

Liste des abréviations

ESA	Etat de stress aigu
EVAM	Etablissement Vaudois d'accueil des migrants
HEdS	Haute Ecole de Santé
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
MPR	Office Fédéral des Migrations
NEM	Non-entrée en matière
ODM	Office fédéral des Migrations
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
OIM	Organisation Internationale des Migrations
PSM	Programme Santé Migrants
PTSD	Post-traumatic Stress Disorder
RSA	Réseau Santé Asile
SEM	Secrétariat d'Etat aux Migrations
SSP	Service de la Santé Publique
UE	Union Européenne
USMI	Unité de Soins aux Migrants

Liste des tableaux

Tableau 1. Définition des statuts et des droits des requérants d'asile	15
Tableau 2. Méthode PICOT	32
Tableau 3. Récapitulatif des algorithmes de recherches et de résultats	33
Tableau 4. Tableau synoptique	50

Liste des figures

Figure 1. Evolution des personnes suivies par l'aide aux migrants	15
Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	34

Table des matières

Déclaration.....	2
Remerciements.....	3
Résumé.....	4
Summary.....	6
Liste des abréviations.....	8
Liste des tableaux.....	9
Liste des figures.....	9
Table des matières.....	10
Introduction.....	12
1. Problématique.....	13
1.1. Données épidémiologiques.....	13
1.2. Procédure de demande d’asile.....	16
1.3. Le syndrome de stress post-traumatique (PTSD).....	17
1.4. Difficultés de la prise en soins infirmière.....	19
1.5. L’intérêt d’une approche interculturelle pour les requérants d’asiles atteints du PTSD.....	21
1.6. Prise en soins des requérants d’asile adultes.....	25
2. Cadre théorique.....	28
2.1. Ancrage disciplinaire.....	28
2.2. Les concepts majeurs.....	30
3. Question de recherche.....	31
4. Méthode.....	32
4.1. Méthode de recherche documentaire.....	32
4.2. Diagramme de flux.....	34
4.3. Caractéristiques des articles retenus.....	35
5. Synthèse des articles retenus.....	36
6. Résultats.....	49
6.1. Tableau synoptique.....	49
6.2. Analyse critique.....	51
7. Discussion.....	53
8. Conclusion.....	57
8.1. Apports et limites du travail.....	58
9. Listes des références bibliographiques.....	59
10. Annexes.....	63

Annexe I	63
Annexe II	68

Introduction

Dans le cadre de la formation de Bachelor of Sciences HES-SO en soins infirmiers, un travail de fin d'études conclut le cursus. C'est ainsi l'opportunité de s'initier concrètement dans une démarche méthodologique de recherche et de développement à travers divers objectifs, convenus par le Plan d'Étude Cadre Bachelor 2012. Ce travail expose le concept de l'approche interculturelle auprès de requérants d'asile souffrant de PTSD¹. Il se présente sous la forme d'une revue de littérature.

Ce travail se divise en plusieurs parties :

La première partie situe la migration à l'échelle mondiale, nationale et cantonale avec une description des divers statuts de la migration ainsi que du PTSD, une psychopathologie connue chez les requérants d'asile. La deuxième partie est consacrée à la description des difficultés de la prise en soins infirmière, à l'intérêt d'une approche interculturelle pour les requérants d'asile atteints de PTSD ainsi qu'à la prise en soins relative. La troisième partie annonce l'ancrage théorique choisi, sa place dans la hiérarchie des connaissances et la question de recherche. La quatrième partie décrit la méthodologie de la recherche documentaire avec le diagramme de flux, les caractéristiques et la synthèse des articles retenus. Les résultats associés à un tableau synoptique et la discussion sont énoncés dans la cinquième partie. Finalement, la dernière partie énonce la conclusion, avec les apports, les limites ainsi que les recommandations liées au travail. En annexe se trouve une fiche de lecture d'un des articles retenus lors de la recherche documentaire.

¹ Le terme PTSD sera fréquemment utilisé pour désigner l'état de stress post-traumatique (ESPT). En effet, il s'agit de l'abréviation anglaise de post-traumatic stress disorder (PTSD). Ce choix a été fait par soucis de visibilité et parce que cette abréviation est communément utilisée dans la majorité des articles.

1. Problématique

1.1. Données épidémiologiques

Au cours de ces dernières décennies, le flux migratoire n'a cessé d'augmenter. L'ampleur de ce phénomène est conséquente ; actuellement, il concerne l'ensemble de la planète.

En 2017, 85'105 migrants sont venus en Europe par la mer (83'928) et la terre (1'177) originaires de plusieurs régions du globe : l'Afrique, l'Asie ou le Moyen-Orient (Organisation internationale pour les migrations [OIM], 2017). Ces mouvements migratoires se constatent en Suisse. En effet, ce pays est caractérisé en 2015 par un taux de population résidente permanente d'origine migrante de 24,3% et de 41,2% pour le canton de Genève. En 2005, ce taux s'élevait à 20,7% en Suisse (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2007). Cette nette augmentation comparée aux années précédentes fait de l'immigration un enjeu important.

Selon l'OIM (2017) :

Un « migrant » s'entend de toute personne qui, quittant son lieu de résidence habituelle, franchit ou a franchi une frontière internationale ou se déplace ou s'est déplacée à l'intérieur d'un Etat, quels que soient : 1) le statut juridique de la personne ; 2) le caractère, volontaire ou involontaire, du déplacement ; 3) les causes du déplacement ; ou 4) la durée du séjour.

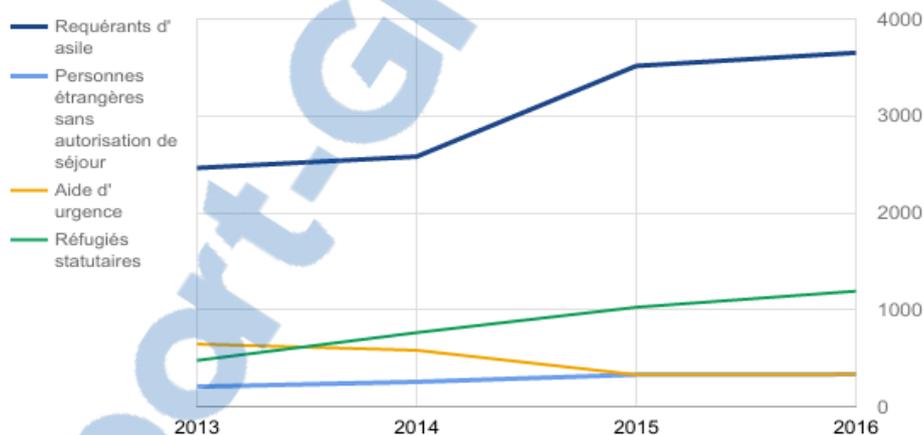
La décision d'émigrer est parfois prise librement par la personne, dans le but d'améliorer sa qualité de vie, sa perspective d'avenir ou celle de sa famille. En effet, des facteurs bénéfiques influencent de manière évidente la santé de la population migrante : avoir un travail bien rémunéré ou pratiquer une religion librement peut avoir des conséquences favorables sur la santé d'une personne (OFSP, 2007).

Au sein de la population migrante, il y a différents statuts, dont celui des requérants d'asile, qui est la population cible de ce travail. Les requérants d'asile sont des personnes qui ont déposé une demande d'asile dans un pays tiers en espérant y trouver protection et sécurité (Premand & al, 2013). Durant l'année 2015, environ 39'523 demandes d'asile ont été faites en Suisse et 28'118 cas ont été traités. Les trois principaux pays de provenance des requérants d'asile en Suisse en 2014 sont, par ordre d'importance, l'Erythrée avec 6'923 demandes enregistrées, la Syrie avec 3'819 demandes, puis le Sri Lanka qui en a déposé 1'277. Des résidents d'autres pays demandent également l'asile : le Nigeria, la Somalie, l'Afghanistan, la Tunisie, le Maroc, la Géorgie et le Kosovo (Asile, 2015).

En novembre 2016, l'effectif des requérants d'asile ayant obtenu le permis N² et ayant une activité lucrative était de 32'180 en Suisse, dont 2'070 à Genève (SEM, 2016).

A Genève, l'Hospice Général s'occupe de l'aide aux migrants. Il accueille des personnes venant de l'asile, propose des hébergements individuels ou collectifs et offre une assistance financière. Durant l'année 2016, des flux élevés en continuelle augmentation depuis ces dernières années (cf. *Figure 1*) ont été enregistrés comprenant 1'752 entrées contre 1'611 sorties de l'établissement. Ces personnes réclamant l'asile ont été logées et aidées dans leur processus d'intégration (Manguin, B. 2017, p.26)

Figure 1 : Evolution des personnes suivies par l'aide aux migrants (Manguin, B. 2017, p.26)



Plusieurs termes peuvent être utilisés dans la littérature lorsqu'il s'agit de définir un requérant d'asile. Voici un tableau représentant les différents statuts fréquemment rencontrés ainsi que les droits correspondants :

² Le permis N est attribué aux personnes qui ont déposé une demande d'asile en Suisse. Ce Livret leur permet de résider librement en Suisse durant la procédure d'asile. Certains requérants d'asiles ont le droit, dans certaines circonstances, d'exercer une activité rémunérée (SEM, 2017).

Tableau 1 : *Définition des statuts et des droits des requérants d'asile* (Gehri, Jäger, Wagner & Gehri, 2016, p.4) et selon l'OIM (2015).

Statuts	Définitions	Assurance maladie, type de permis
Requérant d'asile	Personne désirant obtenir son autorisation de séjour sur le territoire d'un État quelconque en tant que réfugié dans l'attente que sa requête soit examinée par les autorités compétentes.	La personne peut profiter d'une assurance maladie de base et obtient le permis N ou livret N.
Réfugié	Reconnue comme étant en danger dans son Etat d'origine, ou dans le dernier État dans lequel elle a résidé, ou s'inquiète de l'être à cause de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe ou en raison de ses opinions publiques.	Obtient les mêmes droits que les Suisses concernant l'assurance maladie. Bénéficie du permis F, N, S ou B parfois.
Non entrée en matière (NEM)	Demande d'asile non évaluée pour cause de documents invalides ou de non-collaboration. La personne n'a pas d'autres choix que de quitter immédiatement le territoire de l'Etat concerné.	Peut obtenir une aide d'urgence minimum lui permettant d'accéder à des soins de santé. Ne bénéficie d'aucun permis.
Cas Dublin	Demande d'asile non examinée car procédure déjà faite ou en cours dans un autre pays de l'espace Schengen. La personne concernée doit s'adresser directement au pays en question.	A les mêmes droits qu'en cas de NEM.
Débouté d'asile	L'Office Fédéral des Migrations a décidé de rejeter la procédure. Le demandeur débouté doit quitter le territoire de l'Etat concerné.	Aucune assurance maladie et pas de permis obtenu.
Sans-papiers	Personne ayant reçu une réponse négative à sa demande d'asile et qui n'a ni demandé, ni obtenu ou a perdu une autorisation de séjour. Il peut également s'agir d'une personne de nationalité étrangère vivant en Suisse ou ayant dépassé le temps de séjour autorisé.	Aucune assurance maladie et pas de permis obtenu.

1.2. Procédure de demande d'asile

La demande d'asile comprend différentes étapes. En Suisse, les requérants d'asile doivent déposer une demande dans l'un des quatre centres d'enregistrement et de procédure de la Confédération, où ils y résident environ 60 jours. En attendant la fin de la procédure, ils disposent d'un livret N (EVAM, 2007). Ce livret prouve leur présence en Suisse et certifie que la personne a fait une demande d'asile. Si l'Office fédéral Des Migrations (ODM) entre en matière sur leur demande d'asile, les requérants sont répartis sur différents cantons de résidence. L'ODM peut juger une demande d'asile comme étant infondée et décider de ne pas entrer en matière si la personne ne parvient pas à prouver son identité ou si elle provient d'un État sûr. Durant la procédure d'asile, des auditions ont lieu fréquemment à l'ODM avec la présence de représentants d'associations d'entraide. La durée de la demande d'asile est longue ; des mois ou des années peuvent s'écouler jusqu'au dénouement. Une fois la réponse donnée par le Secrétariat d'Etat aux Migrations (SEM), il est possible de faire recours dans les 30 jours au Tribunal administratif fédéral. Toutefois, lors d'une non-entrée en matière (NEM), le délai n'est que de 5 jours (EVAM, 2007). Selon une revue de littérature, cette décision juridique prise a des conséquences sur l'état de santé des individus concernés (Delicado, Décaillet Lopez, Huehn & Hourton, 2016, pp. 1-2). En Suisse, des études révèlent une forte prévalence et une gravité de maladies mentales chez les migrants, principalement chez les requérants d'asile. En effet, selon une étude quantitative descriptive corrélationnelle menée auprès de déboutés de l'asile (N=69) interrogés à l'aide de questionnaires, la santé mentale des requérants d'asile est instable lorsqu'ils arrivent dans un pays d'accueil. Ceci est dû aux différents facteurs de stress auxquels ils sont exposés. La majorité des requérants d'asile quitte leur pays en raison d'exposition à des actes de violence tels que des conflits de guerre, des tortures, des persécutions politiques, sociales et/ou religieuses. La violence sexuelle est également un fait qui motive le départ du pays d'origine ou qui est subi durant le parcours migratoire. Ils espèrent obtenir le droit d'asile et le statut de réfugié. Au moins 20% des demandeurs d'asile de l'Union Européenne (UE) sont concernés par ces conflits. Tout migrant vivant ces situations complexes de pertes de vies humaines, perte de statut économique et social et de déracinement espère obtenir un statut (Loosli-Avimadjessi, Wosinski, & Vetterli, 2011, p.5).

Selon cette revue de littérature, deux déracinements peuvent survenir lors de l'arrivée des requérants d'asile dans le pays d'accueil. Le premier est composé de deuils ; celui de leur pays dans lequel ils sont nés et où ils ont construit leur vie, puis celui de leur

famille et amis qu'ils ne pourront peut-être plus revoir (Delicado et al., 2016). Ces pertes soudaines sont susceptibles de générer une grande souffrance. Ces personnes désirent recevoir des soins à leur arrivée et dans le meilleur des cas s'intégrer afin de trouver un emploi ; ces souhaits ne pourront pas toujours se réaliser (Garcia de Gonzalez, 2014, traduction libre, p. 3). Le refus de leur demande d'asile au vu de leur situation et de leur histoire de vie peut être considéré comme un second déracinement car c'est une source de stress supplémentaire. Les conséquences sur leur état de santé mental peuvent être catastrophiques ; les requérants d'asile perdent l'espoir d'une vie meilleure. Ces événements vécus dans le contexte de ces déracinements peuvent être la cause d'un PTSD (Delicado et al., 2016, p.4).

1.3. Le syndrome de stress post-traumatique (PTSD)

Selon la définition du DSM-IV³, l'état de stress post-traumatique est "un ensemble de symptômes caractéristiques qui se développe suite à l'exposition à un ou des événements traumatiques" (Psychomedia, 2015). De plus, selon une revue de littérature portant sur les psycho-traumatismes majeurs, les événements traumatiques sont assimilés à des situations de stress, laissant apparaître chez la personne qui les a vécues, des troubles psycho-traumatiques qui se manifestent dans un premier temps par des troubles immédiats brefs, puis, dans un second temps, par un état de stress aigu. Ces troubles se révèlent par un PTSD qui apparaît de manière retardée ou différée de l'événement traumatique. Le trouble immédiat bref dure généralement moins de deux jours et se manifeste par une réaction adaptée ou inadaptée du sujet. La réaction "adaptée" est la plus habituelle en cas de stress important et comporte trois phases. La première se caractérise par un épisode d'alerte avec une hypervigilance et une anxiété associée à une augmentation de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque et de la fréquence respiratoire. La seconde phase consiste à élaborer une stratégie en fonction de l'évolution de la situation. Puis, lors de la dernière phase, le sujet doit se réajuster à son environnement et à lui-même. La réaction "inadaptée" se manifeste par une réaction aiguë à un facteur de stress. Dans ce cas-là, la personne n'a pas réussi à utiliser ses capacités adaptatives pour affronter la situation stressante de manière efficiente. Ses réponses psychologiques, comportementales et biologiques sont donc inadéquates et peuvent faire apparaître quelques troubles dissociatifs dont la sidération et l'agitation. Afin de prévenir une évolution défavorable, l'examen physique se révèle important car il permet d'évaluer l'intensité et la durée de certains paramètres vitaux, dont la tension artérielle et la fréquence cardiaque qui peuvent avoir

³ Manuel de diagnostic des troubles mentaux publié par l'association américaine de psychiatrie.

des conséquences importantes sur l'état neurovégétatif à long terme. Quant à l'état de stress aigu (ESA), il apparaît lorsque l'exposition est récente, c'est-à-dire de trois jours à un mois après le traumatisme. Il se traduit par l'apparition ou la persistance de symptômes dissociatifs. La personne atteinte est alors dans la déréalisation, la dépersonnalisation et possède une mauvaise perception du temps et de l'espace car elle ne possède plus aucun contrôle sur la situation, ce qui provoque un stress intense. Toutefois, l'absence de trouble précoce chez une victime n'exclut pas l'apparition d'un PTSD tardif (Ferreri, Agbokou, Peretti, & Ferreri, 2011, pp. 3-6). Par exemple, dans le cas de la population cible de ce travail, les requérants d'asile se retrouvent bien souvent à vivre dans des conditions difficiles dans le pays hôte ; vie en structure collective, absence de revenu et renvoi imminent sont des facteurs pouvant impacter sur la santé psychique en aggravant des troubles préexistants ou en favorisant l'apparition de nouveaux troubles psychiatriques (Saraga, Clément, Moreno-Dàvilla, Keravec & Bodenmann, 2012, pp.1787-1788).

Si l'évolution du syndrome est favorable grâce à une bonne prise en soins, les symptômes ne dureront que quelques mois. Toutefois, si les symptômes dépressifs et les troubles anxieux persistent et s'intensifient, l'évolution aura tendance à se définir comme étant défavorable, pouvant même aboutir à un PTSD chronique.

Le risque de comorbidités varie selon la nature de l'événement et de la population concernée, mais les risques de développer un PTSD aigu est d'environ 10%. Son diagnostic ne peut être énoncé qu'un mois après l'exposition à un ou des événements traumatisants. La prévalence est notamment plus élevée chez les femmes car elles peuvent subir des agressions sexuelles. C'est pourquoi les requérants d'asile, de par leur parcours et leurs histoires peu communes, sont des personnes vulnérables et susceptibles d'être atteintes par le PTSD (Ferreri et al., 2011, pp. 3-6). Le traitement de choix pour cette pathologie est habituellement la thérapie cognitivo-comportementale. De par ce traitement, les patients sont exposés à leur mémoire, ce qui va les aider à travailler de manière émotionnelle sur les événements traumatisants vécus. Le traitement médicamenteux de première ligne est un traitement antidépresseur plutôt que des benzodiazépines. Des données probantes ont démontré que les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine sont également efficaces car ils diminuent les symptômes du PTSD. Seule une alliance entre un traitement médicamenteux et un traitement basé sur des thérapies peut aider un patient souffrant de PTSD à guérir (Maddern, 2004, traduction libre, pp. 37-38).

1.4. Difficultés de la prise en soins infirmière

Selon Norwood (2003) :

La culture est plus que l'ethnicité ou l'appartenance à un groupe spécifique. Il s'agit d'un ensemble de valeurs, de croyances de modèles de pensées, d'actions et d'artefacts qui dit aux membres dudit groupe qui ils sont et comment ils sont sensés faire des choses (Abemyil, 2010, p.2)

L'étude descriptive, menée par Spence (2001) auprès d'infirmières de Nouvelle-Zélande (N=17), interrogées à l'aide de questions ouvertes sur des situations récentes vécues dans leur métier lorsqu'elles prennent en soins des personnes d'une autre culture, indique que la différence de culture entre le soignant et la personne soignée peut se témoigner au travers de la langue, de la couleur de peau, des habillements et de la gestuelle. La différence de culture peut être aussi liée à l'âge, à la classe sociale et aux valeurs culturelles (p.102).

Tous ces aspects peuvent mettre en péril la qualité des soins. Le problème principal énoncé par les infirmières est la barrière de la langue qui limite la communication et qui crée la peur de ne pas transmettre suffisamment d'informations ou que la personne soignée n'ait pas eu une compréhension totale des indications (Spence, 2001, p.102).

Dans son étude, Quickfall (2014) souligne que les relations soignant-soigné sont, dans les meilleurs cas faites par l'intermédiaire d'un interprète. Dans ces cas-là, l'infirmière doit donner des informations suffisamment précises pour obtenir le renseignement voulu mais en même temps suffisamment simples pour être comprise par le traducteur et éloquentes pour le client une fois les informations traduites dans sa langue. C'est pourquoi, la médiation par l'intermédiaire d'un interprète requiert des compétences supplémentaires en communication. Il existe aussi un manque d'informations sur les soins et les services somatiques et psychiatriques présents, une conséquence qui pourrait être liée au faible niveau d'éducation des requérants d'asile et aux difficultés liées avec la langue locale (p.249). D'autres problèmes sont mis en évidence, tels que le manque de connaissances culturelles réciproques qui crée des difficultés pour trouver des solutions qui répondent aux attentes de chacun. Le rapport relationnel est parfois limité mais il est pourtant indispensable dans la prestation des soins infirmiers. Les personnes étrangères sont souvent reconnues comme étant vulnérables, c'est pourtant cette clientèle qui nécessite le plus d'attention par le biais d'une communication efficiente et l'établissement d'un lien de confiance (Spence, 2001, p.103). Ce manque de connaissances culturelles réciproques peut faire émerger

différentes notions et perceptions de la maladie et des soins tel que décrit dans l'étude descriptive de Bartolomei et al., (2016). En effet, dans certaines cultures, il subsiste encore des représentations négatives liées à la psychiatrie, empêchant certains requérants d'asile de s'y rendre par peur d'être stigmatisés par leur communauté, voire rejetés. Sans oublier que certaines options peuvent être préférées à une approche psychiatrique, telles que l'appel à un guérisseur traditionnel, un membre religieux ou une personne âgée de la communauté ethnique (p.6). En effet, dans la culture dite « occidentale », la maladie est d'origine pathogène et peut être expliquée scientifiquement, mais pour d'autres cultures, les causes de la maladie sont parfois liées à des croyances plus obscures, telles que des esprits maléfiques pour lesquels des pratiques risquées peuvent être entreprises pour répondre aux superstitions ou aux traditions (Phaneuf, 2013, p.7).

Selon Bartolomei et al. (2016), une distance géographique entre le logement et les lieux de soins peut être une difficulté supplémentaire à la prise en soins des requérants d'asile. Certains pensent qu'ils n'ont pas accès aux transports publics ou ils n'ont tout simplement pas d'arrêts à proximité car leurs logements sont trop éloignés du centre. D'autres points sont ressortis de cette étude qualitative mais ils ne seraient toutefois pas clairement considérés comme des obstacles à l'accès aux soins. Parmi ceux-ci se trouvent : la peur de la médication et des effets secondaires, la peur de l'hospitalisation involontaire, la crainte d'un manque de confidentialité, une pénalisation sur leur demande d'asile, la peur d'être stigmatisé par les soignants, la banalisation de la souffrance mentale de leur part et des expériences antérieures marquantes en lieux de soins (p.6).

1.5. L'intérêt d'une approche interculturelle pour les requérants d'asile atteints du PTSD

Selon Purnell (2002) :

Toutes les professions de la santé ont besoin des informations sur la diversité culturelle des communautés pour procurer des soins sensibles à la culture et prodigués avec compétence. Parce que la culture a une forte influence sur l'interprétation et dans les réponses de chacun vis-à-vis des activités de soin et que chaque individu a le droit d'être respecté dans son unicité et son héritage culturel. Ainsi, les pourvoyeurs de soins qui peuvent évaluer, planifier et intervenir dans une logique culturelle améliorent la qualité de leur soin et peuvent minimiser les préjugés et les biais dans leurs relations de soin. En définitive, pour être effectif, le soin doit refléter la compréhension unique des valeurs, croyances, attitudes, styles de vie et la vision globale des modèles d'acculturations des individus, ce qui suppose que les personnes soignées sont coparticipantes à leurs activités de soin et ont le choix dans les interventions y relatives (pp. 193-196).

L'intérêt de dispenser des soins interculturels auprès de personnes migrantes se remarque dans l'apprentissage de l'infirmière sur la culture d'une communauté. Elle peut recueillir des informations, des indications ou des pistes qui l'aident à mieux appréhender et connaître la culture du patient, dans le but d'obtenir des réponses sur les diverses significations culturelles et leurs implications dans la relation de soin. Une meilleure connaissance de la culture pourrait permettre à l'infirmière d'avoir des informations précieuses sur ce qui est correct en matière de soins à donner auprès de ces personnes. Cette démarche dans la prise en soins permettrait d'éviter les stéréotypes, la stigmatisation et la généralisation. En effet, les requérants d'asile sont des personnes parlant d'autres langues, avec bien souvent des parcours compliqués et douloureux. Ils peuvent aussi avoir des représentations différentes des soins, de la santé et de la maladie. Leurs besoins médicaux sont souvent complexes, de part un nombre important de problèmes de santé, des difficultés linguistiques et culturelles, un nouveau système de santé et un analphabétisme souvent présent. D'autres facteurs tels que des difficultés avant le départ comme le désordre lié à la guerre, les difficultés associées au voyage et la complexité d'une longue procédure d'asile peuvent contribuer à définir leurs besoins dans le pays hôte (Suurmond et al., 2010, p.821).

Selon une revue de littérature, outre l'apprentissage d'une culture, les soins interculturels supposent d'autres connaissances telles que le processus migratoire, la prise de conscience du contexte d'accueil, certaines connaissances des comportements adéquats ou non, une bonne capacité à créer des relations significatives et une volonté d'aider (Phaneuf, 2013, p.5).

Selon Abemyil (2010) :

La sensibilité et la connaissance de la culture des demandeurs de soin est une preuve d'un sens élevé du caring de la part de l'infirmière [...]. Une telle démarche peut atténuer l'inconfort et le sentiment de méfiance souvent liés au statut d'étranger (p.4).

Cette notion d'ouverture et de "caring" dans la prise en soins de cette population permet de recueillir davantage d'informations, la création d'un lien de confiance et la dispense de soins en partenariat entre le soignant et le soigné. Il est alors essentiel que le métaparadigme de la « personne » soit appréhendé dans toutes ses dimensions, soit ses valeurs, son style de vie et sa culture, afin que le soin puisse être reconnu comme holistique, c'est-à-dire spécifique, thérapeutique et sécuritaire (Abemyil, 2010, pp. 1-2).

Une étude descriptive menée par Quickfall (2014), visant à découvrir comment les infirmières communautaires incluent les différents concepts de compétences culturelles dans leur pratique, soulève le fait que d'avoir des aptitudes supplémentaires en matière de communication et de l'expérience permet de déceler des indices dans le langage corporel et de vérifier qu'un interprète traduit correctement, par exemple (p.251). Ces connaissances permettent également d'avoir recours plus aisément au mimétisme pour surmonter la barrière de la langue. L'infirmière sait aussi éviter qu'une prise en soins ne soit biaisée en évitant d'utiliser la famille ou le mari pour traduire, car ceux-ci peuvent contrôler ou filtrer des informations. Dans le cadre de la prise en soins, il est donc nécessaire de faire appel à des traducteurs professionnels en préférant un entretien, car même si les interprètes sont disponibles par téléphone, l'absence de signaux non verbaux peut rendre la traduction difficile. Une communication efficace permet une meilleure observance du traitement de la part du patient, évitant les échecs dans l'éducation thérapeutique et l'oubli de détails essentiels dans la prise en soins (Quickfall, 2014, p.252). C'est pourquoi, l'utilisation à bon escient des services d'interprétation est une compétence culturelle générale considérée comme importante par les infirmières praticiennes (Suurmond et al., 2010, p.822).

A ce jour, il existe des services spécialisés qui facilitent l'accès aux services de soins primaires pour les demandeurs d'asile souvent en situation de précarité. Cependant, il semblerait, selon l'étude de Quickfall (2014), que les services distincts ne les aident pas dans leur processus d'adaptation à une nouvelle communauté, ce qui crée des inégalités en matière de santé (p.252). Selon une étude qualitative réalisée aux Pays-Bas, les infirmières praticiennes doivent développer leurs compétences culturelles afin

de faciliter l'intégration des patients de différentes origines ethniques à une collectivité inconnue, d'améliorer les soins de santé et de diminuer les inégalités de santé. La compétence culturelle se définit comme un ensemble de connaissances, de sensibilisation et de compétences nécessaires pour fournir des soins adéquats à une population de diversité ethnique (Suurmond et al., 2010, p.822). Il s'agit d'un processus continu et dynamique qui ne s'arrête jamais. Selon cette étude qualitative, le personnel soignant se considère souvent comme incompetent face aux différents besoins de cette population, considérant que leurs compétences et leurs connaissances sur les conditions de santé propres aux réfugiés sont inadéquates et insuffisantes. Le modèle de la compétence culturelle intègre un concept de sensibilisation, de connaissances et de compétences pour faire face aux différences culturelles :

- La sensibilisation comprend une auto-évaluation et un approfondissement de son environnement culturel et professionnel en intégrant ses propres représentations
- La connaissance est le mécanisme de recherche et l'acquisition d'un fondement pédagogique stable à propos de différents groupes ethniques, comme l'incidence ou la prévalence d'une maladie et l'efficacité d'un traitement
- La compétence se rapporte à la capacité de récolter des données adéquates à propos de la problématique du patient, comme à la capacité d'obtenir son opinion ou d'utiliser les services d'interprétation

Ces trois concepts sont liés les uns aux autres et ils doivent être intégrés dans la prise en soins du prestataire afin de parvenir à la compétence culturelle, qui résulte de la fusion de ces concepts.

Selon les infirmières praticiennes, des compétences supplémentaires, spécifiques pour la relation avec les requérants d'asile sont requises : des connaissances sur la situation politique et humanitaire dans le pays d'origine, des connaissances sur l'épidémiologie et sur l'apparition de maladies dans les pays de provenance des demandeurs d'asile, des connaissances sur les conséquences de l'asile sur la santé, un intérêt pour le contexte juridique dans lequel ils vivent, des compétences pour créer une relation de confiance, la capacité à aborder les événements traumatiques et personnels ainsi que des aptitudes à expliquer le système de santé du pays hôte (Suurmond et al., 2010, p.824).

- Connaissances sur la situation politique et humanitaire dans le pays d'origine :
Les infirmières praticiennes doivent être conscientes du contexte politique des pays d'origine des patients requérants d'asile et comprendre comment des problèmes médicaux peuvent provenir de celui-ci. Elles doivent également être capables de distinguer les informations adéquates en fonction des différentes situations politiques vécues (Suurmond et al., 2010, p. 824).
- Connaissances sur les conséquences de l'asile sur la santé :
Il est important que les infirmières se rendent compte des problèmes de santé en fonction des différentes étapes du voyage d'un requérant d'asile ; si la personne souffre d'un problème avant son départ (p. ex. : une fracture osseuse résultant d'une torture), d'une difficulté est apparue pendant l'expédition (p. ex. : le risque de développer un problème de santé est plus élevé en bateau qu'en avion) ou après le voyage, étant donné la longue et difficile procédure d'asile ainsi que les conditions de vie assez rudes dans les centres pour les requérants d'asile. Tous ces aspects peuvent avoir un impact sur leur santé physique et mentale (Suurmond et al., 2010, p. 824).
- Intérêt pour le contexte juridique dans lequel vivent les requérants d'asile :
Prendre le temps d'expliquer l'intérêt de l'interrogatoire dès leur arrivée est primordial afin qu'ils se sentent à l'aise et non interrogés en relation avec leur statut de réfugié. En effet, cela pourrait avoir des conséquences sur la création d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Les infirmières doivent ainsi expliquer que toutes les informations restent confidentielles et ne sont pas prises en considération dans la procédure de demande du permis de séjour (Suurmond et al., 2010, p. 824).
- Compétences pour créer une relation de confiance :
La construction d'une relation de confiance est capitale et doit débiter au plus vite afin que le demandeur d'asile puisse se livrer sur les problèmes qu'il rencontre et que l'infirmière puisse poser des questions sur les événements douloureux vécus ou sur des problèmes personnels. En effet, ils ont besoin d'être en contact avec les mêmes personnes, qui deviennent familières au fur et à mesure de la relation. L'écoute est une compétence générale primordiale en communication (Suurmond et al., 2010, p. 824).

- Capacité à aborder les événements traumatiques et personnels :
Il est parfois délicat d'aborder certains sujets avec les requérants d'asile, comme le fait de se renseigner sur les possibles problèmes psychologiques dont ils peuvent souffrir, tel qu'un état dépressif. De plus, des questions administratives comme l'état civil, peuvent également s'avérer être compliquées, des personnes dans la famille pouvant être décédées. Ils risquent alors d'éprouver un sentiment de tristesse et de douleur associé à la perte du membre concerné. De ce fait, les infirmières praticiennes ont démontré l'importance de collaborer avec d'autres professionnels de la santé en se référant à eux lorsqu'elles en ressentent le besoin face à une situation dans laquelle elles ne se sentent pas suffisamment compétentes (Suurmond et al., 2010, p. 824).

- Aptitudes à expliquer le système de santé du pays hôte :
Il s'agit de questionner les requérants d'asile à propos de ce qu'ils pensent, savent et espèrent des soins médicaux du système de santé du pays hôte afin d'exclure toute attente irréaliste. Le système médical est également expliqué étant donné qu'il est nouveau et différent d'un pays à l'autre. Le but est d'intégrer les demandeurs d'asile dans les soins et de ne pas nuire à la création d'une relation de confiance (Suurmond et al., 2010, p. 824).

1.6. Prise en soins des requérants d'asile adultes

En vue de la volonté nationale d'améliorer la prise en soins des personnes migrantes et de favoriser l'équité des soins, des programmes de santé ont été instaurés. L'OFSP a décidé de mettre en œuvre le programme national « Migration et santé 2014-2017 » visant en premier lieu les personnes migrantes de statut socio-économique bas, en manque de culture sanitaire et souffrant de problèmes de santé. On favorise ainsi une approche intégrative qui peut satisfaire les besoins des migrants dans les structures du système de santé. Les objectifs de ce programme aspirent à améliorer l'état de santé et le comportement sanitaire des personnes migrantes et de les aider à accéder au système de santé (OFSP, 2007).

Dès leur arrivée à Genève, les requérants d'asile sont pris en soins dans une structure de soins spécifique qui se nomme le Programme Santé Migrant (PSM). Ce service permet d'interroger la personne sur son vécu, de faire un bilan de santé et d'évaluer si elle est en bonne santé physique et psychique. Le rôle de première ligne des infirmières consiste à accueillir le patient et à évaluer ses besoins au moyen d'une écoute active. Leurs soins sont orientés en matière de promotion et de prévention de la

santé. Au PSM, l'infirmière a un rôle de soutien et de guidance (Delicado et al., 2016, p.1). De plus, dans le canton de Genève, les personnes requérantes d'asile profitant de l'aide sociale font partie d'un réseau de soins, le Réseau-Santé-Asile (RSA). Dès leur arrivée, un médecin de premier recours (MPR) est attribué à chacun d'entre eux. Celui-ci doit s'occuper de sa prise en soins globale et peut, en cas de besoin, adresser son patient pour certains soins auprès de ses différents collègues spécialistes. Le MPR peut être choisi dans différents endroits : au PSM, aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ou dans un cabinet privé. Sur délégation du MPR, les requérants d'asile ont accès à des consultations dans les différents services du département de santé mentale et psychiatrie (Premand et al, 2013, p.1666).

L'importance de dépister le PTSD dès l'arrivée dans le pays, est capitale afin de permettre une prise en soins immédiate et adéquate. Malgré l'impuissance du personnel soignant face à une possible réponse négative de demande d'asile, ces personnes qui souhaitent construire une nouvelle vie trouveront dans la relation soignant-soigné une oreille attentive ou une épaule sur laquelle s'appuyer pour traverser les différentes étapes (Delicado et al., 2016, p. 4). Le PSM n'est pas la seule structure mise en place pour améliorer la santé des migrants. En effet, le Conseil fédéral a approuvé la stratégie « Santé2020 » le 23 janvier 2013 et l'a récemment prolongée jusqu'à fin 2017. Ce programme consiste à créer un système sanitaire favorisant les chances de vivre en bonne santé et s'adresse surtout aux migrants qui ont une faible culture sanitaire et des difficultés dans la communication, tels que les requérants d'asile. Grâce à celui-ci, leur processus d'intégration est facilité. En parallèle, le personnel soignant fait face à un type de population bien spécifique qui demande une prise en charge complète, soit bio-psycho-sociale et spirituelle (OFSP, 2013).

Le travail en réseau est également nécessaire pour une bonne prise en soins des patients requérants d'asile. Plusieurs intervenants sont concernés ayant chacun un rôle distinct. Le MPR peut détecter à l'arrivée du patient une pathologie psychique difficilement remarquable à cause des différences culturelles. Celui-ci peut ensuite, le diriger vers une consultation psychiatrique, souvent source d'appréhension pour lui. L'infirmière, plus proche du patient car elle se rend compte et peut témoigner de la vie quotidienne qu'elle mène sur son lieu de vie au foyer, doit faire face à une certaine promiscuité (chambres collectives, cuisines et salles de bains en commun) et à de multiples cultures différentes (Bartolomei, Baeryswil-Cottin & Premand, 2014, p.78). Selon une étude qualitative, le rôle de l'infirmière est très apprécié par les requérants

d'asile et les réfugiés. En effet, 70% de l'échantillon choisi pour cette étude indique que la relation qu'ils entretiennent avec elle, est très utile durant toute la durée de leur procédure d'asile. De plus, selon près de 90% de l'échantillon, la compréhension et le respect de leur culture est l'élément le plus important dans leur liaison. L'infirmière permet aux patients de saisir ce qui leur est arrivé (86,6%), les aide à accéder aux services d'interprétation (63,3%) et donne des renseignements utiles en cas de besoin (24%) (McBride, Russo & Block, 2016, p.715). Sur le territoire vaudois, l'Unité de Soins aux Migrants (USMI) s'occupe des soins de premier recours. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des infirmiers, des médecins formés dans la prise en soins des migrants et d'une équipe administrative. Ces différents professionnels de la santé collaborent également avec les MPR du réseau. A l'arrivée des requérants d'asile sur le Canton, l'USMI effectue diverses prestations telles qu'un bilan de santé, un programme de vaccination selon les recommandations du Service de la Santé Publique (SSP) et un programme de prévention et de promotion de la santé auprès des personnes logées dans les centres d'accueil de l'EVAM (RESAMI, 2014). L'assistant social de l'Hospice Général, référent du patient pour sa situation financière, doit également gérer les aspects administratifs de ce dernier. Le mandataire juridique réalise avec le patient son dossier de demande d'asile ou de recours. Finalement, l'interprète, traduisant de manière littérale, avec le risque de simplifier ou d'altérer la conversation, peut également servir d'allié et être considéré comme une ressource pour le patient dans un domaine médical inconnu pour lui. De ce fait, pour satisfaire les besoins évoqués, une coordination et une collaboration étroite entre ces différents acteurs s'avère indispensable pour une prise en soins globale d'un requérant d'asile (Premand et al., 2013, p.1664).

2. Cadre théorique

2.1. Ancrage disciplinaire

Madeleine Leininger, infirmière théoricienne, est née à Sutton, au Nebraska (USA), le 13 juillet 1925 et est décédée le 10 août 2012. Elle s'est interrogée sur la place de la culture dans la prise en soins des patients qu'elle soignait au quotidien lorsqu'elle s'est rendue compte que cet aspect n'était pas pris en compte dans les démarches de soins et que celles-ci n'étaient pas en accord avec les croyances et les perceptions des patients et de leurs familles (Alligood & Tomey, 2010, p. 417).

Ces observations et ses interrogations ont alors donné naissance, en 1969, à une nouvelle notion en lien avec les soins infirmiers, appelée les *soins transculturels*. Le concept central de sa théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture se caractérise par la croyance que les professionnels peuvent être guidés et informés, par des personnes de cultures différentes, afin de fournir des soins personnalisés et ciblés selon les besoins de chacun (Alligood, 2014, p. 418).

Selon elle, il est important que les soins prennent racine du "caring" car c'est un élément central des soins infirmiers ; le "caring" est essentiel pour soigner et guérir et il ne peut donc y avoir de soins sans "caring" (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010, pp. 72-73). Ce terme veut dire « prendre soin » en respectant les valeurs, le mode de vie et la culture de la personne (Limbo Sagar, 2011 p.3).

En effet, selon Purnell et Paulanka (2008), la culture aurait une influence directe ou indirecte sur les perceptions de santé et de maladie. Madeleine Leininger est alors considérée comme la fondatrice et la "mère" de la *prise en soins transculturelle* (Limbo Sagar, 2011, p.1). L'objectif de sa théorie est d'offrir une prise en soins culturellement congruente et compétente pour les personnes de cultures similaires ou diverses grâce à la première méthode de recherche infirmière qu'elle a développée, l'ethnonursing (Leininger & McFarland, 2006, p.19).

La théorie de Madeleine Leininger appartient à l'école du "caring" qui se situe dans le paradigme de la transformation ; chaque personne est unique. Son histoire, sa culture et son environnement forment un tout indivisible. L'école du "caring" correspond à une approche humaniste, en lien avec l'attitude et l'engagement, dans le but de créer un partenariat entre les soignants, le soigné et la famille, mais aussi de favoriser au maximum le potentiel et les compétences du patient. Il favorise et soutient également l'être humain en respectant son mode de vie, ses valeurs et sa culture. La théorie défend une approche holistique, c'est-à-dire bio-psycho-sociale et spirituelle. Dans la

hiérarchie des connaissances, l'école du "caring" fait partie des modèles conceptuels et sa théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture est considérée comme une théorie à large spectre (Pepin et al., 2010, pp.117-118).

La théorie s'illustre notamment par une figure appelée "Sunrise" (cf. *Figure 2 en annexe I/1*) qui permet de découvrir les éléments essentiels à la prise en soins de patients de culture différente. Cette figure représente le lever du soleil avec ses rayons dans lesquels sont écrits différents facteurs (valeurs culturelles, croyances et modes de vie, facteurs politiques et légaux, facteurs économiques, facteurs éducationnels, facteurs religieux et philosophiques, facteurs technologiques et parenté et facteurs sociaux) qui influencent l'individu, la famille, les groupes et les communautés ou les institutions dans divers contextes de santé. Ce soleil symbolise l'univers que les infirmières doivent prendre en compte pour déterminer les soins culturellement congruents pour la santé, le bien-être ou la mort. L'infirmière agit comme un pont entre les soins traditionnels et le système professionnel (Alligood, 2014, p. 425-427).

Dans le but de donner des soins culturels congruents et adéquats, Madeleine Leininger a créé trois modalités d'actions en accord avec la culture de la personne et favorisant le maintien et le recouvrement de la santé, à savoir :

- La conservation ou le maintien du soin culturel : se réfère à des choix qui maintiennent et préservent les valeurs, les croyances et la santé des personnes soignées à un niveau adéquat.
- L'adaptation ou la négociation du soin culturel : la création d'activités d'assistance et de facilitation adaptées ou ajustées à la culture de l'individu et de la famille.
- Le remodelage ou la restructuration du soin culturel : implique un processus de prise de décisions en partenariat qui peut changer ou modifier des mesures pour obtenir de meilleurs résultats de santé.

Ces trois modes d'actions permettent de mieux cibler et comprendre les besoins culturels des patients en donnant des indications sur les interventions. Ils sont également différents de la pratique du soin traditionnel. Ils sont centrés sur les façons d'utiliser des éléments de la théorie d'une manière créative afin de favoriser les soins congruents en les adaptant aux besoins spécifiques des personnes soignées, ce qui permet aux soignants de se questionner et d'adopter une posture réflexive pour offrir des soins de qualité (Limbo Sagar, 201, pp.10-11).

2.2. Les concepts majeurs

2.2.1. Métaconcepts

En sciences infirmières, la prise en soins d'une personne tient compte des définitions des concepts suivants : la personne, la santé, l'environnement et le soin. Selon Madeleine Leininger, le "caring" est le concept central et l'essence des soins infirmiers.

La personne :

Elle ne peut pas être distinguée de sa culture (Leininger & McFarland, 2006, p.21). Madeleine Leininger parle plutôt d'être humain, soutenu et facilité par le "caring" qui respecte ses valeurs, son mode de vie et sa culture (Pepin et al., 2010, pp. 72-73). Ici, l'être humain concerne les requérants d'asile avec les influences de leur parcours migratoire et de leur culture d'origine.

Les soins infirmiers :

Ils comprennent des aspects affectifs en lien avec l'attitude et l'engagement des infirmiers dans les soins. Il en est de même pour les soins techniques et il est important de ne pas les séparer. Il n'y a pas de soins sans le "caring" car il est essentiel pour soigner et guérir (Pepin et al., 2010, pp. 72-73). Les valeurs culturelles et le style de vie de la personne doivent être intégrés dans le processus de soins afin qu'il soit le plus complet et le plus holistique pour interpréter, expliquer, connaître et guider les décisions et actions en matière de soins infirmiers (Leininger & McFarland, 2006, p.29). Dans cette revue de littérature, les soins sont ceux prodigués par des infirmiers ayant des compétences transculturelles et sont reçus par des personnes de culture différente ayant vécu un parcours migratoire récent avec pour conséquence un PTSD.

La santé :

Elle ne signifie pas seulement l'absence de maladie mais se réfère également aux croyances et aux valeurs de la personne (Leininger & McFarland, 2006, p.22). En fonction de l'environnement des personnes, des familles et des communautés, la santé et le bien-être de ces derniers sont influencés par des soins culturels bénéfiques et convenables (Alligood, 2014, p.424). Dans le contexte de ce travail, la santé concerne l'état psychique des requérants d'asile.

L'environnement :

Selon Fawcett (2013), l'environnement constitue l'entourage, les proches aidants, la situation somatique et psychosociale. De plus, les événements avec sens et interprétations sont constitués d'un contexte physique, écologique, sociopolitique et culturel particulier. Dans cette recherche scientifique, l'accès aux soins et les différents facteurs externes, ayant une influence sur l'état de santé et le quotidien des requérants d'asile, définissent l'environnement (Leininger & McFarland, 2006, p.22).

3. Question de recherche

L'approche interculturelle peut-elle améliorer la prise en soins infirmière des requérants d'asile atteints de PTSD ?

4. Méthode

4.1. Méthode de recherche documentaire

La méthode PICOT a été employée dans la recherche d'articles scientifiques. Cet outil permet d'affiner le sujet de recherche dans les différentes bases de données et de répondre ainsi à la question de recherche. Le PICOT qui a été utilisé pour la sélection d'articles pour cette revue se base sur les concepts présentés ci-dessous :

Tableau 2 : *méthode PICOT*

PICOT	Concepts clefs
P (Population)	Requérants d'asile et infirmiers/-ères
I (Intervention)	Approche interculturelle et soins infirmiers
C (Comparaison) or context	Syndrome de stress post-traumatique (PTSD)
O (Outcome)	Amélioration de la prise en soins
T (Temporalité)	Pas nécessaire

Les bases de données sollicitées pour la recherche des articles ont été principalement: PUBMED, qui offre un choix multiple d'articles plus centrés sur les sciences biomédicales, et CINAHL, qui est plus axé sur les sciences infirmières et les sciences paramédicales. Pour affiner la recherche, il a été indispensable d'utiliser des termes se trouvant dans le thésaurus médical. Chaque base de données possède donc son propre vocabulaire, appelé MeSH Terms. Voici ceux trouvés en lien avec le PICOT :

- **Requérant(s) d'asile:** refugee, asylum seekers
- **Infirmiers/-ères :** nurses, nursing personnel
- **Soins infirmiers:** nursing, care, nursing care
- **Compétence culturelle :** cultural competency -(e), transcultural nursing, cultural syndromes
- **Syndrome de stress post-traumatique :** PTSD, stress, disorder, post-traumatic

Ces nombreux MeSH Terms ont mené à différentes équations de recherche. En effet, pour permettre de cibler et d'affiner la recherche d'articles, il a fallu combiner différents MeSH Terms afin d'obtenir des articles abordant la problématique de différentes façons ou sous des angles différents pour apporter une réponse aux différents

questionnements. Une sélection d'équations utilisées dans la recherche des articles sélectionnés se trouve ci-dessous :

Tableau 3 : récapitulatif des algorithmes de recherche et des résultats

Bases de données	Equations	Filtres	Résultats de la recherche
Cinahl	((“nursing”) AND “refugee”)	<input type="checkbox"/> Full text <input type="checkbox"/> Moins de 7 ans (2010-2017) <input type="checkbox"/> Academic Journal	N = 40 Éliminés selon titre = 10 Éliminés selon résumé =27 Éligibles pour l'analyse= 3
Pubmed	((“cultural competence”) AND “Swiss”)	<input type="checkbox"/> Free full text <input type="checkbox"/> Moins de 10 ans (2007-2017)	N=6 Éliminés selon titre = 4 Éliminé selon résumé =1 Éligible pour l'analyse= 1
	((“Post-traumatic stress disorder”) AND “cultural competence”)	<input type="checkbox"/> Free full text <input type="checkbox"/> Moins de 10 ans (2007-2017)	N=9 Éliminés selon titre=2 Éliminés selon résumé=4 Éligibles pour analyse= 3
	((“Cultural competence”) AND “asylum seekers”) AND “nursing”)	<input type="checkbox"/> Full text <input type="checkbox"/> Moins de 10 ans (2007-2017)	N=29 Éliminés selon titre=21 Éliminés selon résumé= 7 Éligible pour analyse=1
	((“Cultural syndromes”) AND “refugees”)	<input type="checkbox"/> Full text <input type="checkbox"/> Moins de 10 ans (2007-2017)	N=12 Éliminés selon titre=5 Éliminés selon résumé= 3 Éligibles pour analyse= 4
Google Scholar	Requérant d'asile et transculturelle	<input type="checkbox"/> Moins de 7 ans (2010-2017) <input type="checkbox"/> Exclusion “inclure les citations”	N=132 Éliminés selon titre = 117 Éliminés selon résumé= 13 Éligibles pour l'analyse = 2
Archive Unige	Asylum seekers	-	N=13 Éliminés selon titre = 10 Éliminé selon résumé =1 Éligibles pour l'analyse = 2

4.2. Diagramme de flux

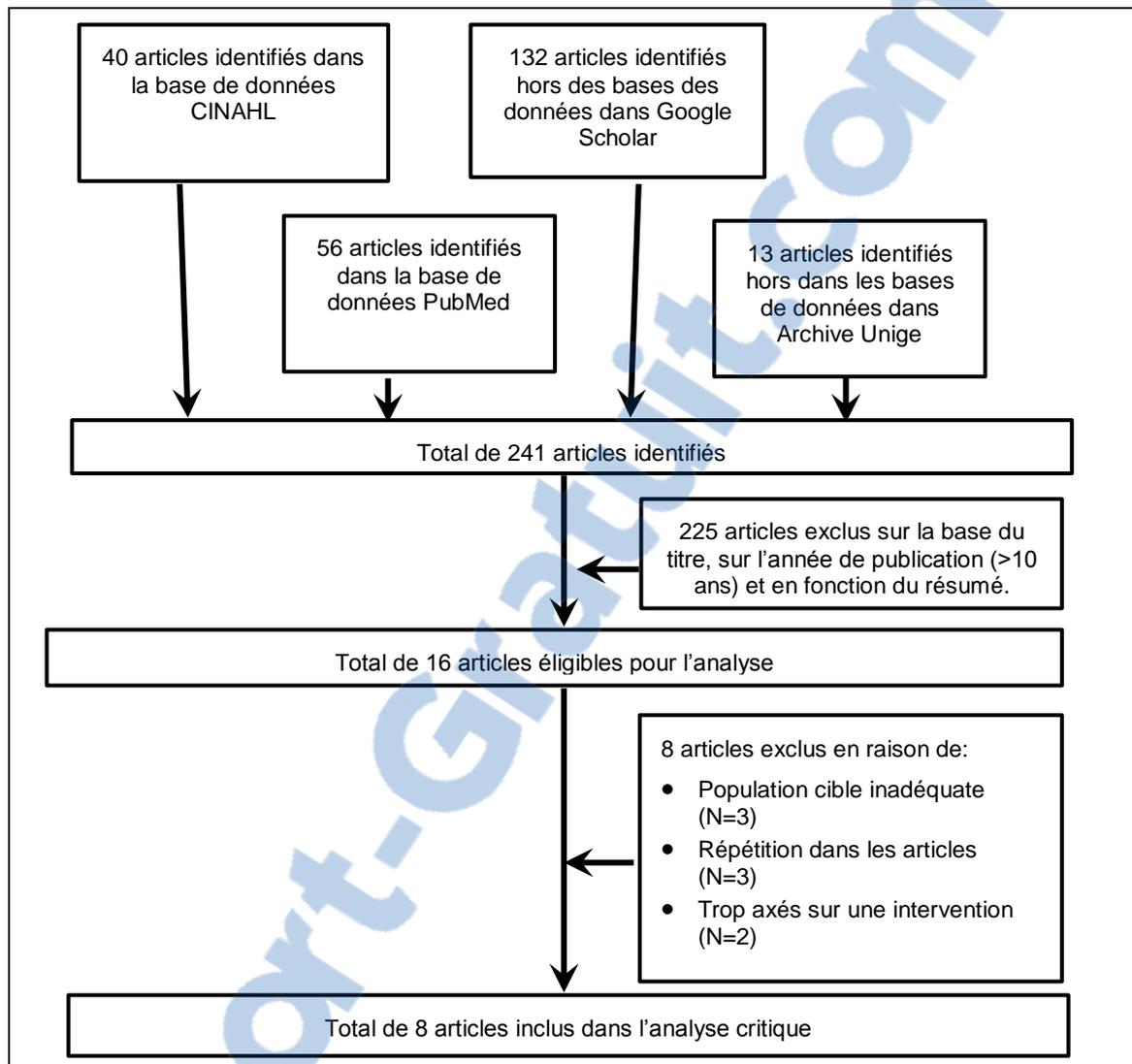


Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

Le diagramme de flux présenté ci-dessus permet de mettre en évidence la démarche de sélection des articles trouvés comprenant divers critères d'exclusion. Cette recherche a été faite sur les bases de données CINAHL et PUBMED mais aussi hors des bases de données via Google Scholar et Archive Unige. Le choix final comprend 8 articles.

4.3. Caractéristiques des articles retenus

Date : articles publiés entre 2009 et 2016

Pays d'origine : Deux études sélectionnées ont été menées en Suisse (Casillas et al., 2014 et Bartolomei et al., 2016), une troisième en Ecosse (Quickfall, 2014) et une quatrième en Afghanistan (Miller et al., 2009). Deux autres études ont été conduites aux Etats-Unis (Fortuna et al., 2010 et Hinton et al., 2013). Pour finir, les deux restantes ont été réalisées aux Pays-Bas (Suurmond et al., 2010 et Strijk et al., 2010). La recherche d'articles s'est principalement axée sur le territoire européen. Mais pour diversifier les résultats, il était pertinent d'étendre la recherche à d'autres continents s'intéressant à la même problématique.

Population cible : Parmi les différents articles sélectionnés, une étude concerne des réfugiés adultes traumatisés ainsi que des demandeurs d'asile dans un hôpital psychiatrique (Strijk et al., 2010). Une deuxième étude compare l'habileté interculturelle des médecins et des infirmières au contact de requérants d'asile, au sein d'une structure hospitalière universitaire suisse (Casillas et al., 2014). L'étude réalisée à Kaboul, la capitale de l'Afghanistan, parle de l'estimation de la validité, l'utilité et la signification clinique du PTSD auprès de 320 adultes dans un contexte profondément affecté par la guerre (Miller et al., 2009). La quatrième étude sélectionnée, faite aux Pays-Bas évoque les compétences culturelles importantes dans la relation avec les requérants d'asile selon le point de vue d'infirmières praticiennes (Suurmond et al., 2010). L'utilisation d'un outil d'évaluation, l'inventaire des symptômes somatiques et des syndromes cambodgiens (CSSI), est présentée lors d'une étude qui s'est déroulée dans une clinique psychiatrique à Lowell dans le Massachusetts aux Etats-Unis (Hinton et al., 2013). L'étude qualitative faite par Fortuna et al. (2010) tente de comprendre le processus amenant à la pose du diagnostic psychiatrique du PTSD chez des patients faisant partie d'une minorité ethnique, en utilisant un modèle et des méthodes d'évaluation spécifiques. Pour finir, les deux dernières études ciblent deux populations ; différents professionnels de la santé en contact avec des requérants d'asile, par le biais de questionnaires et d'entrevues (Bartolomei et al., 2016 et Quickfall, 2014).

Type d'étude et niveau de preuve : Sept études sont qualitatives avec un niveau de preuve s'élevant à 4 et la huitième étude est mixte. La majorité des études sont qualitatives car elles tentent de récolter des données subjectives, telles que des ressentis et des avis, grâce à l'interrogation de soignants et de requérants d'asile au moyen de questionnaires ou d'entrevues.

5. Synthèse des articles retenus

5.1. What are the barriers to access to mental healthcare and the primary needs of asylum seekers? A survey of mental health caregivers and primary care workers.

Bartolomei, J., Baeriswyl-Cottin, R., Framorando, D., Kasina, F., Premand, N., Eytan, A. & Khazaal, Y. (2016)

Il s'agit d'une étude qualitative suisse, conduite à Genève auprès de différents professionnels de la santé en contact avec des requérants d'asile. L'échantillon se compose de médecins généralistes (32) travaillant dans un programme public interculturel, de psychiatres (21), de psychologues (4) travaillant dans des unités publiques de consultations externes ou dans un milieu hospitalier, d'infirmières spécialisées en soins somatiques (10), d'infirmières travaillant en santé mentale (47), de travailleurs sociaux (7), d'un éducateur et d'interprètes (7).

Cette étude a pour but d'évaluer différents prestataires de soins en santé mentale sur les besoins non satisfaits des demandeurs d'asile et les facteurs qui expliquent leur sous-utilisation des services psychiatriques. A cet effet, un questionnaire a été élaboré spécialement pour cette étude. Les participants y ont répondu de manière anonyme en utilisant "Survey Monkey" après avoir donné leur consentement. Le questionnaire a été divisé en plusieurs parties, à savoir :

- Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants
- L'évaluation subjective de la proportion de requérants d'asile qui ont des problèmes de santé mentale sans recevoir de soins appropriés
- L'opinion sur les besoins des requérants d'asile et celle sur les obstacles à l'accès aux soins de santé mentale pour cette population

Pour chaque question, la réponse s'est faite grâce à une échelle de "Likert" où chaque participant a pu exprimer son opinion via cinq options allant de "Tout à fait d'accord" à "Pas du tout d'accord". Puis, des statistiques descriptives ont été utilisées pour les questionnaires. De mars à août 2014, 135 réponses ont été obtenues. La majorité étaient des femmes (62.3%) et des professionnelles en santé mentale (60%), avec une forte représentation de médecins (39.3%) et d'infirmières (42.2%). Plus de la moitié des répondants (75.9%) ont estimé que seulement 20 à 40% des requérants d'asile ont reçu des soins de santé mentale appropriés. Parmi les obstacles à l'accès aux soins, il y a les représentations négatives de la psychiatrie (65.7%), la peur d'être stigmatisé

(66.4%) et le manque d'informations sur les services de soins de santé mentale disponibles (66.2%). D'autres points ne sont pas clairement définis comme étant des obstacles, tels que la complexité de l'accès aux soins, la peur de la médication et la peur de l'hospitalisation involontaire. De plus, il a été soulevé que l'accès à l'emploi, à la formation professionnelle, à l'aide juridique, aux soins dentaires et aux soins de santé mentale est un besoin prioritaire.

Néanmoins, certains avis divergent entre soignants ; le groupe en santé mentale estime à 83.3% que le manque d'information sur les services de santé mentale disponibles représente un obstacle important, contre 57.4% pour les soignants de première ligne. Toutefois, le manque d'information est un obstacle aux soins soulevé par la grande majorité et semble être un point important de cette étude. Puis, 85% des soignants en santé mentale estiment que seulement 20 à 40% des requérants d'asiles reçoivent des soins satisfaisants contre 69.8% pour les soignants de première ligne. Cette importante différence peut être expliquée par le fait que les soignants en santé mentale rencontrent des patients dans les hôpitaux ou en centres de crise ayant reçus des soins psychiatriques adéquats trop tard. Cela peut être la conséquence d'un mauvais diagnostic posé par les soignants de première ligne.

Il s'agirait de la première étude de ce genre faite en Suisse. Peu de recherches ont été conduites en se basant uniquement sur la perception des professionnels de la santé mentale dans un service psychiatrique en Europe. Le fait de ne pas avoir demandé aux requérants d'asile leurs besoins, ni les obstacles à l'accès aux services psychiatriques, constitue une limite. De plus, le nombre modéré de réponses et l'hétérogénéité des participants empêchent une généralisation des résultats. Finalement, l'hypothèse de ces besoins chez cette population de requérants d'asile est propre aux conditions de vie en Suisse. Les besoins peuvent différer selon le pays hôte.

5.2. Cultural competence in practice: the example of the community nursing care of asylum applicants in Scotland

Quickall, J. (2014)

Cette étude qualitative a été menée par une infirmière directrice du “Queen’s Nursing Institute Scotland” (QNIS), association à but non lucratif, à Edimbourg, en Ecosse. Les participants à cette enquête sont des professionnels de soins primaires venant de différents corps de métiers dont des médecins et des infirmières (N=21), et plusieurs de leurs clients ou demandeurs d’asile (N=39). Les demandeurs d’asile interrogés sont présents sur le territoire écossais, à Glasgow.

Le but de l’étude est d’établir les principes sous-jacents de la compétence culturelle auprès de cette population. A l’aide d’une théorie interprétative de la culture et à travers une synthèse de la littérature, l’étude vise à découvrir comment les infirmières communautaires ont intégré le concept dans leur pratique pour fournir, aux demandeurs d’asile et à leurs familles, des soins de santé et des soins infirmiers interculturels de qualité et pour les aider à s’adapter à leur nouvelle communauté. En effet, les infirmières communautaires ont besoin de compétences culturelles pour fournir des soins équitables, accessibles et non discriminatoires à leurs patients.

La méthode utilisée comprend l’observation, des entrevues individuelles et des groupes de discussion pour se rendre compte de comment les infirmières communautaires utilisent la compétence culturelle dans leur pratique avec des demandeurs d’asile et des réfugiés. Au total, 25 séances d’observation ont eu lieu à domicile, comprenant des échanges entre des infirmières communautaires et leurs patients. Chaque observation a été suivie d’une ou de plusieurs entrevues avec chaque professionnel séparément, en utilisant un interprète si nécessaire. Les données récoltées lors de l’observation ont été rédigées manuellement afin d’éviter une majoration de l’anxiété des demandeurs d’asile. En effet, ceux-ci, pour la plupart très méfiants, n’auraient pas consenti à enregistrer l’interview. Les notes de terrain ont été écrites électroniquement dans les 24 heures afin de réduire les biais et les erreurs.

Le concept de la compétence culturelle, défini comme “la capacité à fournir des soins de santé efficaces en tenant compte des croyances, des comportements et des besoins culturels des gens”, a été élaboré grâce à un modèle en quatre étapes (Papadopoulos, 2006). Ce modèle comprend les valeurs organisationnelles, la

sensibilisation culturelle, la sensibilité culturelle et les connaissances culturelles. La sensibilisation culturelle consiste à établir une relation interpersonnelle basée sur la confiance, entre l'infirmière et le patient, par l'échange mutuel de ses propres valeurs et croyances pour fournir des soins axés sur la personne. Quant à la sensibilité culturelle, celle-ci correspond à la façon dont les professionnels de la santé échangent avec leurs patients dans les soins en utilisant les compétences verbales et non verbales.

Au moment de l'étude, les infirmières reconnaissent l'importance d'aider les demandeurs d'asile à s'adapter à leur nouvel environnement d'accueil, en leur donnant des cours d'anglais afin de s'y familiariser. En parallèle, les infirmières promeuvent l'acculturation et permettent un accès équitable aux services pour leurs patients. De plus, ceux-ci acquièrent eux-mêmes des compétences culturelles grâce au processus d'adaptation, ce qui leur permet de comprendre les normes et les valeurs de leur nouvelle communauté et de s'y comporter adéquatement. Lorsque l'infirmière et le patient ne parviennent pas à trouver de langue commune, la présence d'interprètes s'avère également nécessaire afin de favoriser l'efficacité et la sécurité des soins. Toutefois, lorsqu'aucun interprète n'est disponible, le mimétisme peut être utilisé pour surmonter les barrières linguistiques.

Les résultats de l'étude ont été validés grâce à la littérature sur les soins infirmiers et grâce à d'autres études sur les requérants d'asile. De plus, des thèmes communs ressortent de l'étude, comme la nécessité d'une prestation équitable des services, la promotion interculturelle de la santé en tant que processus de partenariat, et l'importance d'apporter de l'aide à l'adaptation à un nouvel environnement social. La compétence culturelle est également tout aussi importante que la compétence clinique, et elle exige une infrastructure d'entreprise de soutien pour fournir une formation, un soutien linguistique et d'autres services de santé spécialisés dans le but de répondre adéquatement aux besoins des patients demandeurs d'asile.

Le faible nombre de répondants de cette étude ethnographique peut être considéré comme une limite. Les résultats sont spécifiques au contexte. Des limites quant à la possibilité du transfert de ces résultats existent car Glasgow était la seule ville écossaise, au moment de l'étude, à recevoir des demandeurs d'asile dispersés. Ces données ne sont donc pas nécessairement applicables à la prise en soins de ces derniers dans d'autres contextes.

5.3. Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study.

Casillas, A., Paroz, S., Green, A-R., Wolff, H., Weber, O., Faucherre, F., Ninane, F. & Bodenmann, P. (2014)

Cet article décrit une étude qualitative menée en Suisse, au sein de l'hôpital universitaire de Lausanne. Dix départements sur treize ont été sollicités pour cette enquête, qui comprenait des médecins chefs, des médecins et des infirmières.

Le but était de comparer l'habileté interculturelle entre les médecins et les infirmières. Le sondage a été envoyé en novembre 2010 et un rappel a été fait, un mois après le premier envoi, à ceux qui n'avaient pas encore répondu. L'enquête s'est déroulée via un questionnaire en ligne. Parmi les 885 questionnaires envoyés, 368 personnes ont répondu, soit 33.6% de médecins et 66.4% d'infirmières.

L'amélioration des compétences culturelles chez les prestataires est remarquée, mais les résultats appuient la nécessité d'une formation interculturelle axée pour les infirmières. En effet, un pourcentage plus élevé de médecins a répondu "oui" concernant les items du tableau 1b, qui traitait les éléments relatifs aux expériences de formation. Il en est de même pour les items du tableau 1c, liés à la sensibilisation aux problèmes interculturels. Cette disparité témoigne peut-être d'une différence innée entre les deux professions des répondants.

Selon l'enquête, les établissements de santé devraient évaluer les compétences des soignants, mettre en place des programmes de formation en regard des compétences, développer de nouveaux outils et modifier les stratégies en matière de formation pour combler les lacunes entre les infirmières et les médecins. Les résultats de l'étude montrent également que des efforts immédiats pour améliorer l'habileté des prestataires peuvent être renforcés par des mécanismes institutionnels en :

- Augmentant l'enseignement de l'interprofessionnalité
- Sensibilisant les soignants sur les questions d'ordre interculturel
- Engageant des professionnels de la santé de divers horizons

Bien que le taux de réponses ait été de 41.2%, un taux jugé faible pour une recherche, les réponses ont été de qualité comparativement à d'autres études faites avec ce type de population. Toutefois, l'enquête était également limitée à une seule institution, les résultats sont donc peu généralisables, sans oublier qu'elle se basait uniquement sur la perception des répondants et non sur la mesure de leurs compétences.

5.4. Health and Social Needs of Traumatized Refugees and Asylum Seekers: an exploratory study.

Strijk, P.J.M., Berno van Meijel, & Gamel, J.C (2010)

Cet article décrit une étude mixte (quantitative et qualitative) qui s'est déroulée aux Pays-Bas auprès de réfugiés adultes traumatisés et de demandeurs d'asile traités dans un hôpital psychiatrique spécialisé pour les survivants d'actes de violence dans leurs pays respectifs. Le but de cette étude est de décrire les besoins en soins des réfugiés et des demandeurs d'asile adultes traumatisés.

Un échantillon de commodité a été utilisé pour l'enquête. Tous les patients en traitement dans l'hôpital psychiatrique (N=65) ont été réunis afin que des informations, écrites et orales, leur soient données concernant l'étude qui a duré 18 mois. Les personnes ayant donné leur consentement ont répondu à une enquête quantitative (N=30) et certaines d'entre elles ont également accepté de participer à une entrevue qualitative (N=8). L'enquête quantitative s'est déroulée à l'aide d'un test "Camberwell Assessment of Need" (CAN) identifiant les besoins sanitaires et sociaux des adultes ayant des problèmes de santé mentale. Il permet également de mesurer les besoins selon la famille et les professionnels de la santé. L'enquête qualitative a eu lieu dans le but d'identifier adéquatement les problèmes et les besoins rencontrés par les réfugiés.

Les résultats montrent un certain nombre de besoins et de difficultés rencontrés par les réfugiés tels que :

- La détresse psychologique
- Le statut de réfugié
- Le désavantage social par rapport aux Néerlandais
- La solitude
- La discrimination
- L'hébergement
- Le financement
- Le manque d'activités pendant la journée
- Le tabou de la psychiatrie
- Le transport

Il a également été remarqué que les réfugiés rencontrent certaines barrières, telles que la difficulté à exprimer leurs propres besoins, car ils pensent que le personnel soignant sait mieux ce qui est nécessaire pour eux. Selon les infirmières, la langue ainsi que les

expériences traumatisantes vécues peuvent être considérées comme des barrières les empêchant de s'exprimer convenablement.

L'étude comprend différentes limites. Tout d'abord, l'instrument utilisé (CAN) est une mesure non spécifique aux requérants d'asile, car il mesure les besoins de santé et sociaux des adultes qui ont des problèmes de santé mentale. Un biais de sélection est également présent étant donné le faible nombre de répondants. Puis, un service d'interprétariat a été utilisé pour 53% des requérants, ce qui peut donc fausser les résultats. Pour finir, l'étude est limitée aux perspectives des patients.

5.5. Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers.

Suurmond, J., Seelman, C., Rupp, I., Goosen, S. & Stronks, K. (2010)

Il s'agit d'une étude qualitative dans laquelle la population participante est composée d'infirmières praticiennes (N=89) des Pays-Bas travaillant avec des requérants d'asile. Le but de cette étude est de comprendre quelles sont les compétences culturelles importantes, selon des infirmières praticiennes, afin d'offrir des soins de santé adéquats et complets aux requérants d'asile.

Une méthode dite de "triangulation" a été utilisée, c'est-à-dire que des données émanant de différentes sources ont été synthétisées afin d'augmenter la probabilité que les résultats qualitatifs soient considérés crédibles. Les questionnaires remplis par les infirmières praticiennes ont été employés pour recueillir des informations générales sur les expériences d'admission de celles-ci, incluant également des questions sur les compétences culturelles. Quatre questions ont été posées à ce sujet :

1. Avez-vous reçu une éducation ou une formation spécifique à l'égard des compétences culturelles et dans l'affirmative, quel est votre contexte éducatif ?
2. Vous sentez-vous culturellement compétent : pourquoi oui ou pourquoi pas ?
3. Quel genre de compétences culturelles est important pour l'admission ?
4. Comment améliorer les compétences culturelles ? (p.822)

De plus, six entrevues, en groupes semi-structurés ont également été menées par deux chercheurs avec 36 infirmières praticiennes, en groupe de deux à neuf personnes, afin d'analyser plus précisément les expériences vécues au quotidien par les infirmières praticiennes. Les données de ces questionnaires et entrevues ont été

récoltées en quatre mois en 2007. Tous les éléments résultant des entretiens ont été enregistrés sur une bande magnétique puis retranscrits.

Les résultats mettent en évidence plusieurs compétences spécifiques à acquérir pour faciliter le contact avec les requérants d'asile selon les infirmières praticiennes des Pays-Bas :

- Des connaissances sur la situation politique et sur le contexte juridique dans le pays d'origine
- Des connaissances à propos des maladies fréquemment rencontrées dans le pays d'origine
- Des connaissances sur l'effet de l'asile sur la santé
- Une aptitude à gérer des expériences traumatiques des demandeurs d'asile
- Des compétences pour expliquer le système de santé du pays hôte

La capacité d'utiliser des services d'interprètes est également considérée comme nécessaire. Toutefois, cette étude est limitée aux perspectives des infirmières ; l'avis et les besoins des requérants d'asile ne sont pas demandés. Seules les compétences culturelles d'un groupe spécifique de fournisseurs de soins, les infirmières praticiennes, ont été explorées. Néanmoins, les auteures pensent que les résultats sont généralisables pour les autres prestataires de soins travaillant avec les requérants d'asile. Une autre limite de cette étude est que le concept des compétences culturelles a été abordé seulement par rapport à l'admission des requérants d'asile et non pour les contacts ultérieurs. Etant donné que l'admission est un moment important dans la relation avec les demandeurs d'asile, les auteures croient que les compétences culturelles s'appliquent également durant la suite de la prise en soins. Pour finir, davantage d'informations auraient pu être récoltées si des questions spécifiques aux compétences culturelles avaient été posées lors des entretiens.

5.6. A qualitative study of clinicians' use of the cultural formulation model in assessing posttraumatic stress disorder.

Fortuna, L.R., Porche, M.V. & Alegria, M. (2009)

Cette étude qualitative comprend des cliniciens (N= 47), de huit cliniques différentes du Nord-Est des Etats-Unis, offrant des soins dans le domaine de la santé mentale à des populations adultes multiculturelles dans des cliniques ambulatoires générales ou dans des services spécialisés dans le traitement de la toxicomanie. Ces cliniques offrent des prestations pour les personnes non assurées, pour les familles qui ne travaillent pas et pour les immigrants récents.

Les patients participant à l'enquête ont été reçus dans un établissement clinique et ont été sélectionnés lors d'une séance d'admission et d'évaluation clinique. L'objectif principal de cette étude est la compréhension du processus de diagnostic psychiatrique du PTSD de patients appartenant à des minorités ethniques. Pour cela, l'enquête va examiner comment les cliniciens utilisent, dans leur pratique, la méthode de Formulation Culturelle du Diagnostic DSM-IV (modèle CFD) avec des patients qui ont vécu des expériences traumatiques.

La méthode utilisée pour cette recherche est basée sur des entrevues entre des cliniciens et des patients de différentes ethnies et cultures. Les cliniciens se sont basés sur le modèle CFD. Toutefois, durant les entrevues, les cliniciens ont ajouté d'autres méthodes pour diagnostiquer le PTSD. Les consultations ont été enregistrées via une petite caméra posée dans un coin de la pièce. L'utilisation d'un interprète a été exclue pour éliminer le facteur de confusion dû à l'implication d'une tierce personne dans les transmissions d'informations cliniques. Au final, un diagnostic de PTSD a été posé auprès de 31 patients, dont des latinos (68%), des blancs non latinos (29%), et des afro-caribéens (3%). 24 cliniciens ont participé à l'évaluation de ces personnes.

Les résultats ont été présentés via plusieurs thèmes :

- Evaluation de l'identité culturelle selon le modèle CFD ; 7 cliniciens ont pris en compte ce point pour leur patient respectif
- Explications culturelles de la maladie ; sans une connaissance pointue du contexte culturel, le soignant pourrait émettre l'hypothèse que le patient a des pensées délirantes
- Facteurs culturels liés à l'environnement psychosocial et au niveau du fonctionnement ; 12 cliniciens se sont intéressés à cet aspect, à savoir comment la culture influence le stress et les réactions du patient face à certaines situations
- Éléments culturels de la relation clinicien-patient ; 4 cliniciens ont fait le récit que cet aspect était important dans la relation soignant-soigné, un clinicien a aussi signifié l'importance d'exprimer ses limites quant aux connaissances culturelles du patient
- L'impact global de la culture sur le diagnostic et les soins ; les caractéristiques culturelles jouent un rôle important dans la détermination du diagnostic de la maladie. Toutefois, deux cliniciens ont prétendu que la culture n'était pas pertinente pour le diagnostic, mais seule l'histoire du traumatisme et de l'abus sont importants

Les résultats de l'étude sont peu généralisables car ils ne comprennent que sept cliniques se situant dans le Nord-Est des Etats-Unis. De plus, les résultats ne contiennent pas la profondeur d'études de cas étendus dans la littérature existante sur le PTSD et la formulation culturelle, mais les exemples présentés dans l'enquête illustrent les modèles et l'étendue de l'utilisation du modèle CFD dans la pratique (inclus dans le DSM-IV). L'obstacle constaté par les cliniciens durant les entrevues est la limite de temps pour évaluer le contexte du traumatisme. Ils ont donc limité les discussions sur les sujets traumatiques afin de réduire la détresse chez les patients.

5.7. The relationship of PTSD to key somatic complaints and cultural syndromes among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic: The Cambodian Somatic Symptom and Syndrome Inventory (CSSI)

Hinton, D.E., Kredlow, M.A., Pich, V., Bui, E. & Hofmann, S.G. (2013)

Cette enquête qualitative présente l'utilisation d'un outil d'évaluation faisant l'inventaire des symptômes somatiques et des syndromes cambodgiens (CSSI) dans le but d'évaluer les effets des traumatismes chez les réfugiés cambodgiens.

Le but de l'étude est de savoir ce que signifie la manifestation de ces symptômes somatiques pour cette population en lien avec ce syndrome et comment les plaintes somatiques varient selon le contexte socio-culturel. Les résultats de cette recherche permettent de mettre en relation l'outil d'évaluation CSSI avec la gravité du PTSD et le fonctionnement perçu par soi-même.

Le CSSI se compose de deux échelles ; la première sont les plaintes somatiques culturellement soulignées et la deuxième sont les syndromes culturels clés. Pour cela, cette méthode évalue 18 symptômes somatiques :

Les vertiges, une sensation d'étourdissement, une vision floue, des maux de tête, des acouphènes, des douleurs au cou, des palpitations, des essoufflements, une oppression thoracique, des fortes expectorations, un inconfort digestif ou ballonnements, les mains et les pieds froids, des engourdissements des bras et des jambes, des douleurs musculaires aux jambes et aux mains, des tremblements au niveau des bras et des jambes, une sensation de faiblesse, une perte d'appétit et une sensation de flottement (p.350, traduction libre).

Ces différents symptômes peuvent découler de quatre processus : la biologie du traumatisme, l'ethno-physiologie locale ou syndromes culturels, les associations

métaphoriques et une association de traumatismes. L'étude s'est déroulée dans une clinique psychiatrique à Lowell dans le Massachusetts aux Etats-Unis, une ville composée d'une forte population de réfugiés cambodgiens. La grande majorité des patients participants à cette étude était à la clinique déjà depuis plusieurs années et les patients ont tous vécu le génocide de Pol Pot.⁴ Au total, 226 personnes ont été interrogées, dont 66% de femmes.

Le score total du CSSI met en avant que les cambodgiens souffrant de PTSD présentent des symptômes propres à ce syndrome mais aussi des symptômes somatiques propres à leur culture. Les réfugiés cambodgiens sont notamment plus inquiets lors de l'apparition de symptômes provenant du "kyhal" que ceux du PTSD. Le "kyhal"⁵ ("attaque de vent") est le terme utilisé par les cambodgiens pour dénommer ces nombreux symptômes somatiques non répertoriés dans le DSM-IV du PTSD et cités ci-dessus. Cette revue de littérature permet de mettre en évidence que certains symptômes, tels que des vertiges, peuvent découler de certains événements traumatiques qui ont marqué la population cambodgienne. En effet, le travail des esclaves, les coups portés à la tête, ainsi que le paludisme peuvent amener au vertige. Le corps étant un très grand réseau de mémoire traumatique, les événements traumatiques peuvent être alors associés à des vertiges.

L'étude suggère que les professionnels de santé en contact avec une population souffrante psychologiquement et provenant de différents contextes culturels devraient établir une liste des diverses manifestations somatiques propres à certaines cultures pour ainsi compléter les échelles du PTSD afin d'être le plus efficient dans la prise en soins.

⁴ Saloth Sar, plus connu sous le nom de Pol pot, est un cambodgien devenu dictateur communiste, soumettant le pays à un régime totalitaire (L'après génocide au Cambodge, S.d)

⁵ Le "khyal" est considéré comme une substance semblable au "vent" qui circule dans le corps au côté du sang. Lors d'une "attaque de khyal", le flux normal est perturbé créant une augmentation de la pression vers le haut du corps causant des symptômes énoncés plus haut. La cause d'une "attaque de khyal" peut être notamment des angoisses et des pleurs (Hinton et al., 2013, traduction libre, pp. 355-356).



5.8. The Validity and Clinical Utility of Post-Traumatic Stress Disorder in Afghanistan

Miller, K.E., Omidian, P., Kulkarni, M., Yaqubi, A., Daudzai, H. & Rasmussen, A. (2009)

L'intérêt de cette étude se porte sur l'estimation de la validité, l'utilité et la signification clinique du PTSD auprès de 320 adultes (160 femmes et 160 hommes) dans un contexte profondément affecté par la guerre dans huit des seize districts de Kaboul, la capitale de l'Afghanistan. Parmi l'échantillon choisi, un niveau élevé d'exposition à la violence et à la tristesse lié à la guerre était représenté.

Afin d'assurer la précision et la facilité de compréhension de tous les éléments nécessaires à la réalisation de l'étude, toutes les mesures ont été traduites en Dari, la langue couramment parlée à Kaboul et des examens de groupe en plusieurs étapes ont été faits. Etant donné que le taux d'alphabétisation est très faible dans la capitale, les articles utilisés pour l'enquête ont été lus à voix haute aux participants qui ont reçu des graphiques représentant des verres remplis de bulles à des niveaux différents. Ces niveaux correspondaient à des choix de réponses propres à Likert :

- Si le verre était vide, cela correspondait à la réponse "rarement"
- Si le verre était moitié plein, cela correspondait à la réponse "parfois"
- Si le verre était plein, cela correspondait à la réponse "la plupart du temps"

Dans le but de certifier la cohésion des différentes mesures, il a été demandé aux participants de répondre aux différents éléments de chaque question en fonction du mois précédent. Quatre jeunes diplômés de l'Université de Kaboul, des géomètres habitant la région et deux personnes expérimentées dans la recherche communautaires ont aidé au bon fonctionnement de l'étude.

Plusieurs thèmes ont été analysés à l'aide de plusieurs échelles : le PTSD selon l'IES-R expliqué ci-dessous, l'anxiété et la dépression selon la liste de vérification des symptômes de Hopkins (HSCL), la détresse psychologique générale selon la liste de contrôle des symptômes afghans, la détérioration fonctionnelle selon l'échelle d'évaluation de l'incapacité de l'organisation mondiale de la santé et le stress traumatique lié à la guerre selon l'échelle des expériences de guerre afghanes.

La symptomatologie du PTSD a été évaluée selon l'IES-R (Impact of Event Scale-Revised), une des mesures les plus fréquentes pour évaluer le traumatisme psychologique. Les choix de réponses pour cette méthode allaient de 0 "pas du tout" à

4 “extrêmement”. Un article a été ajouté au questionnaire afin d'évaluer dans quelle mesure les participants évitent de se confier sur les symptômes ressentis face au traumatisme. Cet élément n'a pas été pris en compte lors du calcul des scores d'IES-R pour l'analyse des données, il a seulement été utilisé de façon descriptive.

Les résultats de cette étude démontrent un aspect complexe du PTSD en Afghanistan. Le PTSD semble avoir une bonne validité de construction dans ce contexte socioculturel ; les symptômes associés à ce diagnostic étaient très répandus dans l'échantillon. Sa validité de construction est également appuyée par la corrélation positive entre le PTSD et l'exposition au stress traumatique lié à la guerre ce qui montre que les symptômes du PTSD sont liés à l'exposition à la violence en Afghanistan. Plusieurs symptômes d'intrusion et d'évitement y sont également associés tels que des souvenirs récurrents et des sentiments liés au traumatisme expérimenté auparavant.

En Afghanistan, il a été noté que de nombreux Afghans sont réticents à parler des souvenirs traumatisants liés à la guerre afin de ne pas perturber d'autres personnes qui pourraient avoir éprouvé des expériences semblables. Cette observation ainsi que la prévalence des symptômes de PTSD dans cet échantillon montrent que malgré que les réfugiés afghans ne signalent pas spontanément des symptômes de PTSD lorsqu'ils abordent le sujet de leur santé mentale, il serait incorrect d'affirmer qu'ils ne présentent pas ces symptômes sans les questionner. Plusieurs signes de détresse culturellement spécifiques peuvent également être retrouvés dans les récits des réfugiés afghans. Par exemple, suite à un stress traumatique, des personnes peuvent devenir “asabi”, ce qui se caractérise par un mélange de nervosité et de colère qui peut conduire à une violence verbale voire physique.

Toutefois, l'utilité clinique du PTSD comme diagnostic n'a pas été prouvée car contrairement à l'hypothèse de départ, l'exposition au stress traumatique lié à la guerre engendre davantage d'autres types de détresse (p. ex. : dépression, anxiété et détresse générale) que des états de stress post-traumatique parmi les réfugiés. De ce fait, le PTSD n'est pas la première manifestation de la souffrance liée au traumatisme en Afghanistan. Ainsi les données récoltées suggèrent d'axer davantage les soins en santé mentale sur les autres formes de souffrance et sur les expressions culturelles spécifiques associées retrouvées parmi les réfugiés afghans qui ont un impact plus conséquent sur leur fonctionnement que les symptômes du PTSD.

Cette étude est limitée par l'importance qu'elle porte aux mesures d'auto-évaluation qui sont propices à plusieurs erreurs de rapport. Par exemple, il est prouvé que des hommes ont tendance à ne pas assez déclarer leur niveau de détresse et à le minimiser. Une autre limite davantage significative dans cette étude est l'utilisation d'une seule mesure pour l'évaluation du PTSD. En raison des diverses limites que comporte l'utilisation d'une seule méthode d'évaluation, il est possible de déduire que les résultats obtenus concernant la validité de la construction et l'utilité clinique du PTSD sont davantage spécifiques à l'IES-R plutôt qu'à la construction du PTSD.

6. Résultats

6.1. Tableau synoptique

Les résultats des articles scientifiques retenus pour l'analyse ont été regroupés par des thématiques et celles-ci ont été réunies dans un tableau synoptique, se trouvant ci-dessous :

Tableau 4 : *tableau synoptique*

Thématiques		1. Bartolomei, J. & al. (2016)	2. Quickfall, J. (2014)	3. Casillas, A. & al. (2014)	4. Patricia, J.M. & al. (2010)	5. Suurmond, J. & al. (2010)	6. Fortuna, L.R. & al. (2009)	7. Hinton, D.E. & al. (2013)	8. Miller, K.E. & al. (2009)
Compétences culturelles	Connaissances culturelles					x	x		x
	Compétences verbales et non verbales		x						
	Sensibilité culturelle	x	x	x		x	x		
	Formation interculturelle axée sur les compétences			x		x			
Obstacles propres aux requérants d'asile	Représentation négative de la psychiatrie	x							
	Peur d'être stigmatisé par la communauté	x			x				
	Manque d'informations sur les services de santé mentale	x							
	Difficulté à exprimer leurs besoins				x				
	Statut de réfugié				x				
	Discrimination				x				
Obstacles propres aux infirmières	Statut psychique (ex : détresse psychologique et solitude)		x		x				
	Barrière de la langue	x			x				
Besoins des requérants d'asile selon les soignants	Manque d'outils (ex : instrument, ressources, formation et éducation)			x	x				
	Accès à l'emploi	x							
	Formation professionnelle	x							
	Aide juridique	x							
	Accès à des soins (ex : somatiques, dentaires et psychiatriques)	x	x						
Besoins des requérants d'asile selon eux-mêmes	Accès aux besoins primaires (ex : logement et bonne alimentation)	x							
	Aspects sociaux et économiques				x				
	Accès aux transports	x			x				
	Activités de jour				x				
PTSD	Paix et sécurité				x				
	Plaintes somatiques							x	x
Identité culturelle	Manifestations psychiques				x		x	x	x
	Association de traumatisme							x	x
Interventions	Histoire du pays (ex : religion, normes sociales)						x	x	x
	Outils (ex : instrument, modèle et interprète)		x	x	x		x	x	
	Formation sur les compétences culturelles			x		x			

6.2. Analyse critique

Au total, huit articles ont été retenus pour cette revue de littérature. Les différents articles ont été résumés, comparés et il s'est avéré que leur complémentarité et les différents éléments s'y trouvant ont été satisfaisants pour répondre à la question de recherche. Les résultats obtenus proposent des pistes d'amélioration à la prise en soins des requérants d'asile en abordant des problématiques spécifiques à cette dernière ainsi qu'en proposant des manières d'y répondre en tant qu'infirmière. La synthèse des données des différents articles met en évidence trois thèmes principaux : les besoins, les difficultés et les barrières rencontrés par les requérants d'asile, les différentes manifestations cliniques du PTSD selon la culture ainsi que l'habileté culturelle et son efficacité chez les soignants en contact avec des requérants d'asile.

Les besoins, les difficultés et les barrières vécus par les requérants d'asile :

Les articles de Bartolomei et al., (2016) et Patricia et al., (2010) soulèvent de nombreux points complémentaires concernant la prise en soins des requérants d'asile. Ces deux études, conduites en Suisse et aux Pays-Bas, mettent en lumière les besoins, les difficultés et les obstacles rencontrés, du point de vue des soignants et des requérants d'asile lors de l'arrivée de ces derniers dans le pays d'accueil. Le premier article énoncé est une étude qualitative faite auprès de médecins et d'infirmières travaillant en santé mentale qui soulève que les principaux obstacles aux soins de santé mentale sont la représentation négative de la psychiatrie, la peur d'être stigmatisé par la communauté en question et le manque d'informations sur les soins existants et les services disponibles. En effet, selon le point de vue des demandeurs d'asile de l'étude de Patricia et al., (2010), la psychiatrie est un tabou. Pourtant, il existe un réel besoin car cette population reconnaît souffrir de détresse psychologique. Cette détresse témoignée s'explique par de nombreux facteurs, dont le fait d'être dans une situation d'incertitude due à l'attente de l'obtention d'un titre de séjour. Ce phénomène favorise un état de solitude et d'ennui et semble être également reconnu par le personnel soignant, qui souligne que l'accès à l'emploi, à la formation, à des bonnes conditions de logement et à des soins mentaux sont des besoins prioritaires pour cette population vulnérable. De plus, la barrière de la langue, la peur de l'hospitalisation involontaire, la peur d'être désavantagé au niveau de leur processus de demande d'asile en cas de sollicitation, la peur de la médication et des effets secondaires sont également des besoins reconnus par cette population. Ces nombreux obstacles ont été cités par les soignants travaillant en santé mentale, sondés dans l'article de Bartolomei et al., (2016).

Quant à l'étude mixte de Patricia et al., (2010), quelques patients ont confié leurs difficultés à exprimer leurs propres besoins, car ils pensent que le personnel soignant sait mieux ce qui est nécessaire pour eux. En parallèle, dans l'étude qualitative de Casillas et al., (2014) faite auprès de médecins et d'infirmières interrogés sur leurs compétences en matière d'habileté culturelle, plusieurs difficultés sont émises par ces dernières telles que la complexité à répondre aux préoccupations des patients vulnérables dans leur traitement.

Les plaintes somatiques et les manifestations cliniques du PTSD :

Ces patients peuvent, de par le traumatisme et le parcours qu'ils ont vécu, présenter un PTSD. Cette pathologie est diagnostiquée à l'aide du DSM-IV et le CIM-10 qui sont des manuels de diagnostics des troubles mentaux. Il a été remarqué à travers certaines études que des manifestations cliniques ou des plaintes somatiques spécifiques à certaines cultures découlent d'un PTSD, mais celles-ci ne sont pas répertoriées dans ces manuels. Les études de Hinton et al., (2013), et Miller et al., (2009), en témoignent par des exemples concrets. En effet, Hinton et al., (2013) ont publié une étude faite auprès des réfugiés cambodgiens souffrant de PTSD, mais se plaignant de céphalées et de vertiges. Ces symptômes découlent selon eux, du "kyhal". Ils sont d'ailleurs beaucoup plus inquiets lors de l'apparition de symptômes provenant du "kyhal" que ceux du PTSD. Un phénomène également présent chez la population afghane qui se manifeste par plusieurs signes de détresse spécifiques à leur culture. D'après l'étude de Miller et al., (2009), cette détresse a un impact plus important sur leur fonctionnement que la manifestation des symptômes du PTSD. La liste des symptômes présents dans les manuels des troubles mentaux ne représente que la pointe de l'iceberg de la souffrance de ces populations.

L'habileté culturelle et son efficacité chez les soignants en contact avec des requérants d'asile :

Selon l'étude de Quickall (2014), interrogeant des infirmières praticiennes des Pays-Bas, un outil se révèle essentiel pour pallier à de tels aspects fréquemment rencontrés entre le personnel soignant et les requérants d'asile. L'outil en question est celui de la compétence culturelle. Le développement de ce concept permet d'offrir des soins centrés sur la personne et de faciliter l'accès équitable aux soins primaires et aux services d'infirmiers communautaires pour les requérants d'asile. Ce processus d'adaptation leur permet d'acquérir eux-mêmes des compétences culturelles qui favorisent leur compréhension des normes et des valeurs de la nouvelle communauté

d'accueil et de s'y comporter adéquatement. Quant aux infirmières, plusieurs compétences culturelles spécifiques sont également requises et exposées dans l'article de Suurmond et al., (2010), qui montre que des connaissances sur la situation politique et sur le contexte juridique dans le pays d'origine, des connaissances sur l'effet de l'asile sur la santé et la capacité à expliquer le système de santé du pays hôte font parties des compétences importantes et spécifiques pour le contact avec cette population. Ces infirmières pensent que les résultats qualitatifs, jugés crédibles grâce à la méthode utilisée dite de "triangulation", peuvent être généralisables à d'autres intervenants malgré qu'elles aient été les seules à être interrogées. La compétence culturelle est aussi importante que la compétence clinique qui ne peut fournir des soins infirmiers adéquats, efficaces et sécuritaires sans une bonne évaluation de la santé (Quickfall, 2014). Certaines compétences générales indispensables à la relation avec les requérants d'asile font également parties de la compétence culturelle tels que le respect envers ses collègues et les patients, l'écoute active, le non-jugement de la part de l'infirmière, une disponibilité pour les patients et une relation basée sur la confiance. La mise en pratique des compétences citées ci-dessus se traduit par une prise de conscience de l'impact de la situation d'un requérant d'asile sur sa santé (p. ex. : détresse psychologique), la stimulation des patients à poursuivre et à affronter le quotidien, la mise en place d'interventions adaptées pour promouvoir la fourniture d'informations aux proches sur les symptômes psychiatriques et sur les possibilités de traitement. L'ensemble de ces compétences réunies permettent d'améliorer les soins de santé, de diminuer certaines inégalités existantes et de parvenir à une prise en soins globale de qualité des requérants d'asile (Suurmond et al., 2010, p.822).

7. Discussion

Ce chapitre se caractérise par un croisement des trois thèmes principaux retenus mis en relation avec le modèle théorique de Madeleine Leininger. L'intérêt de cette partie est de consolider les données retenues dans les articles scientifiques avec l'ancrage théorique afin d'apporter des pistes de réponse.

La migration est un phénomène présent depuis de nombreuses années dans le monde. Toutefois, les demandes d'asile n'ont cessé d'augmenter ces dernières années, tout particulièrement en Suisse, qui a atteint son point culminant fin de l'été 2015 (SEM, 2016). En janvier 2017, le canton de Genève enregistre 4'935 personnes en cours de procédure de demande d'asile. Un nombre significatif, représentant des personnes dans l'incertitude et l'espoir d'obtenir l'autorisation de séjourner légalement dans ce pays pour débiter une nouvelle vie (SEM, 2017).

Les requérants d'asile arrivant dans le pays hôte sont pour la plupart issus de différents pays, appartenant à différents groupes ethniques avec leurs croyances et leurs propres cultures. Cette grande diversité et le manque d'homogénéité des groupes peut compliquer les situations de prise en soins et la pose du bon diagnostic pour les soignants de première ligne. En effet, il a été remarqué dans l'étude de Hinton et al., (2013) et Miller et al., (2009), que certaines manifestations cliniques du PTSD peuvent grandement différer dans certaines cultures et d'une culture à une autre. Selon l'article de Hinton et al., (2013), dans la culture cambodgienne, le traumatisme provoque des effets biologiques qui mettent en avant un syndrome culturel ou une perturbation éthophysologique qui se manifestent par des symptômes spécifiques, tels que des vertiges, des douleurs cervicales et des palpitations. L'expression du PTSD peut alors se dissimuler sous ces plaintes somatiques non communes. Il en est de même pour la population afghane qui, selon l'étude de Miller et al., (2009), vit une détresse appelée "asabi" ou "jigar khun" ayant pour conséquence un impact plus important sur le fonctionnement de la personne que les symptômes du PTSD répertoriés dans le DSM-IV ou CIM 10. Ces particularités significatives laissent supposer qu'il existe une multitude de réponses dans l'expression du PTSD selon l'histoire du pays de provenance de la personne soignée et d'après la culture à laquelle elle s'identifie. Tous ces éléments démontrent la complexité de prendre en soin de manière congruente une personne d'une autre culture.

Pour répondre à ces difficultés, les trois modes d'actions et guides de décision énoncés par Madeleine Leininger peuvent fournir des clés pour donner des soins infirmiers culturellement congruents, solides et signifiants aux cultures (Allgood, 2014, p. 425). En effet, la plupart des soignants de l'étude de Suurmond et al., (2010), ne se sentent suffisamment pas compétents face à la diversité de la population des requérants d'asile. Les facteurs indispensables pour parvenir à des soins cohérents se caractérisent par : la préservation ou l'entretien des soins de la culture, l'hébergement ou les modes de négociation des soins de la culture, et la restructuration de la culture ou le repérage. La première étape du processus pour devenir culturellement compétent selon Leininger, se caractérise par les décisions qui maintiennent et préservent les valeurs et les croyances souhaitées. En pratique, cela se traduit par le respect, l'écoute et la présence du personnel soignant, plus spécifiquement des infirmières. Celles-ci doivent travailler en collaboration avec les requérants d'asile afin de comprendre leur bagage culturel et leurs désirs. Lorsque les infirmières parviennent à établir un lien avec leurs patients, il est dès lors plus aisé de recueillir des éléments précis et

pertinents à intégrer à la prise en soins. La seconde étape est utilisée par l'infirmière lorsqu'elle utilise la négociation comme intervention avec des individus et des groupes dans le but de promouvoir des soins culturellement compétents dans la promotion de la santé (p. ex. : l'enseignement) et dans la prévention de la maladie ou de la mort. Des décisions mutuelles sont prises avec le patient pour modifier le plan de soins établi au préalable dans le but d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé, caractérisant la troisième et dernière étape (Limbo Sagar, 2011, pp.3-4). Lors de cette évaluation, l'infirmière découvre le monde des patients pour découvrir des connaissances culturelles souvent insérées dans les valeurs individuelles et familiales (Alligood, 2014, p.420).

Chaque culture a des genres (emic) et des soins professionnels (etic) à découvrir et à appliquer pour favoriser des pratiques de soins culturellement congruents (Limbo Sagar, 2011, p.3). Selon Madeleine Leininger, il est important d'étudier les gens à partir de leurs connaissances internes ou locales et de leurs expériences pour les différencier plus tard avec les croyances et les pratiques externes (Alligood, 2014, p.422).

De par leur différente culture et leurs parcours de vie, ces personnes présentent ainsi des besoins spécifiques qui doivent être entendus et reconnus. Toutefois, selon les infirmières, il semble qu'une barrière empêche les requérants d'asile d'exprimer clairement leurs besoins à cause des expériences traumatisantes qu'ils ont vécu. Dans la littérature, il a été remarqué qu'aucun instrument n'a été développé pour aider le personnel soignant à identifier les besoins sanitaires et sociaux de cette population. De ce fait, les infirmières doivent se contenter d'évaluer de manière approfondie des difficultés et des besoins en partenariat avec le patient, ce qui limite leur faculté à déterminer le type de soins adéquats à un cas spécifique. Les infirmières utilisent donc en général leur intuition et leur expérience pour définir le type de soins à prodiguer (Strijk et al., 2010). Elles pourraient également s'aider d'outils pour remédier à cette difficulté en faisant par exemple appel à des services d'interprétariat. Cependant, selon l'étude de Fortuna et al., (2009), l'implication d'une tierce personne dans les transmissions d'informations pourrait porter à confusion.

Par conséquent, l'importance du développement et de l'acquisition des compétences culturelles se démontre dans la mise en évidence des besoins et des obstacles de cette population. Selon l'étude de Suurmond et al., (2010), l'un des besoins exprimés par les requérants d'asile à leur arrivée se trouve être l'accès au transport. L'infirmière

serait alors capable de fournir des conseils et du soutien dans l'utilisation des transports publics afin de renforcer leur indépendance et l'augmentation de leurs activités, ce qui pourrait ainsi diminuer un des obstacles propres aux requérants d'asile, à savoir celui de la solitude. Ces habiletés pourraient également se révéler efficaces dans le dépistage du PTSD chez les demandeurs d'asile dès leur arrivée dans le pays hôte. Une souffrance décelée à temps peut ainsi éviter la majoration de certains symptômes et l'aggravation du syndrome. C'est pourquoi cette étape est primordiale dans la prise en soins de cette population, car certains vivent dans des conditions précaires dans le pays en question, ce qui peut accroître les symptômes déjà existants.

Selon l'étude de Suurmond et al., (2010), de nombreuses infirmières praticiennes aux Pays-Bas pensent que la compétence culturelle peut être améliorée en l'intégrant davantage dans la formation. Les résultats de l'étude de Casillas et al., (2014) appuient également la nécessité d'une formation interculturelle axée pour les infirmières. D'autres sont d'avis que les soignants peuvent s'améliorer en travaillant concrètement dans un foyer, en questionnant des collègues, en demandant l'avis des requérants d'asile sur ce qu'ils considèrent comme important ou en travaillant avec des services d'interprétation (Suurmond et al., 2010).

Toutefois, l'acquisition de la compétence culturelle par les intervenants en soins n'est pas le seul aspect à prendre en compte dans la prise en soins des requérants d'asile. Il se peut que les professionnels de la santé éprouvent un sentiment d'impuissance lorsque la demande d'asile est refusée, signifiant le retour de la personne dans le pays d'origine. Ainsi, même si les fournisseurs de soins sont culturellement compétents, ils doivent faire face à des restrictions par rapport à leurs possibilités d'offre en soins médicaux. C'est pourquoi, des compétences médicales spécifiques au pays se révèlent nécessaires telles que la capacité de travailler dans un contexte juridique quelconque (Strijk et al., 2010).

Finalement, les compétences culturelles ne doivent pas être considérées comme une liste de capacités à cocher au fur et à mesure de leur acquisition mais comme un processus lent et continu tout au long de la carrière des soignants qui doivent toujours se remettre en question grâce à l'autoréflexion. Cette théorie est tout à fait adéquate pour les infirmières travaillant régulièrement avec des requérants d'asile, une population qui, par définition, se développe et évolue en fonction des guerres et des traumatismes vécus dans son pays de provenance (Suurmond et al., 2010).

Cependant, ce n'est pas l'unique population à vivre ce genre de déracinements ; cette théorie ne pourrait-elle donc pas également s'appliquer à d'autres groupes de patients qui évoluent dans un contexte où les croyances et la culture sont différentes des leurs?

Pour finir, il ne faut pas oublier que dans les soins infirmiers, il est important de se focaliser avant tout sur la situation individuelle de chaque patient et sur les problèmes et besoins actuels de celui-ci (Strijk et al., 2010), car chaque prise en soins doit être personnalisée et adaptée à chaque individu (Pepin et al., 2010, p.58). En effet, outre leur culture, il ne faut pas oublier que ce sont toutes des personnes différentes et des êtres humains dans leur diversité et leur unicité. Il reste alors primordial de prendre en compte le genre, la classe, la religion, l'histoire et l'orientation sexuelle. L'important est de pouvoir se décentrer du spectre culturel traditionnel dans lequel les patients sont vus, d'oublier les stéréotypes et les préjugés qui conduisent l'être humain à réduire les malades à leur couleur de peau et à leur culture (Phaneuf, 2013, p.24).

8. Conclusion

En conclusion, la question de recherche formulée dans cette revue de littérature soulève un besoin en formation culturelle pour la profession infirmière actuelle. En effet, il a été remarqué dans l'étude de Casillas et al., (2014) que les infirmières d'un grand hôpital universitaire suisse présentaient des difficultés à prendre en soins une population de culture différente. Qui plus est, la population cible de ce travail c'est-à-dire les requérants d'asile, deviennent de plus en plus présents dans les milieux de soins suisse de par l'instabilité politique croissante dans certains pays mais aussi de par l'attractivité économique et sociale de cette région. Cette diversité ethnique et culturelle représente un nouveau défi pour les infirmières mais évoque également de nouveaux questionnements auxquels le monde de la santé doit faire face pour fournir des soins satisfaisants.

Les résultats obtenus lors de cette revue de littérature mettent en évidence le bénéfice et l'utilité d'une approche interculturelle dans les divers milieux de soins, tout en utilisant les compétences culturelles décrites par Madeleine Leininger. Pour aider dans ce sens, il est primordial que les établissements de soins créent de nouveaux outils (modèles, instruments) et proposent des formations dans le but de sensibiliser les professionnels et les aider dans la prise en soins d'une population migrante. Il serait peut-être aussi intéressant de développer et de valoriser la formation d'infirmières praticiennes en Suisse, un concept déjà présent dans certains pays du Nord tel que le Canada.

8.1. Apports et limites du travail

Ce travail apporte plusieurs éléments de réponses au contexte de soins actuel. La Suisse étant située à un point stratégique de l'Europe, elle accueille régulièrement un grand nombre de requérants d'asile. De ce fait, les infirmières doivent être compétentes pour soutenir et soigner cette population.

Toutefois, il existe une limite spécifique à ce travail. Il a été difficile de trouver des études traitant de l'approche interculturelle en lien avec la prise en soins de requérants d'asile souffrant de PTSD. De ce fait, la population cible de ce travail est peu représentée parmi les articles choisis ; deux articles évoquent différentes manifestations cliniques présentées par des requérants d'asile cambodgiens et afghans souffrant de PTSD. S'agissant d'une population provenant de deux pays spécifiques, les résultats sont peu généralisables à l'ensemble des requérants d'asile. Cependant, les études ont été réalisées dans différents pays, apportant des avis similaires et complémentaires, pouvant être considérés comme un avantage.

9. Listes des références bibliographiques

- Abemyil, M. (2010). *Soin transculturel, un impératif pour l'Infirmière du 21ème siècle ou quand la science rencontre l'anthropologie*. Cameroun.
- Academisch Medisch Centrum. (2017). *Dr. J. Suurmond PhD*. Accès <https://www.amc.nl/web/Research/Who-is-Who-in-Research/Who-is-Who-in-Research.htm?p=912>
- Academisch Medisch Centrum. (2017). *Prof. dr.K. Stronks PhD*. Accès <https://www.amc.nl/web/Research/Who-is-Who-in-Research/Who-is-Who-in-Research.htm?p=26#>
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (Eds.). (2010). *Nursing Theorists and their work (7e éd.)*. USA: Mosby Elsevier.
- Alligood, M.R. (2014). *Nursing Theorists and their work (8e éd.)*. USA : Mosby Elsevier.
- American Psychiatric Association. (2005). *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Accès <https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>
- Asile.ch. (2015). *Les principaux pays de provenance des réfugiés en Suisse*. Accès <http://asile.ch/prejuge-plus/libre-choix/dou-viennent-les-refugies/les-principaux-pays-de-provenance-des-refugies-en-suisse/>
- Bartolomei, J., Baeriswyl-Cottin, R., Framorando, D., Kasina, F., Premand, N., Eytan, A. & Khazaal, Y. (2016). What are the barriers to access to mental healthcare and the primary needs of asylum seekers? A survey of mental health caregivers and primary care workers. *BMC Psychiatry*, 16(1), 336. doi: 10.1186/s12888-016-1048-6
- Bartolomei, J., Baeriswyl-Cottin, R. & Premand, N. (2014). Réponses institutionnelles à la souffrance psychique des personnes requérantes d'asile : l'expérience genevoise. *Alterstice*, 4(2), 77-84. Accès https://www.journal.psy.ulaval.ca/ojs/index.php/ARIRI/article/viewFile/Bartolomei_Alterstice4%282%29/pdf
- Casillas, A., Paroz, S., Green, A-R., Wolff, H., Weber, O., Faucherre, F., Ninane, F. & Bodenmann, P. (2014). Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 14(19). doi : 10.1186/1472-6920-14-19
- Delicado, N., Décaillet Lopez, P., Huehn, B., & Hourton, G. (2016). *Assurer les soins même à la sortie de l'asile*. Accès <https://www.reiso.org/articles/themes/migrations/437-assurer-les-soins-meme-a-la-sortie-de-l-asile>

- Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants. (2007). *Foire aux questions*. Accès <https://www.evam.ch/faq/>
- Fawcett, J. & Desanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (3e éd.). Philadelphia : Davis Compagny.
- Ferreri, F., Agbokou, C., Peretti, C.S., & Ferreri, M., (2011). Psychotraumatismes majeurs : état de stress aigu et états de stress post-traumatique. *Elsevier Masson SAS*, 37-329-A-11
- Fortuna, L.R., Porche, M.V. & Alegria, M. (2009). A qualitative study of clinician's use of the cultural formulation model in assessing posttraumatic stress disorder. *Transcult psychiatry*, 46(3), 429-450. doi:10.1177/136346150942948
- Garcia de Gonzalez, R.M. (2014). *Trauma and Distress of Immigrant and Refugee Families: the Journey of Strengths, Resilience and Healing*. Accès https://www.gov.mb.ca/healthychild/ncd/forum2015_trauma_distress.pdf
- Gehri M., Jäger, F., Wagner, N. & Gehri, M. (2016). Prise en charge clinique de la population : focus pédiatrique [Numéro spécial]. *Paediatrica*. Accès http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/03-10_0.pdf
- Hinton, D.E., Kredlow, M.A., Pich, V., Bui, E. & Hofmann, S.G. (2013). The relationship of PTSD to key somatic complaints and cultural syndromes among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic: The Cambodian Somatic Symptom and Syndrome Inventory (CSSI). *Transcultural psychiatry*, 50(3), 347-370. doi: 10.1177/1363461513481187
- International Organization for Migration IOM. (2015). *What is a Migrant?*. Accès <https://www.iom.int/what-is-a-migrant>
- L'après génocide au Cambodge. (S.d). *Pol Pot, le frère numéro 1*. Accès http://www.apres-genocide-cambodge.com/index.php?option=com_content&view=article&id=41:biographie-de-pol-pot&catid=17:les-leaders-khmers-rouges&Itemid=22
- Leininger, M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A worldwide nursing theory* (2e éd.). Jones & Bartlett Learning: Sudberri.
- Limbo Sagar, P. (2011). *Transcultural Nursing Theory and Models: Application in Nursing Education, Practice, and Administration*. New York: Springer Publishing Company.
- LinkedIn. (2017). *Simone Goosen*. Accès <https://nl.linkedin.com/in/simone-goosen-b994925>
- Loosli-Avimadjessi, C. Wosinski, J., & Vetterli M-L. (2011). Détresse psychologique et stress post-traumatique chez les déboutés de l'asile en hébergement collectif. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 1(1). doi :

- Maddern S. (2004). Post-traumatic stress disorder in asylum seekers. *Nursing Standard*, 18(18),36-39.
- Manguin, B. (2017). *Rapport annuel 2016*. Genève : Hospice général
- McBride, J., Russo, A. & Block, A. (2016). The Refugee Health Nurse Liaison: a nurse led initiative to improve healthcare for asylum seekers and refugees. *Contemporary Nurse*, 52(6), 710-721. doi: 10.1080/10376178.2016.1238774
- Miller, K.E., Omidian, P., Kulkarni, M., Yaqubi, A., Daudzai, H. & Rasmussen A. (2009). The validity and clinical utility of post-traumatic stress disorder in Afghanistan. *Transcultural psychiatry*, 46(2), 219-237. doi : 10.1177/1363461509105813
- Phaneuf, M. (2013). *L'approche interculturelle, une nécessité actuelle, 1ère partie : Regard sur la situation des immigrants au Québec et sur leurs difficultés*. Accès http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/Approche_interculturelle_une_necessite_actuelle-Regard_sur_la_situation_....pdf
- Phaneuf, M. (2013). 3^e partie : *L'approche interculturelle, communication et soins dans un contexte d'ouverture*. Accès http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/pproche5Finterculturelle-communication_et_soins_dans_un_contexte_dâ€™ouver....pdf
- Premand, N., Baeriswyl-Cottin, R., Gex-Fabry, M., Coraboeuf, B., Giannakopoulos, P., Eytan, A. & Bartolomei, J. (2013). Soins psychiatriques pour les requérants d'asile à Genève : une approche multidisciplinaire pour préserver la singularité des soins. *Revue médicale suisse*, 9(398), 1664-1668
- Psychomedia. (2015). *Etat de stress post-traumatique : définition, symptômes, diagnostic (DSM-5)*. Accès <http://www.psychomedia.qc.ca/sante-mentale/2015-11-15/stress-post-traumatique-criteres-diagnostiques-dsm-5>
- Office fédéral de la santé publique OFSP. (2007). *Stratégie migration et santé (phase II : 2008-2013)*. Accès <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=fr>
- Organisation internationale pour les migrations. (2017). *Qui est un migrant ?* Accès <https://www.iom.int/fr/qui-est-un-migrant>
- Organisation internationale pour les migrations. (2017). *Migrations Flows-Europe*. Accès <http://migration.iom.int/europe/>
- Organisation internationale pour les migrations. (2015). *Termes clés de la migration*. Accès <http://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière (3e éd.)*. Montréal: Chenelière éducation.

- Purnell, L. (2002). The Purnell model for cultural competence. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 193-196. Accès <http://esdhweb.ucl.dk/217435.The%20Purnell%20Model%20for%20Culturel%20Competence.pdf>
- Quickfall, J. (2014). Cultural competence in practice: the example of the community nursing care of asylum applicants in Scotland. *Diversity and Equality in Health and Care*, 11, 247-253. Accès <http://diversityhealthcare.imedpub.com/cultural-competence-in-practice-the-example-of-the-community-nursing-care-of-asylum-applicants-in-scotland.pdf>
- ReasearchGate. (2017). Ines Rupp. Accès https://www.reasearchgate.net/profile/Ines_Rupp
- RESAMI. (S.d). *Unité de Soins aux Migrants (USMI)*. Accès <https://www.resami.ch/resami/unite-de-soins-aux-migrants-usmi.html>
- Saraga, M., Clément, P., Moren-Dàvilla, N., Keravec, E. & Bodemann, P. (2012). Durcissement des lois sociales et santé des migrants forcés : trois ans après la Loi sur l'asile (LAsi). *Revue Médicale Suisse*, 8, 1786-90
- Secrétariat d'Etat aux migrations SEM. (2016). *Effectif des requérants d'asile (permis N) avec activité lucrative*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik/archiv/2016/11.html>
- Secrétariat d'Etat aux migrations SEM. (2016). *Rapport sur la migration 2016*. Accès <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/berichte/migration/migrationsbericht-2016-f.pdf>
- Secrétariat d'Etat aux migrations SEM. (2017). *Statistique en matière d'asile 2017*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik/archiv/2017.html>
- Seeleman, C. (2017). Conny Seeleman, Msc. Accès <https://dx.confex.com/dx/10/webprogram/Person1363.html>
- Spence, D. G. (2001). Prejudice, Paradox, and Possibility: Nursing People from Cultures Other than One's Own. *Journal of Transcultural Nursing*, 12(2), 100-106. doi: 10.1177/104365960101200203
- Suurmond, J., Seelman, C., Rupp, I., Goosen, S. & Stronks, K. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Elsevier: Nurse Education Today*, 30(2010), 821-826. doi: 10.1016/j.nedt.2010.03.006
- Strijk, P.J.M., Berno van Meijel, & Gamel, J.C. (2010). Health and Social Needs of Traumatized Refugees and Asylum Seekers: An Exploratory Study. *Perspectives in psychiatric care*, 47(2011), 48-55. doi : 10.1111/J.1744-6163.2010.00270.x

10. Annexes

Annexe I

Fiche lecture

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

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

➤ *Identité des auteures* : Cet article est écrit par cinq auteures, toutes exerçant une activité différente.

- Jeanine Suurmond a écrit sa thèse pour son doctorat en 1998 dont le titre est "Limites aux frontières", une analyse des débats sur les migrants et les réfugiés. Actuellement, elle travaille comme chercheuse au département de médecine sociale au centre médical universitaire à l'université d'Amsterdam (Academisch Medisch Centrum, 2017).
- Conny Seeleman est chercheuse au département de médecine sociale du centre médical académique à l'Université d'Amsterdam. Elle a tenté d'analyser la qualité des soins offerts à une population d'origine ethnique diversifiée (Seeleman, 2017).
- Ines Rupp détient un doctorat du centre médical académique de l'université d'Amsterdam dans le département de la santé publique (LinkedIn, 2017).
- Simone Goosen a rédigé sa thèse de doctorat en 2014 dans laquelle elle donne quelques explications et recommandations pour améliorer la santé des réfugiés et des requérants d'asile. Elle est conseillère politique, particulièrement dans le domaine de la santé publique et de la prévention, et épidémiologiste (ResearchGate, 2017).
- Karien Stronks a obtenu son doctorat en 1997, à l'Institut de la santé publique, à l'université d'Erasmus, en rédigeant une thèse sur les origines des inégalités socioéconomiques de la santé aux Pays-Bas. Depuis 2006, elle est professeure de médecine sociale à l'université d'Amsterdam et cheffe du même département (Academisch Medisch Centrum, 2017).

➤ *Le nom et type de revue* :

La revue s'intitule "Nurse Education Today" et a été rédigée par le Professeur William Lauder. Il s'agit de la première revue internationale proposant un forum qui permet de publier des recherches et des débats sur les soins de santé dans le domaine de la

profession infirmière. Cette revue constitue l'un des principaux journaux d'éducation infirmière qui s'adresse à toutes les personnes intéressées par la recherche, la théorie, la politique ou la philosophie des soins infirmiers et l'éducation aux soins de santé.

➤ *Le lieu de l'étude :*

Le cadre institutionnel dans lequel l'étude a été effectuée est formé de centres pour requérants d'asile aux Pays-Bas.

➤ *Les objectifs pratiques :*

La connaissance de certaines compétences culturelles permettra aux infirmières de mieux accompagner les requérants d'asile et aidera à améliorer leur qualité de vie en leur offrant des soins congruents et de qualité.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

Les compétences culturelles sont importantes pour travailler avec des requérants d'asile selon des infirmières praticiennes.

1.2.2 Question de recherche :

Quelles sont les compétences culturelles importantes à acquérir pour soigner de manière efficace et congruente ainsi que pour répondre aux besoins des requérants d'asile selon des infirmières praticiennes des Pays-Bas ?

1.2.3 Hypothèses de travail :

L'idée est qu'en rendant les prestataires de soins congruents et compétents culturellement, les soins de santé offerts aux patients de diverses origines ethniques peuvent s'améliorer et ainsi diminuer les inégalités en matière de santé.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche :

Dans l'article, nous retrouvons quelques notions qui s'appuient sur certains théoriciens très actifs à propos de ce sujet, à savoir les compétences culturelles. Il s'agit de Purnell, Campinha-Bacote, Betancourt et Seeleman. Toutefois, il n'y a pas de cadre théorique spécifique énoncé dans cette étude.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Le principal concept est celui de la compétence culturelle décrit comme "une combinaison de connaissances sur certains groupes culturels, ainsi que sur les

attitudes et les compétences nécessaires pour faire face à la diversité culturelle”.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de données :

Une méthode dite de “triangulation” a été utilisée, c’est-à-dire que des données émanant de différentes sources ont été synthétisées afin d’augmenter la probabilité que les résultats qualitatifs soient considérés crédibles. Des questionnaires remplis par 89 infirmières praticiennes ont été employés pour recueillir des informations générales sur les expériences d’admission de ces infirmières incluant également des questions sur les compétences culturelles. Quatre questions ont été posées à ce sujet :

1. “Avez-vous reçu une éducation ou une formation spécifique à l’égard des compétences culturelles, et dans l’affirmative, quel est votre contexte éducatif ?”
2. “Vous sentez-vous culturellement compétent : pourquoi oui ou pourquoi pas ?”
3. “Quel genre de compétences culturelles est important pour l’admission ?”
4. “Comment améliorer les compétences culturelles ?”

Six entrevues, en groupes semi-structurés, ont également été menées par deux chercheurs qui ont alterné la pose de questions avec la prise de notes, avec 36 infirmières praticiennes, par groupe de deux à neuf personnes, afin d’analyser plus précisément les expériences vécues au quotidien par les infirmières praticiennes. Les données de ces questionnaires et entrevues ont été récoltées en quatre mois en 2007. Tous les éléments résultant des entretiens ont été enregistrés sur une bande magnétique puis retranscrits.

1.3.2 Population de l’étude :

Un échantillon de 89 infirmières praticiennes, provenant de différents centres d’asile aux Pays-Bas, a été utilisé pour optimiser les variations d’expériences avec les demandeurs d’asile. Le critère de sélection était de prendre des infirmières praticiennes ayant de l’expérience avec les requérants d’asile sur le terrain.

1.3.3 Type d’analyse :

Il s’agit d’une recherche qualitative empirique où des questionnaires ont été remplis par 89 infirmières, et six entrevues ont été menées avec 36 d’entre elles en groupe de deux à neuf personnes. Le chercheur engage une conversation avec le collaborateur qui accepte de partager ses expériences et ses opinions.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

Les résultats mettent en évidence plusieurs compétences spécifiques à acquérir pour faciliter le contact avec les requérants d'asile selon les infirmières praticiennes des Pays-Bas :

- Des connaissances sur la situation politique et sur le contexte juridique dans le pays d'origine
- Des connaissances à propos des maladies fréquemment rencontrées dans le pays d'origine
- Des connaissances sur l'effet de l'asile sur la santé
- Une aptitude à gérer des expériences traumatiques des demandeurs d'asile
- Des compétences pour expliquer le système de santé du pays hôte.

La capacité d'utiliser des services d'interprètes est également considérée comme nécessaire.

1.4.2 Conclusions générales :

Cet article décrit la première étude empirique qui expose les compétences culturelles concernant les prestataires de soins et les requérants d'asile. Les résultats peuvent être utilisés pour la formation et l'éducation des différents professionnels de la santé.

1.4.3 Particularité ou l'originalité de leur étude :

L'analyse qualitative, et non quantitative, de cette étude consiste à comprendre comment les infirmières conçoivent et gèrent leurs compétences au quotidien dans leur relation avec les requérants d'asile. L'intérêt de ce type d'étude est de laisser parler les personnes afin de livrer une description complète des compétences culturelles.

1.5 Éthique

Cette étude concerne seulement les prestataires de soins, et ceux-ci n'ont subi qu'une interview. Tous les patients ont été assurés de la confidentialité de l'étude à l'aide d'un dépliant et d'une lettre joints au questionnaire dont l'anonymat a également été garanti. Des codes ont été utilisés pour distinguer les répondants afin d'assurer leur anonymat. Quant aux entrevues, le consentement éclairé de tous les prestataires de soins impliqués a été assuré et enregistré avant les entretiens.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

Cet article permet de mieux comprendre les compétences culturelles requises, selon des infirmières praticiennes, pour prendre en soins de manière pertinente et efficace la population des requérants d'asile.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

Cette étude est limitée aux perspectives des infirmières ; l'avis et les besoins des requérants d'asile n'est pas demandé.

Seules les compétences culturelles d'un groupe spécifique de fournisseurs de soins, les infirmières praticiennes, ont été explorées. Toutefois, les auteures pensent que les résultats sont généralisables aux autres prestataires de soins travaillant avec les requérants d'asile. Une autre limite de cette étude est que le concept des compétences culturelles n'a été abordé que par rapport à l'admission des requérants d'asile et non pour les contacts ultérieurs. Etant donné que l'admission est un moment important dans la relation avec les demandeurs d'asile, les auteurs croient que les compétences culturelles s'appliquent également à la suite de la prise en soins.

Finalement, davantage d'informations auraient pu être récoltées si des questions spécifiques aux compétences culturelles avaient été posées lors des entretiens.

2.3 Pistes de réflexion :

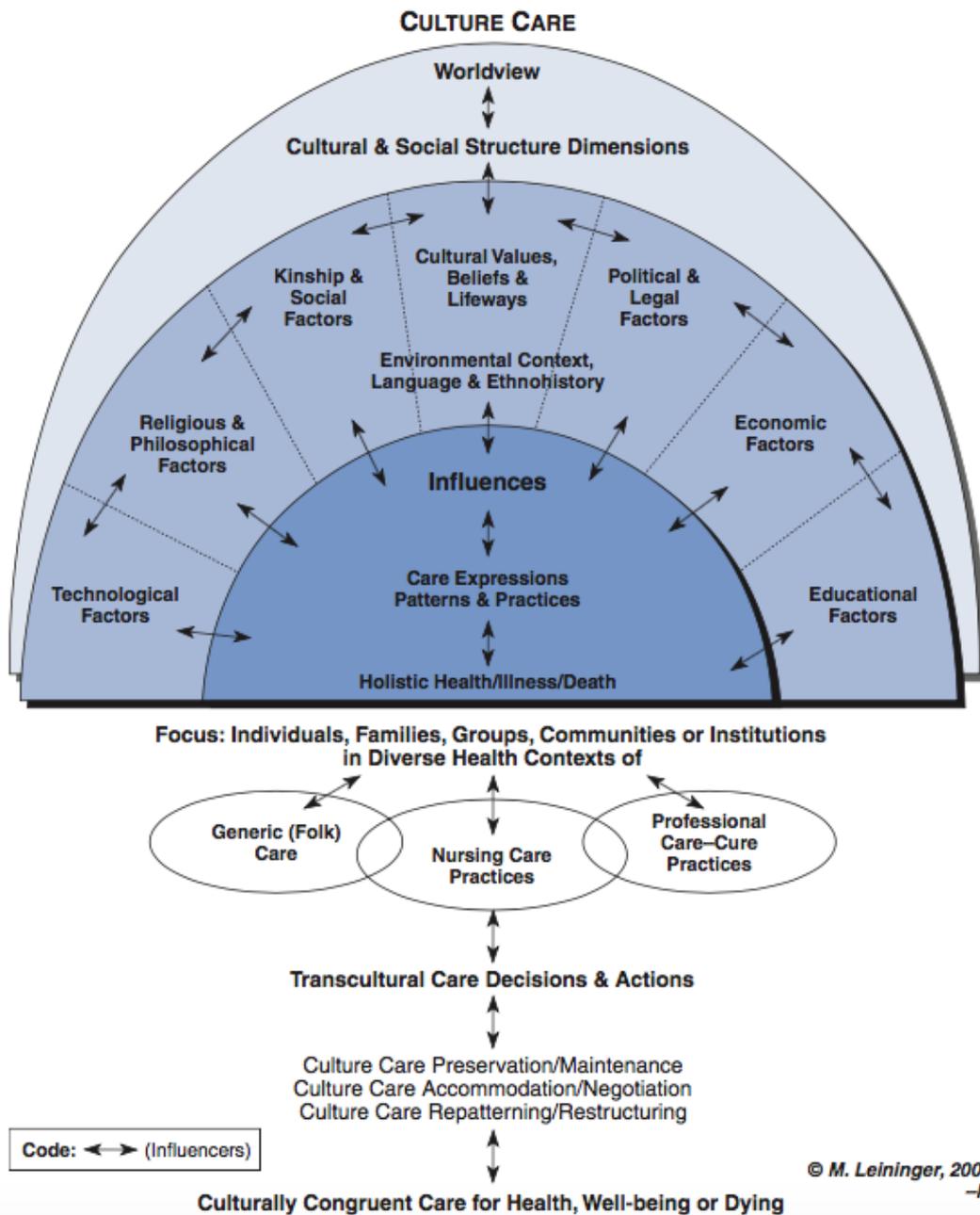
Des cours spécifiques pour l'apprentissage de connaissances, d'attitudes et de compétences peuvent aider les infirmières à se sentir culturellement congruentes, mais l'expérience concrète lors du travail sur le terrain avec les requérants d'asile est tout aussi pertinente. Afin de parvenir à une formation complète et adéquate des infirmières, il faudrait donc inclure le travail en partenariat avec les demandeurs d'asile.

Une future recherche pourrait ainsi évaluer si une meilleure formation et éducation, relatives aux compétences culturelles, améliorent la prise en soins des demandeurs d'asile.

Pour finir, les compétences évoquées par les infirmières praticiennes des Pays-Bas peuvent-elles être généralisées à l'ensemble du personnel soignant accueillant des requérants d'asile ?

Annexe II

Figure 2: *Leininger's Sunrise Enabler to Discover Culture Care*



Tiré de : Alligood, 2014