>Méthode de collecte des données : Utilisation d'un questionnaire démographique et d'une interview semi-structurée. Rendez-vous pour les interviews sur une période de 15 jours pour les volontaires. Interviews individuelles dans une pièce isolée de la clinique. Durée 45-60min. Enregistrées et conduites par 1 chercheuse (Infirmière-instructrice). Questionnaire descriptif (13 questions : informations sociodémographiques, genre, âge...) proposé en interview face à face. Interview semi-structurée : préparée en ligne avec la littérature (10 questions sur les expériences (1ères et actuelles))</p> <p>Ethique : Le Comité Institutionnel d'Éthique de Gaziantep University Medical Faculty a approuvé l'étude. Les participantes ont fourni oralement et par écrit un consentement avant la participation à l'étude. Aucun conflit d'intérêts.</p>	<p>Méthode d'analyse : Analyse descriptive pour données démographiques. Données qualitatives évaluées par analyse inductive. Analyse de contenu en 6 phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interviews converties en textes, lues plusieurs fois, transcrites verbatim par l'auteur • sections significatives sélectionnées pour générer des codes et évaluer la crédibilité des résultats, • recherche de thèmes, • détermination de thèmes prioritaires et secondaires lors de l'analyse des réponses des interviews (étapes 4 et 5), • rapport final produit et traduit en anglais. <p>Saturation des données atteinte après 8 interviews. Les participants lisent les données, les analysent et fournissent un feedback sur l'interprétation des chercheurs de leurs réponses. Thèmes reconstruits.</p> <p>Logiciel statistique : Pas d'utilisation de logiciel statistique.</p>	<p>Résultats : Données sociodémographiques : 2 hommes, 8 femmes. 18-38 ans. 6mois-20 ans de pratique. 6mois-10ans dans la clinique.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les infirmières trouvent la communication avec les réfugiés et leurs familles difficile à la clinique : Langues différentes ; manque d'interprètes et inhabilité des infirmières à communiquer - Communication entre infirmières et patients : Difficultés dans le traitement et la pratique des soins : Manque de compréhension. Expériences difficiles d'infirmiers s'occupant de patientes et vice-versa. - Communication avec les proches des patients : difficultés à communiquer les règles de l'hôpital. 2. Les infirmières observent et font l'expérience des différences et similitudes dans le 'prendre soin' de patients turques et syriens : même religion mais différences culturelles. - Différences dans les attitudes face à la mort : Syriens plus calmes car sans espoir - Différences dans la propreté/hygiène. Habits différents. Se sentent victimes. Attendent silencieusement. 3. Les infirmières expriment et affichent de la compassion face aux réfugiés syriens lors du processus de soins. Haine et pitié. Discrimination non-intentionnelle. Tristesse et impuissance. - Emotions relatives à la prise en soins de patients syriens : se sentent désolées pour les femmes et les enfants, innocents. - Sentiments empathiques par rapport aux réfugiés : Sont affectées, se mettent à leur place. <p>Conclusion : Expérience des difficultés et différences : communication, traitement, pratique des soins, proches, attitudes face à la mort, développement de sentiments négatifs envers les réfugiés. Pour améliorer les soins : + d'infirmières et d'interprètes, cours de langues, entraînement des compétences culturelles.</p> <p>Forces de l'étude : Utilité des résultats pour d'autres zones géographiques ayant des problèmes avec les réfugiés syriens.</p> <p>Faiblesses de l'étude : Petit échantillon.</p>
--	---	---	--	--	--	--

Etude n°03 : Sandblom, M & Mangrio, E. (2017). The experience of nurses working within a voluntary network : a qualitative study of health care for undocumented migrants. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31 (2), 285-290. doi :10.1111/scs.12343

<p>Type d'étude ou devis :</p> <p>Etude qualitative</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve :</p> <p>⇒ II</p>	<p>Echantillon :</p> <p>7 infirmières (2 hommes, 5 femmes) entre 28 et 34 ans. Expérience professionnelle comme infirmière : 1.5-6 ans. Activité dans un réseau volontaire : <1 à 6 ans</p> <p>Echantillonnage :</p> <p>Envoi d'un e-mail à toutes les infirmières actives dans le réseau volontaire avec description de l'étude et offre d'y participer. Une semaine avant les interviews : 2^{ème} mail de rappel : 4 participants. Recours à un gardien pour ✓ le nombre de participants : il fournit les noms et contacts d'infirmières qu'il pense être intéressées. Contact par téléphone : + 3 participants</p> <p>Critères d'inclusion d'exclusion :</p> <p>CI :Être infirmière avec une expérience de travail dans un réseau volontaire à Gothenburg en Suède. CE : Non mentionnés</p>	<p>But :</p> <p>Examiner les opinions et les expériences des infirmières prodiguant des soins à des migrants sans-papiers dans un réseau volontaire</p> <p>Question de recherche :</p> <p>Non mentionnée</p> <p>Hypothèse :</p> <p>Non mentionnée</p> <p>Variables :</p> <p>Non mentionnées</p>	<p>Cadre théorique :</p> <p>Migrants sans-papiers : groupe vulnérable ; peur de la déportation. Barrières internes et structurelles à la recherche de soins des réfugiés. Droit à la santé selon la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Loi VS Ethique. Responsabilité infirmière. Réseau volontaire.</p>	<p>Méthode de collecte des données :</p> <p>Approbation du chef d'unité du réseau pour conduire l'étude. Auteur principal + 1 infirmière participant aux interviews à tour de rôle comme interviewer actif et auditeur passif. Données enregistrées et transcrites continuellement pendant l'interview. Choix du lieu par les participants : 1x à domicile.1x à l'hôpital. 5x dans des aménagements de la Croix Rouge. Durée : 16 à 45 minutes. Lettre fournie aux participants avant interview. Réponses orales à leurs questions et signature de la lettre de consentement.</p> <p>Interviews semi-structurées avec 10 questions ouvertes préparées pour couvrir les sujets essentiels + remémorations d'évènements spécifiques. Questions de suivi additionnelles + clarifications si besoin.</p> <p>Ethique :</p> <p>Avant l'interview : réception d'informations écrites et orales à propos du but, de la méthode et des conséquences de l'étude. Confidentialité des données : traitement des citations afin d'éviter de pouvoir relier une citation à une personne. Nature optionnelle de la participation (+ possibilité d'arrêter à tout moment). Anonymisation des données après transcription. Données enregistrées sur une clé USB rangée en sécurité. Evitement des biais et des influences avec des questions ouvertes et les plus neutres. Ils ont suivi les guidelines locales et éthiques de l'Université de Malmö</p>	<p>Méthode d'analyse :</p> <p>Transcriptions analysées par le 1^{er} auteur par analyse inductive : lecture de chacune séparément ; notes (mots, théories, petites phrases) dans les marges ; notes compilées sur une feuille ; Apparition d'une liste de catégories, affinées et réduites en collaboration avec le 2^{ème} auteur, elles deviennent 7 sous-catégories, fusionnées en 3 catégories principales (avec couleur assignée). Relecture des données marquées en couleur. Données en couleur triées dans chaque catégorie principale : pour améliorer la fiabilité et assurer que les catégories étaient correctement interprétées.</p> <p>Logiciel statistique :</p> <p>Pas d'utilisation de logiciel statistique.</p>	<p>Résultats :</p> <p>Inadéquation structurelle : nuits chaotiques et stressantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limites dans l'organisation : Oublis dans les documentations, qualité ?, ressources financières et matérielles limitées. Pas de continuité des soins. - Plus que des soins : situation précaire. Frustration des participants. <p>Dilemmes éthiques et défis : Participants motivés par la conviction d'une injustice</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le défi d'être «dédié» : devoir humain de s'engager, responsabilité. - Prendre soin en pratique : devoir de créer des sentiments de sécurité, de calme. Attitude accueillante <p>Impacts et idées personnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le défi d'être une infirmière travaillant dans un réseau volontaire : impuissance - Comprendre la situation des migrants sans-papiers : ouverture, épanouissement. Lourd à supporter mais très positif - Réponses émotionnelles : Sont affectés par les conditions des migrants <p>Conclusion :</p> <p>Participants motivés par une approche éthique et un grand sens de la responsabilité. Possibilité de faire avec la frustration et l'impuissance. Responsabilité des institutions de mieux préparer les futures infirmières au contexte de globalisation.</p> <p>Forces de l'étude :</p> <p>Homogénéité du groupe, représentatif des infirmières travaillant dans un réseau volontaire Analyse conduite par 2 chercheurs Présentation de citations en lien avec les thèmes et catégories Récurrence de nombreux résultats dans les données</p> <p>Faiblesses de l'étude :</p> <p>Risque de biais de sélection car le gardien a partiellement sélectionné les participants Risque d'altération des décisions et considérations pendant le processus d'analyse</p>
--	---	---	---	---	--	--

Etude n°04 : Dotevall, C., Winberg, E. & Rosengren, K. (2017). Nursing students' experiences with refugees with mental health problems in Jordan : A qualitative content analysis. *Nurse Education Today* (61), 155-161. doi: 10.1016/j.nedt

<p>Type d'étude ou devis : Etude qualitative : descriptive. Approche inductive</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : ⇒ II</p>	<p>Echantillon : 8 étudiants en soins infirmiers (2 hommes et 6 femmes), de niveau Bachelor, ayant entre 20 et 24 ans.</p> <p>Echantillonnage : Echantillonnage accidentel : Un coordinateur international de la «School of Nursing» de l'Université de Jordanie a envoyé une demande de rencontre. Les étudiants intéressés ont contacté 2 des auteurs. Après interviews, exclusion d'un des 9 participants pour manque d'expérience</p> <p>Critères d'inclusion d'exclusion : CI : Être étudiante infirmière en dernière année de Bachelor à l'Université de Jordanie. + de 18 ans. Expérience dans les soins aux réfugiés. Parler et comprendre l'arabe et l'anglais. CE : Manque d'expérience avec les réfugiés</p>	<p>But : Description de l'expérience des étudiants jordaniens en soins infirmiers en matière de soins aux réfugiés souffrant de problèmes de santé mentale.</p> <p>Question de recherche: Non mentionnée</p> <p>Hypothèse : Non mentionnée</p> <p>Va-riables : Non mentionnées</p>	<p>Cadre théorique : Réfugiés. Santé et maladies mentales (en lien avec les traumatismes). Barrières d'accès aux soins. Compétences culturelles (en lien avec la pratique réflexive), théorie transculturelle de Leininger et leadership clinique.</p>	<p>Méthode de collecte des données : Octobre 2016. Information des participants sur le but, les procédures et sur l'assurance de la confidentialité. Interviews avec questions sur le contexte (âge, éducation et expériences de soins particulièrement en santé mentale). Puis focalisation sur 5 perspectives : Problèmes de soins pour la santé mentale, compétences infirmières à l'égard de réfugiés, activités de soutien, utilisation de stratégies infirmières et futurs aspects en lien avec les réfugiés avec problèmes de santé mentale. Les interviews commencent par : « Si je dis maladies mentales, à quoi pensez-vous ? » et « Parlez-moi de vos expériences des réfugiés avec problèmes de santé mentale ». Questions additionnelles. Durée : entre 10 et 30 minutes. Réalisées par 2 auteurs. Enregistrées et transcrites verbatim. Exclusion d'un participant pour manque d'expérience.</p> <p>Ethique : Considération de guidelines éthiques pour la recherche humaine et sociale. Approbation éthique et permission de mener l'étude par le doyen de l'école. Respect de l'individualité de l'étudiant. Informations sur la participation volontaire, le droit de se retirer. Résultats décrits sans identification. Respect de l'intégrité et de l'autonomie des participants.</p>	<p>Méthode d'analyse : 5 étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture et relectures des interviews pour comprendre et se familiariser avec le contenu. • Par approche inductive : sélection d'unités (phrases et paragraphes) concernant a) les soins b) le besoin en soins de santé mentale. • Chaque unité est condensée en une description, et identifiée par un des 52 codes. • Identification de sous-catégories • Identification d'1 catégorie et de 3 sous-catégories <p>Illustration des résultats par citations.</p> <p>Logiciel statistique : Pas d'utilisation de logiciel statistique</p>	<p>Résultats : <u>Être confronté aux problèmes de santé mentale des réfugiés.</u> Interventions infirmières fondées sur des compétences de communication. Manque de formation clinique concernant les problèmes de santé mentale chez les réfugiés : complique les rencontres avec les patients. Sentiment de peur et de honte. Nécessité de soins individuels pour développer les soins infirmiers pour les patients avec des problèmes de santé mentale. Soins équivalents offerts à tous, quelle que soit leur origine ethnique.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gérer les besoins des réfugiés en matière de santé mentale. <p>Complexité et incertitude des problèmes de santé mentale. Le rôle de l'infirmière doit être élargi (enquête sur la situation de vie des réfugiés...). Manque de temps pour couvrir les problèmes de santé mentale chez les réfugiés.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Être affecté par la santé mentale des réfugiés. <p>Difficultés de prendre en soins la santé mentale car existence de stigmates, pleurs, dépression des réfugiés. Discrimination et haine des réfugiés (constat variable). Affectés par le comportement des patients qu'ils ont vécu comme stressant.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Améliorer les soins de santé mentale pour les réfugiés. <p>Nécessité de développer l'éducation sur la santé mentale pour les étudiants et les patients pour améliorer un environnement de soins inadéquat. Importance de l'éducation des patients.</p> <p>Conclusion : Les étudiants en soins infirmiers bien formés (connaissances théoriques et pratiques) peuvent répondre aux besoins des réfugiés en matière de soins, indépendamment de leur origine ethnique ou de leur milieu.</p> <p>Forces de l'étude : Analyse scientifique systématique utilisant une analyse qualitative grâce à une méthodologie bien documentée</p> <p>Faiblesses de l'étude : Petit échantillon > limite la généralisation. Petit nombre d'interviews > limite la validité. Variation dans l'expérience des étudiants sur les réfugiés ayant des problèmes de santé mentale et de leurs compétences en anglais. Limite de la transférabilité en lien avec la structure sociale et le système de soins du pays.</p>
--	--	--	---	--	---	--

Etude n°05 : Willey, S. , Cant, R., Williams, A. & McIntyre, M. (2018). Maternal and child health nurses work with refugee families : Perspectives from regional Victoria, Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 1-10. doi : 10.1111/jocn.14277

<p>Type d'étude ou devis : Etude qualitative et descriptive</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : ⇒ II</p>	<p>Echantillon : 26 infirmières de la santé mère-enfant (MCH). Toutes femmes, d'une moyenne d'âge de 50 ans (32-61) et une expérience dans le domaine d'1 à 30 ans. (moyenne 12.5). Avec expérience de travail avec les réfugiés.</p> <p>Echantillonnage : Echantillonnage intentionnel : Non probabiliste. Prélevé dans 6 municipalités de la région de Victoria où une infirmière de santé des réfugiés était employée. Les 6 membres de l'équipe du MCH : contactés par téléphone et par e-mail et invités à identifier les infirmières du MCH intéressées à participer à un groupe de discussion. En mai-juin 2014.</p> <p>Critères d'inclusion d'exclusion : CI : être infirmière MCH d'une des 6 municipalités de la région de Victoria.</p>	<p>But : Explorer la prestation de services aux familles de réfugiés de la région de Victoria du point de vue des infirmières des services MCH et déterminer s'il existe des besoins de perfectionnement professionnel continu de ces infirmières qui travaillent avec des familles de réfugiés.</p> <p>Question de recherche : Non mentionnée</p> <p>Hypothèse : Non mentionnée</p> <p>Variables : Non mentionnées</p>	<p>Cadre théorique : Réfugié (+ parcours du réfugié) Besoins multiples et complexes en santé psychosociale Accès aux soins et barrières d'accès aux soins. Rôle infirmier : promotion, compréhension de la complexité des besoins...</p>	<p>Méthode de collecte des données : Focus group : 90 minutes à chacune des 6 municipalités avec les infirmières MCH, facilité par une infirmière/sage-femme chercheuse. Discussions (enregistrées) et questions sur: leur expérience de la prestation des services, leur formation, leurs compétences, les soutiens de santé offerts aux familles et les suggestions d'amélioration des services du MCH. + questionnaire sur des données personnelles (âge, genre...), + questions additionnelles sur les opportunités de développement professionnel, le nombre de famille de réfugiés aidées par mois...</p> <p>Ethique : Consentement éclairé écrit de chaque infirmière pour participer à un groupe de discussion. Approbation d'éthique humaine obtenue de la Monash University, et accord d'approcher le personnel du MCH par le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance de l'État de Victoria.</p>	<p>Méthode d'analyse : Données issues des questionnaires : rassemblées + résumées. Transcriptions des focus groups enregistrés. Approche inductive : analyse thématique : identification de thèmes. 1 chercheur indépendant de la collecte de données conduit l'analyse via NVivo. Attribution de codes nominaux aux transcriptions. Données organisées en patterns : émergence de catégories. Catégories développées et acceptées par 2 chercheurs. Synthèse des données par les 4 chercheurs avec identification de 4 thèmes.</p> <p>Logiciel statistique : NVivo (version 10, QSR International, Victoria, Australia, 2012.)</p>	<p>Résultats :</p> <ol style="list-style-type: none"> Comment identifier les femmes issues d'un contexte de réfugié : sentiment que c'est trop personnel de les questionner sur leur passé. Manque d'informations. Ne pas remettre en question le passé d'une personne sur le statut de réfugié ou de demandeur d'asile : limite leur capacité à planifier les soins de manière appropriée. Le rôle d'une infirmière MCH quand elle travaille avec une famille d'un contexte de réfugié : Passé culturel des femmes, planifications de rendez-vous flexibles, éducation à la santé, négociations des traditions VS pratiques occidentales : différents styles de parentalité : recommandation de suivre leurs pratiques traditionnelles. Construire une relation avec les familles : complexité due aux barrières (langue, culture, structure familiale, transport) Les problèmes d'interprétation : Mieux en face à face que par téléphone. Difficultés avec l'identification de dialectes. Bénéfices dans le recours aux interprètes. Accès à d'autres organismes de référence : obstacles à l'accès de services locaux liés à la langue, au temps, aux ressources limitées <p>Conclusion : Nécessité d'une formation de sensibilisation culturelle, reconnaissant l'importance de cette formation pour travailler efficacement avec les familles issues d'un contexte de réfugiés.</p> <p>Forces de l'étude : Expérience directe des participantes. Participation de 4 chercheurs à l'analyse pour équilibrer l'expérience clinique du chercheur qui a recueilli les données.</p> <p>Faiblesses de l'étude : Analyse indépendamment des infirmières participantes. Données subjectives : points de vue des infirmières</p>
--	---	---	---	--	---	---

Etude n°06 : Burchill, J. & Pevalin, D. (2012). Barriers to effective practice for health visitors working with asylum seekers and refugees. *Community Practitioner*, 85 (7), 20-23. Accès <http://web.a.ebs-cohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=e2e390ec-856f-4324-89f7-d30661447964%40sessionmgr4006>

<p>Type d'étude ou devis : Etude qualitative</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : ⇒ II</p>	<p>Echantillon : 14 «health visitors»¹⁷ travaillant dans la région de Londres</p> <p>Echantillonnage : Approche de participants potentiels à travers une présentation lors de leur rencontre professionnelle principale. Demande si les participants pouvaient être individuellement contactés pour répondre à l'étude. Echantillonnage intentionnel.</p> <p>Critères d'inclusion d'exclusion : CI : Participation à la présentation initiale. Être une infirmière générale autorisée avec qualification post-grade en santé publique dans les visites de santé. Avoir travaillé dans la région depuis minimum 2 ans. CE : Non mentionnés.</p>	<p>But : Déterminer les obstacles à une pratique efficace, rencontrés par les «health visitors» lorsqu'ils travaillent avec des réfugiés et des requérants d'asile.</p> <p>Question de recherche : Non mentionnée</p> <p>Hypothèse : Non mentionnée</p> <p>Variables : Non mentionnées</p>	<p>Cadre théorique : Obstacles à la prestation de soins. Problèmes de santé mentale.</p>	<p>Méthode de collecte des données : Entretiens approfondis conduits dans les différents centres de santé dans la région où les participants travaillaient.</p> <p>Ethique : Approbation par le PCT et le Comité local de recherche et d'éthique.</p>	<p>Méthode d'analyse : Interviews enregistrées et transcrites verbatim. Analyse facilitée en utilisant la méthode Framework (Ritchie and Spencer, 1994) : méthode analytique matricielle : approche comparative constante : codes continuellement évalués et interprétés. Thèmes identifiés, comparés aux données et discutés entre l'auteur et les chercheurs externes. Choix des citations pour illustrer les résultats.</p> <p>Logiciel statistique : Pas d'utilisation de logiciel statistique.</p>	<p>Résultats : Il y a des barrières à la pratique efficace des «health visitors» lorsqu'ils travaillent avec des réfugiés et requérants d'asile : - Engagement inefficace</p> <p>Problème d'accès aux services appropriés (ex : médecin généraliste) : frustration des infirmières car sentiment d'être le seul service qui essaie d'aider ces gens. Manque de sensibilisation des clients de la raison d'être des services. Faire preuve de souplesse pour gagner la confiance des patients et encourager l'engagement. Difficultés de s'engager avec des personnes qui présentent de nombreux symptômes vagues et difficilement traitables. Reconnaissance d'une grande différence dans la compréhension culturelle de la santé et de la maladie - Epuisement des ressources</p> <p>Limite de temps pour les clients car travail avec les proches pour d'autres raisons. Coût du recours aux interprètes. Besoin d'une grande quantité d'informations par rapport à leurs clients ordinaires. Abus de certains clients qui veulent recevoir plus de prestations. Sentiment d'un manque de connaissances pour faire face à ces problèmes.</p> <p>Conclusion : Mise en évidence des obstacles à une pratique efficace. Incidence de ces obstacles sur la qualité de leur travail. Recommandation : trouver des moyens innovants pour réduire ces obstacles. Nécessité d'augmenter la sensibilisation du personnel pour ce groupe de patients.</p> <p>Forces de l'étude : Non mentionnées</p> <p>Faiblesses de l'étude : Non mentionnées</p>
--	--	--	--	---	---	---

¹⁷ «Health visitor», expression anglaise difficilement traduisible et laissée en langue originale. Pourrait être traduite par « visiteur de santé ».

Etude n°07 : Nkulu Kalengayi, F., Hurtig, A-K., Nordstrand, A., Ahlm, C. & Ahlberg, B. (2015). 'It is a dilemma' : perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants. *Global Health Action*, 8, 1-11. doi : 10.3402/gha.v8.27903

<p>Type d'étude ou devis : Etude qualitative utilisant une approche inter-prétative descriptive</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : ⇒ II</p>	<p>Echantillon : 15 infirmières, femmes, âgées de 27 à 64 ans. 13 infirmières de district et 2 infirmières en santé publique. 12 sont suédoises de naissance.</p> <p>Echantillonnage : Echantillonnage intentionnel, recruté par le 1^{er} auteur dans des centres de soins de santé primaires sélectionnés dans quatre comtés du nord de la Suède par le biais d'un réseau professionnel. Contact par courriel ou téléphone des infirmières qui filtrent couramment les migrants. Elles ont été informées de l'étude et questionnées sur le souhait d'y participer. Recrutement jusqu'à saturation des données.</p> <p>Critères d'inclusion d'exclusion : CI : Travailler dans un des centres de soins sélectionnés. Filtrer couramment les migrants. CE : Non mentionnés.</p>	<p>But : Explorer l'expérience des soignants en matière de dépistage des migrants nouvellement arrivés afin de générer des connaissances susceptibles d'éclairer les politiques et la pratique clinique</p> <p>Question de recherche : Non mentionnée</p> <p>Hypothèse : Non mentionnée</p> <p>Variables : Non mentionnées</p>	<p>Cadre théorique : Contexte : La migration et le fait que selon Statistics Sweden, les requérants d'asile et les migrants sans papiers ne sont pas considérés comme des immigrants. Politique de restriction. Maladies infectieuses. Dépistage.</p>	<p>Méthode de collecte des données : Interviews (de 60-90 minutes) par le 1^{er} auteur entre novembre et décembre 2011. Utilisation de questions ouvertes. Collecte de données démographiques. Interviews enregistrées, transcrites verbatim, lues. Rédaction de notes supplémentaires sur le terrain par le 1^{er} auteur (médecin, chercheur avec passé migratoire).</p> <p>Ethique : Approbation éthique formelle du projet de recherche par le Comité d'éthique régional de l'Université d'Umea. Consentement éclairé obtenu avant chaque entretien. Les noms mentionnés dans les entretiens et tout ce qui permettait d'identifier la transcription à une personne ou à un établissement médical ont été supprimés.</p>	<p>Méthode d'analyse : Analyse comparative et thématique constante. Lecture des transcriptions et enregistrement individuel des observations par les 1ers et derniers auteurs (tous 2 ont un passé migratoire). Comparaison, discussion et entente à propos du sens des codes, et des patterns émergents. Participations des 3 autres membres de l'équipe de recherche aux discussions. Les significations des codes sont affinées pour créer des catégories. Un résumé des résultats préliminaires a été présenté et discuté avec plusieurs infirmières de dépistage. Emergence de 3 thèmes.</p> <p>Logiciel statistique : Pas d'utilisation de logiciel.</p>	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Points de vue divergents au sujet du dépistage <p>Divergence de compréhension du dépistage entre professionnels et migrants. Blâme du processus de dépistage ' qui les rend malades'. Impact des croyances culturelles. Les infirmières ont le sentiment que les migrants les croient collaborant avec le service des migrations.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incohérences dans les règles et les pratiques <p>Nouvelles tâches mais manque de compétences. Manque de personnel : contrainte temporelle et frustration. Mauvaise coordination entre organismes d'aide aux migrants. Rendez-vous manqués par certains migrants. Frustration et stress car les migrants reçoivent les informations en suédois.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Politiques contradictoires. <p>Dépistage : pour la population ? source de conflit ? discriminant ? Ethique : droit uniquement aux soins qui ne peuvent être reportés. Obstacles : surpeuplement et maladies transmissibles ?</p> <p>Conclusion : Illustration du défi complexe qu'est le dépistage et du fait que les objectifs de la santé publique sont par conséquent compromis. Nécessité d'améliorer la structure et la coordination du programme de dépistage. Nécessité d'améliorer les compétences du personnel impliqué, par le biais de la formation continue. Nécessité d'améliorer les connaissances sanitaires des migrants.</p> <p>Forces de l'étude : Description riche et détaillée du processus de dépistage du point de vue de ceux qui l'utilisent. Recrutement sur 4 sites = Triangulation des sources. Les discussions au sein de l'équipe de recherche ont permis d'améliorer le guide et le style d'entretien pendant l'étude ainsi que l'interprétation des données pendant le processus d'analyse.</p> <p>Faiblesses de l'étude : Participants provenant d'une seule profession ; interviewés par 1 seul investigateur. Points de vue uniquement des infirmiers (n'incluant pas les migrants et les interprètes).</p>
---	--	--	--	---	--	--

11.2 Annexe II: Pyramide des preuves

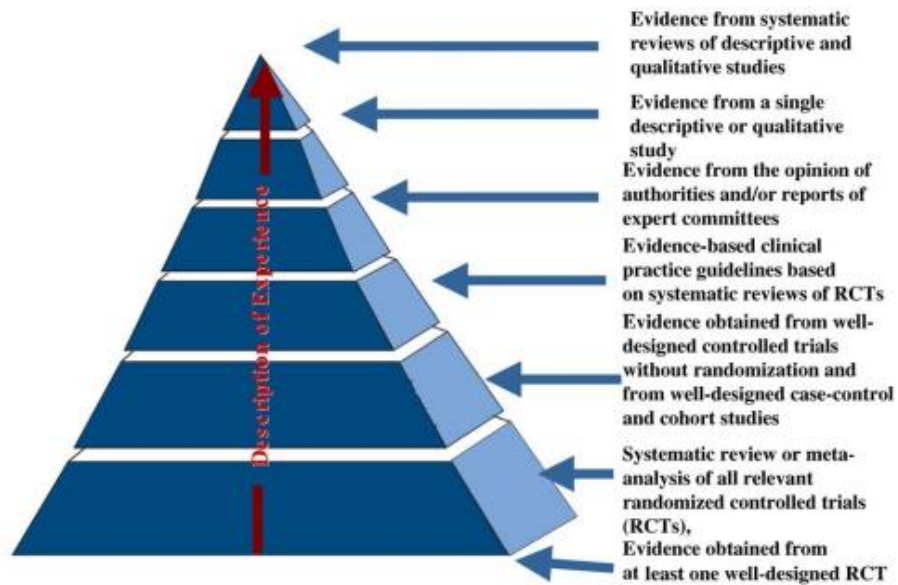


Figure 3. Levels of evidence for answering clinical questions about meaning.

Figure 3. Tiré de Fineout-Overholt, Mazurek Melnyk & Schultz, 2005, p.339

11.3 Annexe III : Lexique de base

Convention relative au statut des réfugiés : (signée le 28 juillet 1951) dite **Convention de Genève**

La Convention constitue jusqu'à ce jour le document international le plus important pour la protection des réfugiés. Elle définit qui est réfugié et quels droits celui ou celle-ci doit recevoir de la part des États signataires. Elle définit cependant aussi les obligations dont un réfugié doit s'acquitter à l'égard du pays d'accueil et exclut certains groupes, notamment les criminels de guerre, du statut de réfugié. (UNHCR, s.d.).

Elle accorde aux réfugié-e-s statutaires certains droits, comme la liberté de religion et de mouvement, les droits au travail, à la formation et à des titres de voyage. Le point essentiel de l'accord est le principe de non-refoulement, c'est-à-dire l'interdiction de l'expulsion forcée et du refoulement d'une personne dans un Etat dans lequel elle est menacée de persécution. (Amnesty Suisse, s.d.).

Empathie narrative : L'empathie narrative consiste en une attitude valorisante et respectueuse vis-à-vis des migrants en s'interrogeant sur les préjugés, les idées racistes et les actes discriminants et en plaçant la narration au centre du traitement et des soins. (Althaus, Hudelson, Domenig, Green & Bodenmann, 2010, p.79).

Hotspots : Selon la Commission Européenne, l'**approche de hotspots** sert à «apporter une assistance immédiate aux Etats membres exposés, en première ligne, à des pressions migratoires disproportionnées aux frontières extérieures de l'UE.».

Cette approche de Hotspots contribuera aussi à la mise en œuvre des mécanismes temporaires de relocalisation ... : les personnes ayant clairement besoin d'une protection internationale seront identifiées dans les Etats membres qui se trouvent en première ligne afin d'être relocalisées dans d'autres Etats membres où leurs demandes d'asile seront traitées. (Commission Européenne, 2015).

L'approche de Hotspots, se concentre «sur l'enregistrement, l'identification, la prise d'empreintes digitales et le recueil de témoignages des demandeurs d'asile, ainsi que sur les opérations de retour.» (Commission Européenne, 2015).

Immigration : Selon Wikipédia (2018) : «L'immigration désigne aujourd'hui l'entrée, dans un pays ou une aire géographique donnée, de personnes étrangères qui y viennent pour un long séjour ou pour s'y installer. Le mot immigration vient du latin *in-migrare* qui signifie «rentrer dans un lieu».

Définition selon Larousse (s.d.) : «Installation dans un pays d'un individu ou d'un groupe d'individus originaires d'un autre pays...».

Migrant/e : Définition d'Amnesty Suisse (s.d.) :

Est désigné·e par le terme de migrant·e une personne qui s'établit (volontairement) dans un autre lieu pour des raisons économiques, politiques ou pour sa sécurité. Si cette personne retourne dans l'Etat dont elle a la nationalité, elle peut de nouveau bénéficier de sa protection.

Migration : Définition de Larousse (s.d.) : «Déplacement volontaire d'individus ou de populations d'un pays dans un autre ou d'une région dans une autre, pour des raisons économiques, politiques ou culturelles.»

Négociation : Selon Goquelin (2015, p.206) : «Le champ d'application du mot négociation ... s'applique d'abord aux rapports entre les hommes ayant des intérêts différents et cherchant à établir entre eux une situation d'entente, de non-conflit.»

Ce même explique que :

Toute négociation implique :

- qu'il existe au moins deux camps ;
- qu'il y ait un certain équilibre conflictuel, une certaine tension entre les deux camps, liée à des intérêts posés comme divergents ;
- que les deux camps préfèrent s'en remettre à la discussion plutôt qu'à la force pour trouver une solution ;
- qu'ils soient implicitement d'accord pour trouver une solution qui sera un compromis ... ;
- qu'ils soient au moins implicitement d'accord pour mettre en acte la solution négociée. (Goquelin, 2005, p.206).

Principe de non-refoulement :

Le principe de non-refoulement est le point essentiel de la Convention de Genève relative aux réfugié·e·s (article 33). Ce principe interdit l'expulsion et le renvoi d'une personne dans des Etats «où sa vie ou sa liberté serait menacée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques.» (Amnesty Suisse, s.d.).

Ce principe protège aussi bien les réfugié·e·s reconnu·e·s comme tel·le·s que les requérant·e·s d'asile. Le principe de non-refoulement est entretemps devenu partie intégrante du droit international public en usage et, ainsi, tous les Etats y sont liés. (Amnesty Suisse, s.d.).

Solde migratoire : Définition de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) (2016) : «Le solde migratoire est la différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur le territoire et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours de l'année. Ce concept est indépendant de la nationalité.».

11.4 Annexe IV : Lexique méthodologique

Biais d'échantillonnage *: «Distorsion qui survient quand un échantillon n'est pas représentatif de la population dont il provient».

Codification * : «Processus par lequel des symboles ou des mots clés sont attribués à des segments de données en vue de former des catégories pour l'analyse qualitative».

Condensation des données *: «En analyse qualitative, elle vise à réduire l'information sans que celle-ci ne perde sa valeur significative. Elle comprend la codification des données, l'élaboration de catégories, la codification thématique et la recherche de modèles de référence».

Confirmabilité * : «Objectivité dans les données et leur interprétation».

Crédibilité * : «(Validité interne) Critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants est exacte en fonction de la réalité interprétée».

Descripteur *: «Terme retenu dans le thésaurus d'une base de données pour exprimer un sujet».

Devis de recherche * : «Plan d'ensemble qui permet de répondre aux questions de recherche ou de vérifier des hypothèses et qui, dans certains cas, définit des mécanismes de contrôle ayant pour objet de minimiser les risques d'erreur».

Echantillon *: «Sous-ensemble d'une population choisie pour participer à une étude».

Echantillonnage *: «Processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible».

Echantillonnage accidentel *: «Méthode d'échantillonnage non probabiliste qui consiste à choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis».

Echantillonnage en boule de neige : «Constitution d'un échantillon non probabiliste, utilisé pour étudier des phénomènes complexes dont la population de base est difficilement identifiable.» (Académie des sciences commerciales, s.d.).

«On interroge un premier sous-groupe de la population, qui identifie d'autres membres du groupe, lesquels, interrogés à leur tour, désignent d'autres personnes appartenant à la population, et ainsi de suite.» (Académie des sciences commerciales, s.d.).

Echantillonnage intentionnel : «Type d'échantillonnage non probabiliste dans lequel les participants ont été sélectionnés pour leur capacité de contribuer aux données.» (Tiré de l'œuvre de Morse (comme cité par Burchill & Pevalin, 2012, traduction libre, p.20)).

Echantillonnage non probabiliste *: «Méthode qui consiste à prélever un échantillon de façon arbitraire. Plusieurs techniques sont employées».

Entretien approfondi (In-depth interview) : «Un entretien approfondi est un entretien va-
Rapport-gratuit.com

points et de changer d'orientation, au besoin.» (B2B market research company, s.d., traduction libre).

« Dans une méthode de collecte de données qualitatives, les entrevues en profondeur offrent l'occasion de recueillir des données riches et descriptives sur les comportements, les attitudes et les perceptions des gens, ainsi que sur le déroulement de processus complexes.» (B2B market research company, s.d., traduction libre).

Fiabilité * : «(Fidélité) Stabilité des données et constance dans les résultats».

Focus groupe : «Le focus group est une technique d'entretien de groupe, un «Groupe d'expression», qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé.» (Moreau et al., 2004, p.382).

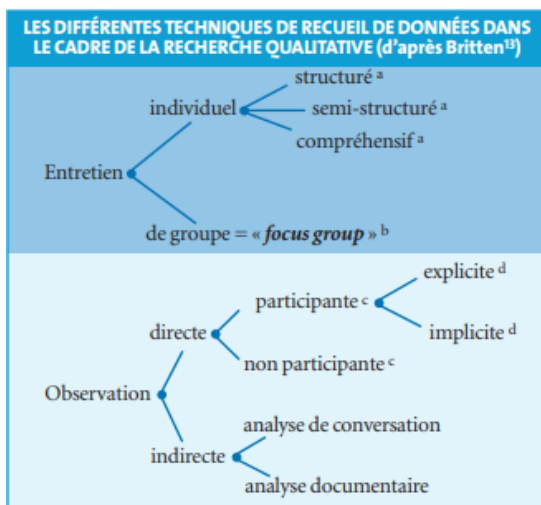


Figure 4. Tiré de Moreau et al., 2004, p.382

Framework method : «Framework est une méthode d'analyse qualitative des données développée par le plus grand institut de recherche indépendant à but non lucratif du Royaume-Uni, le National Centre for Social Research (NatCen) dans les années 1980.» (N-Vivo, s.d., traduction libre).

«La méthode Framework est utilisée pour organiser et gérer la recherche par le processus de résumé, ce qui donne une matrice robuste et flexible qui permet au chercheur d'analyser les données à la fois par cas et par thème». (N-Vivo, s.d., traduction libre).

«Elle est utilisée par des centaines de chercheurs dans des domaines comme la recherche en santé, l'élaboration de politiques et l'évaluation de programmes» (N-Vivo, s.d., traduction libre).

Méthode inductive * : «D'un raisonnement particulier à des considérations générales (de l'expérience à l'élaboration de concepts)».

Méthode matricielle : Selon Wikipédia (2017) : «L'**organisation matricielle** est un type d'organisation dans lequel les personnes ou les sous-sections ayant des compétences similaires sont regroupées pour la répartition des tâches.».

Saturation empirique des données *: «Moment dans la collecte des données où le chercheur conclut qu'une nouvelle information n'ajoutera rien à la compréhension du phénomène à l'étude».

Source primaire *: «Description d'une recherche originale rédigée par l'auteur lui-même».

Source secondaire *: «Texte interprété et rédigé par un autre chercheur que l'auteur d'un document original. Ce type de source synthétise, résume et commente ce dernier».

Thème *: «Entité significative qui se manifeste de façon récurrente au cours de l'analyse des données qualitatives».

Transférabilité *: «(Validité externe) Application éventuelle des résultats issus d'études qualitatives à d'autres milieux ou groupes. Elle s'apparente à la généralisation».

Triangulation *: «Méthode de vérification des données utilisant plusieurs sources d'information et plusieurs méthodes de collecte des données».

Validité *: «Capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il doit mesurer. Elle suppose qu'une mesure est relativement exempte d'erreur, c'est-à-dire que l'instrument est fidèle. Elle correspond au degré de précision avec lequel le concept est représenté par des énoncés particuliers présents dans l'instrument de mesure».

Validité externe *: «Caractère d'une étude qui permet de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux étudiés».

Variable dépendante *: «Variable censée dépendre d'une autre variable (variable indépendante) ou être causée par celle-ci».

Variable indépendante *: «Variable qui peut expliquer la variable dépendante ; elle peut aussi influencer sur cette dernière».

* Toutes les définitions avec * sont tirées de Fortin, 2010, p. 596-604.

11.5 Annexe V : Tableau des statuts juridiques des migrants forcés en Suisse et tableau des permis de séjour en Suisse.

Tableau 1. Statut juridique des migrants forcés en Suisse [4-6].	
Statut	Toute personne ...
Requérant d'asile	qui demande formellement la protection de la Suisse, indépendamment de la réponse qui lui sera donnée; elle souhaite être reconnue comme réfugié et pouvoir bénéficier de la protection juridique et de l'assistance matérielle que ce statut implique.
Réfugié	qui est reconnue comme étant exposée, dans son Etat d'origine ou dans son Etat de dernière résidence, à de sérieux préjudices ou craint à juste titre de l'être en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social déterminé ou de ses opinions politiques.
Non entrée en matière (NEM)	dont la demande d'asile, pour des raisons formelles (non collaboration, absence de documents valides, etc.), ne connaîtra pas un traitement plus approfondi; la personne concernée doit en règle générale quitter immédiatement la Suisse.
Cas Dublin	dont la demande d'asile n'est en principe pas examinée en raison d'une procédure de demande d'asile en cours ou terminée dans un autre pays de l'espace Schengen, et ce quel que soit le résultat de cette procédure. Personne renvoyée activement vers le pays en question.
Débouté de l'asile	ayant eu précédemment le statut de requérant d'asile et ayant reçu une réponse négative définitive à sa demande d'asile au terme de la procédure conduite par l'Office fédéral des migrations et le cas échéant des procédures de recours fédérales.
Sans-papiers	de nationalité étrangère vivant illégalement en Suisse, soit au-delà du temps d'un séjour touristique ou d'un autre séjour autorisé, soit arrivée au terme d'une procédure d'asile avec une réponse négative et qui n'a pas requis, ou n'a pas obtenu, ou a perdu une autorisation de séjour.

Tableau 2. Permis de séjour en Suisse, un abécédaire complexe [5].	
Permis, attestations et livrets	Descriptif
[Permis A]	<i>Ancien permis pour saisonniers, n'est plus en vigueur.</i>
Attestation de départ	Document attestant qu'une décision exécutoire sur la demande d'asile a été prononcée et que la personne est en attente de l'exécution de son renvoi. Cette attente peut durer plus ou moins longtemps, de quelques semaines à plus d'une année.
Permis B	Autorisation de séjour annuelle, valable 5 ans (autorisation UE/AELE), respectivement 1 an (autorisation hors UE/AELE), renouvelable. Elle peut être accordée pour le travail, les études, un séjour sans activité (rentier), pour des raisons humanitaires, pour un regroupement familial ou pour les réfugiés.
Permis C	Autorisation d'établissement de durée indéterminée, le document étant établi pour une durée de 5 ans à des fins de contrôle.
Livret F	Admission provisoire, valable pour 12 mois au plus, renouvelable. Livret attestant que l'exécution du renvoi est pour l'heure illicite, impossible ou ne peut être raisonnablement exigée.
Permis G	Autorisation de travail sans autorisation de séjour, délivrée aux frontaliers.
Permis L	Autorisation de séjour de courte durée (jusqu'à 12 mois) pour travailleurs (travailleurs hors UE/AELE si spécialistes ou qualifiés), stage de formation, activité au pair et artistes de cabaret.
Livret N	Livret attestant que le titulaire est en attente d'une décision concernant sa demande d'asile, en première instance ou sur recours.
Livret S	Protection provisoire collective pour une population menacée et définie. Jamais accordé à ce jour.

Figure 5. Tiré de Althaus et al., 2010, p.61

11.6 Annexe VI : Différences entre migrants et Suisses en termes de santé

Tableau 4. Différences entre migrants et Suisses en termes de santé [13].

Dépistage, prévention et vaccination

- Les migrants se soumettent moins que les Suisses à des examens de dépistage, notamment des cancers (utérus, sein, prostate).
- Les femmes migrantes reçoivent moins de conseils que les Suissesses sur l'autopalpation des seins.
- Les tamouls et les patients originaires de Turquie et d'ex-Yougoslavie font moins de tests de dépistage pour le VIH que les Suisses.
- La population adulte migrante est moins bien vaccinée que la population suisse mais les enfants de migrants ont une meilleure couverture vaccinale que les Suisses.
- Les enfants de migrants souffrent nettement plus souvent de caries du biberon que les enfants suisses.

Maladie infectieuses

- Les étrangers souffrent plus que les Suisses de maladies infectieuses (hépatites, infections sexuellement transmissibles, paludisme, infections parasitaires, tuberculose et VIH/SIDA).
- Les migrants meurent plus de causes infectieuses que les Suisses mais moins de maladies cardiovasculaires.
- Les patients d'origine subsaharienne sont plus souvent porteurs du VIH que les Suisses.
- Les parents suisses se présentant dans un service d'urgence pédiatrique pour un problème infectieux ont nettement plus souvent mesuré la température de leur enfant que les parents étrangers.

Problématiques psychosomatiques

- Les étrangers présentent plus de douleurs dorsales, de dépression et de crises émotionnelles au moment de la retraite que les Suisses.

Grossesse et interruption de grossesse

- Les femmes migrantes ont un taux de mortalité plus élevé que les Suissesses durant la grossesse et l'accouchement.
- Le taux de grossesse est nettement plus important chez les femmes de moins de 20 ans originaires de Turquie, de Serbie et Monténégro, d'Afrique et d'Amérique latine que chez les Suissesses de la même tranche d'âge.
- Les femmes migrantes ont trois fois plus recours à l'interruption de grossesse que les Suissesses et elles prennent moins souvent la pilule.
- Les femmes originaires de Somalie, Erythrée et Ethiopie font partie du groupe à haut risque de mutilations génitales féminines (femmes excisées ou fillettes menacées de l'être).

Oncologie

- La mortalité due au cancer de l'estomac est plus élevée de 50% chez les migrants.
- Les personnes originaires d'Asie du Sud-Est souffrent plus souvent de cancer oropharyngés que les Suisses.

Figure 6. Tiré de Althaus et al., 2010, p.64

11.7 Annexe VII : Trèfle transculturel et conseils aux soignants :

Trèfle transculturel :



Le « trèfle transculturel »



Bodenmann P. et Jackson Y. Revue Médicale Suisse, 2011

Jeudi de la Vaudoise, 1er juin 2017

Figure 7. Tiré de Bodenmann & Jackson, 2011, p. 1035

Conseils aux soignants :

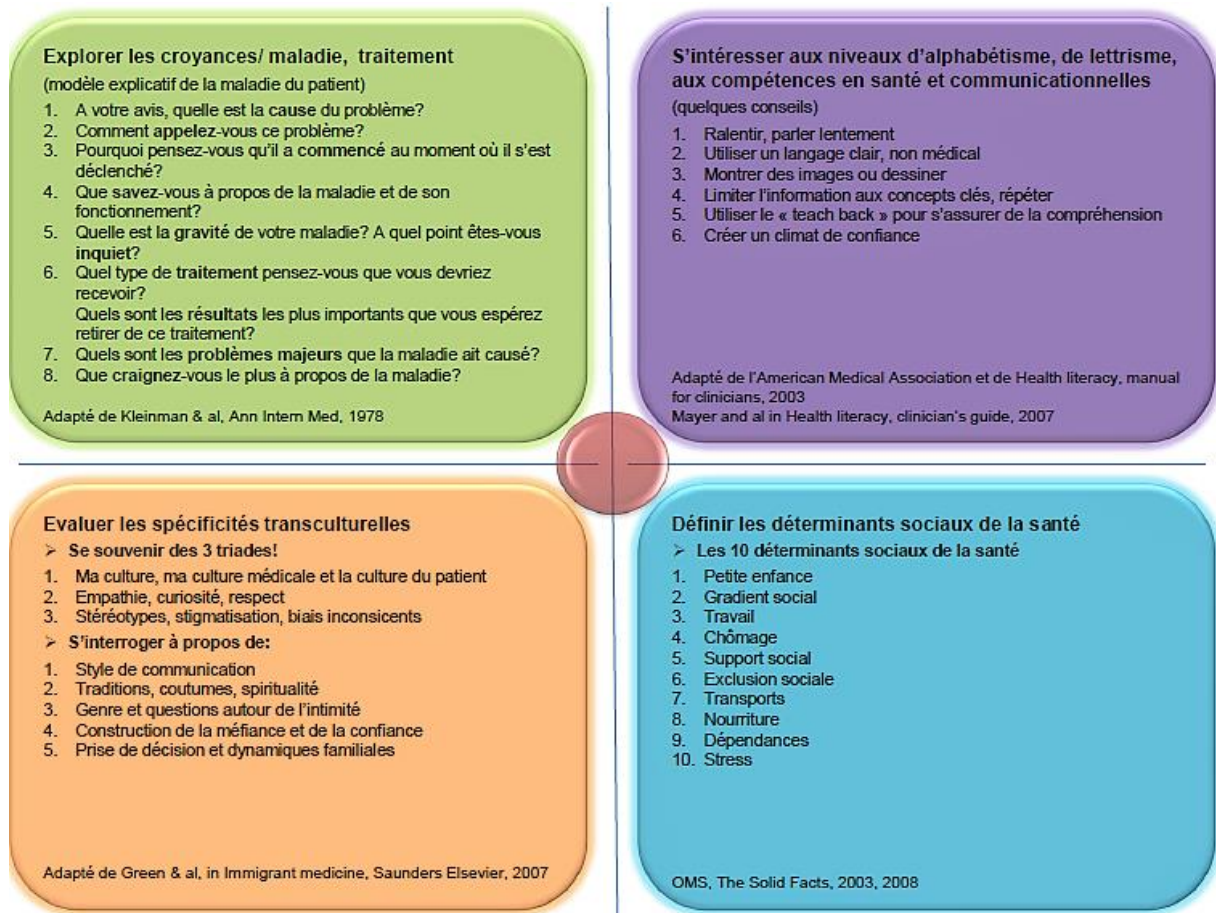


Figure 8. Tiré de Société Vaudoise de médecine, s.d., p.2

11.8 Annexe IIX : Exemples de savoir-être, savoirs et savoir-faire dans le contexte des compétences cliniques transculturelles

Tableau 2. Exemples des savoir-être, savoirs et savoir-faire à acquérir lors d'un enseignement des compétences cliniques transculturelles [8].

Savoir-être

Acceptation de la responsabilité du clinicien à identifier et prendre en compte les aspects sociaux et culturels de la prise en charge

Savoirs

Connaissance de l'influence des facteurs socioculturels sur les croyances et comportements en matière de santé

Connaissance des barrières sociales, économiques et culturelles à l'accès aux soins, à l'adhérence thérapeutique

Connaissance des sources fréquentes de malentendus entre patient et clinicien

Reconnaissance de ses propres biais et préjugés à propos des patients et leur impact sur les soins

Connaissances spécifiques dans le domaine de la migration (démographie, épidémiologie, lois, types de permis, ressources disponibles pour les patients migrants, etc.)

Savoir-faire

Capacité à travailler efficacement avec un interprète

Capacité à identifier et explorer les facteurs socioculturels qui pourraient influencer la prise en charge du patient

Capacité à proposer un plan de traitement qui prend en compte le contexte socio-culturel du patient et capacité à négocier avec le patient en cas de désaccord à propos du plan proposé

Figure 9. Althaus, Hudelson, Domenig, Green & Bodenman, 2010, p. 79