

Le rôle infirmier dans la prise en soin des personnes requérantes d'asile

**En quoi les compétences culturelles infirmières
favorisent-elles la prise en soin des personnes
requérantes d'asiles adultes atteintes de troubles de
stress post-traumatique ?**

AYMON Alizée

N° matricule : 20871034

BUCOLLI Fabiola

N° matricule : 20871000

FOULON Chloé

N° matricule : 20871232

Directeur/Directrice : Wendy Pacini – Maître d'enseignement HES en Soins
Infirmiers

Membre du jury : Emmanuelle Schena – infirmière Spécialisée en santé
communautaire

Août 2023


Filière Soins infirmiers
Haute école de santé de Genève

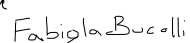
DECLARATION


« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 15 août 2023.

Alizée Aymon 

Fabiola Bucolli 

Chloé Foulon 

REMERCIEMENTS

Nous souhaiterions adresser nos remerciements à toutes les personnes ayant contribuées de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Nous avons pu compter sur les encouragements et le soutien de nos camarades de la Haute École de Santé, qui se sont montrés particulièrement présents et à l'écoute. Nous les en remercions sincèrement pour cela.

Merci à nos familles qui nous ont poussé à croire en nous durant toute la durée de notre formation et en particulier lors de la finalisation de ce travail. Merci également à elles pour la relecture intégrale de celui-ci.

Pour terminer, un grand merci à notre directrice de travail de Bachelor, Wendy Pacini, pour nous avoir soutenues tout au long de ce travail, de s'être rendue disponible et à l'écoute lors de nos périodes de doutes, ainsi que pour ses conseils précieux.

RESUME

Cette revue de littérature a été effectuée dans le cadre de nos études au sein de la Haute École de Santé. Elle a pour domaine la santé communautaire et comme objet d'étude le rôle infirmier dans la prise en soins des requérants d'asile atteint de troubles psychiatrique. En effet, plusieurs études montrent que cette population est particulièrement vulnérable et qu'elle est plus souvent touchée par des maladies psychiques et mentaux tels que le trouble du stress post traumatique [TPSP] et le trouble dépressif. Après plusieurs lectures et recherches, différents obstacles et les enjeux de santé propres à cette population ont été mis en avant. Au fur et à mesure des informations récoltées, le cadre théorique devenait évident. Il était donc pertinent de choisir la théorie de soins de Madelaine Leininger, qui est la fondatrice du domaine mondiale des soins infirmiers transculturels (Smith & Parker, 2015). Suite à ces recherches, la problématique suivante a émergé : « En quoi les compétences culturelles infirmières favorisent-elle la prise en soin des personnes requérantes d'asile adulte atteints de trouble de stress post-traumatique ? ».

La méthode utilisée pour la recherche d'article s'est établie autour du PICO(T). Il a semblé adéquat de diviser en deux groupes distincts notre population pour permettre d'avoir différents points de vue. D'un côté, les infirmiers et de l'autre, les requérants d'asiles. Cela a permis de mettre en avant les difficultés de chacun et de pouvoir comprendre au mieux leurs besoins. Neuf articles ont été sélectionnés, selon plusieurs critères représentés dans le diagramme de flux. Les résultats de l'analyse de ces différents articles, ont permis de faire émerger cinq thèmes principaux, qui ont été explorés lors de la discussion : Les obstacles rencontrés par les requérants d'asile lors de leur prise en soin, les difficultés des soignants lors de la prise en soin des requérants d'asiles, la santé mentale, les problèmes pratiques et les compétences culturelles. En conclusion, cette revue de littérature met en évidence le manque de compétences culturelles des infirmiers ainsi que la nécessité de mettre en place une formation spécifique pour pallier cela.

L'écriture inclusive n'a pas été utilisée lors de l'élaboration de ce travail.

Mots-clés :

Requérants d'asile, Soins infirmiers, santé mentale, Madelaine Leininger, Compétences culturelles, Trouble du stress post-traumatique, Trouble dépressif

Keywords :

Asylum seekers, nursing care, mental health, Madelaine Leininger, cultural competences, post-traumatic stress disorder, depressive disorder

LISTE DES ABREVIATIONS

ACAT	Action des Chrétiennes, pour l'Abolition de la Torture
ATD	Agir Tous pour la Dignité
CanMEDS	Collège royal des médecin et chirurgiens du Canada
CFA	Centre Fédéral pour requérant d'Asile
CSP	Centre Social Protestant
CSS	Conférence Spécialisé Santé
ECR	Église Catholique Romaine
FRC	Fédération pour la Recherche sur le Cerveau
HEdS	Haute École de Santé
HES-SO	Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
MPR	Médecin de Premier Recours
OCSTAT	Office Cantonal de la Statistique
OCPM	Office Cantonal de la Population et des Migrations
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OFC	Office Fédéral de la Culture
OFS	Office Fédérale de la statistique
OFSP	Office Fédérale de la Santé Publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ORS	Organisation for Refugee Services
OSAR	Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés
PDI	Personne Déplacée à l'Intérieur du pays
PTE	Évènements Potentiellement Traumatiques
RTS	Radio Télévision Suisse
SEM	Secrétariat d'État aux Migrations
SEV	Syndicat du Personnel des Transports
TSPT	Trouble du Stress Post-Traumatique
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNIGE	Université de Genève

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Méthode PICO(T).....	30
Tableau 2: Traduction des mots clés.....	31
Tableau 3: Équation de recherche.....	31
Tableau 4: Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers.....	51
Tableau 5: Syrian refugees' experiences with mental health services in Turkey: "I felt lonely because I wasn't able to speak to anyone".....	53
Tableau 6: Clinician/Patient Connections in Ethnoculturally Nonconcordant Encounters With Political-Asylum Seekers: A Comparison of Physicians and Nurses.....	55
Tableau 7: Reframing resilience : Strengthening continuity of patient care to improve the mental health of immigrants and refugees.....	57
Tableau 8: Cultural competence in practice: the example of the community nursing care of asylum applicants in Scotland.....	59
Tableau 9: Association between post-traumatic stress symptoms and functional health among internally displaced people in Myanmar.....	61
Tableau 10: Nursing student's experiences with refugees with mental health problems in Jordan : A qualitative content analysis.....	63
Tableau 11: Problems faced by Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland.....	65
Tableau 12: Demonstrating cultural competence within health-visiting practice : working with refugee and asylum-seeking families.....	67
Tableau 13: Tableau comparatif/synoptique.....	69

Liste des figures

Figure 1: livret pour requérants d'asile.....	14
Figure 2: Diagramme de flux.....	33

TABLE DES MATIERES

Déclaration	2
Remerciements	3
Résumé.....	4
Liste des abréviations	6
Liste des Tableaux	7
Liste des figures	7
Introduction.....	10
1. Problématique	11
1.1. Contexte	11
1.1.1. <i>Données démographiques</i>	11
1.1.2. <i>Définitions</i>	12
1.2. Droits des requérants d'asile	13
1.3. Enjeux concernant la prise en soins et l'intégration des personnes requérantes d'asile	15
1.3.1. <i>Enjeux de santé</i>	15
1.3.2. <i>Les barrières socioculturelles</i>	16
1.3.3. <i>La barrière linguistique</i>	17
1.3.4. <i>Difficultés rencontrées par les soignants dans la prise en soins de personnes requérantes d'asile</i>	18
1.3.5. <i>Difficultés professionnelles</i>	19
1.3.6. <i>Intégration</i>	19
1.3.7. <i>Hébergement</i>	20
1.4. Question de recherche initiale	21
2. État des connaissances	22
2.1. Personnes requérantes d'asile	22
2.2. La Culture.....	22
2.2.1. <i>Acculturation</i>	23
2.2.2. <i>Compétence culturelle</i>	23
2.3. Les troubles psychiatriques	23
2.4. Compétences infirmières	24
2.4.1. <i>Le rôle de communicateur</i>	25
2.4.2. <i>Le rôle de collaborateur</i>	25
2.4.3. <i>Le rôle de promoteur de la santé</i>	26
3. Modèle théorique	26
3.1. Modèle théorique retenu : M. Leininger	26
3.2. Ancrage disciplinaire.....	27
3.3. Paradigme infirmier	27
3.3.1. <i>École de pensée</i>	28
3.3.2. <i>Niveau d'abstraction</i>	28
3.4. Métaconcepts	28
3.4.1. <i>La personne</i>	28
3.4.2. <i>Le soin</i>	29
3.4.3. <i>La santé</i>	29
3.4.4. <i>L'environnement</i>	29

3.5. Question de recherche finale	29
4. Méthode	30
4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	30
4.2. Diagramme de flux.....	33
5. Résultats	34
5.1. Résumés des articles retenus	34
5.2. Tableaux de synthèse des articles retenus	51
5.3. Tableau comparatif/synoptique	69
6. Discussion	70
6.1. Les obstacles rencontrés par les requérants d'asile lors d'une prise en soin	70
6.2. Les difficultés décrites par les soignants lors de la prise en soins d'une personne requérante d'asile	71
6.3. Les problèmes liés à la santé mentale des requérants d'asile	72
6.4. Les problèmes pratiques rencontrés par les requérants d'asile	73
6.5. Les compétences culturelles.....	74
6.6. Principes de soins infirmiers visant la cohérence culturelle selon Madeleine Leininger.....	76
7. Conclusion.....	77
7.1. Apports et limites du travail	77
7.1.1. Clinique	78
7.1.2. Recherche.....	79
7.1.3. Enseignement.....	79
Références bibliographiques	81
Annexes.....	93
1. Raisonnement pour la recherche des articles	93
2. Grilles d'analyse des articles scientifiques sélectionnés	94

INTRODUCTION

Depuis le début des années 1980, la migration internationale est devenue une conséquence majeure de l'augmentation démographique (Le Temps, 2023). La Suisse est particulièrement touchée par ce phénomène. En effet, au cours des 140 dernières années, la population suisse a plus que triplé (Le Temps, 2023). Pour cette revue littéraire, la population étudiée sera les requérants d'asile. Cette augmentation de la population migrante engendre des enjeux de santé majeurs. Comme l'explique l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2022), les besoins en termes de santé physique et mentale peuvent être très différents en fonction de ce que les personnes ont vécu dans leur pays d'origine ainsi que des conditions de vie et de travail de leurs pays d'accueil. Les expériences propres de chacun peuvent rendre cette population très vulnérable. L'exposition à de multiples facteurs de stress peut être responsable du développement de pathologies psychiques et mentales comme les troubles dépressifs ou le Trouble du stress Post Traumatique [TSPT] (Premand & al., 2013). Les requérants d'asile représentant une population culturellement variée, il est pertinent de s'interroger sur la prise en considération de la culture lors d'une prise en soin infirmière.

Cette revue de littérature vise à mettre en évidence les enjeux de santé propre aux personnes requérantes d'asile ainsi que la place de la culture dans la prise en soins de ceux-ci. Dans un premier temps, la problématique sera formulée à la suite de la description du concept de migration, l'analyse des données démographiques, l'énonciation des droits des requérants d'asile puis des enjeux sociaux et de santé auxquels ils peuvent faire face.

Par la suite, les concepts clés de ce travail seront définis et l'ancrage disciplinaire sera énoncé. Celui-ci présentera la théorie de Madeleine Leininger et démontrera sa pertinence par rapport à la problématique. La question de recherche en découlera.

La méthode de recherche sera décrite dans un diagramme de flux, suite l'élaboration du PICO(T) et à la consultation des bases de données PUBMED et CINAHL. Neuf articles seront alors sélectionnés et analysés dans les résultats.

Ces résultats seront discutés et mis en relation avec la théorie de Leininger afin de mettre en avant des éléments de réponse à la question de recherche.

1. PROBLEMATIQUE

1.1. Contexte

La migration n'est pas un phénomène récent. Dès la fin du 17^e siècle, la Suisse commence à accorder l'asile aux étrangers (Syndicat du personnel des transports [SEV], 2022). Les êtres humains cherchent à quitter leur pays d'origine pour de multiples raisons : socio-politiques (guerres, oppression par le gouvernement, persécutions religieuses...), économiques (taux de chômage important, normes de travail...), climatiques et autres (Parlement européen, 2020). La Suisse est un des pays qui comporte un taux important de personnes ne possédant pas la nationalité (Swissinfo, 2017). En 2020, les personnes issues de la migration représentaient 38% de la population totale du pays (Office Fédéral de la statistique [OFS], 2021). Par ailleurs, elle fait partie des premiers États ayant signé la Convention de Genève relative au statut des réfugiés, en 1955 (Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés [UNHCR], 2022). Cette convention constitue le document international le plus important concernant la protection des réfugiés, elle permet de déterminer qui est réfugié et quels sont les droits que les pays signataires doivent leur octroyer (UNHCR, 2022).

Parmi les différents groupes de populations étrangères en Suisse en 2020, les personnes requérantes d'asile résidant de manière permanente, représentaient 5,8% (Vivre ensemble, 2022). Un requérant d'asile est une personne ayant quitté son pays d'origine "par crainte véritable d'être persécutée" (Asile-Ne, 2017) et demandant à un pays tiers de lui accorder l'asile, c'est-à-dire l'accueil et la protection contre une menace (UNHCR, 2022). De plus, d'après l'UNHCR (2022), la demande d'asile est un droit et la personne peut séjourner légalement dans le pays d'accueil pendant toute la procédure d'asile.

1.1.1. Données démographiques

D'après l'UNHCR (2022), il y aurait une augmentation considérable de demandes d'asile dans le monde. En 2021, l'Union Européenne compte 632 315 demandes d'asile, une augmentation de 33,8% par rapport à l'année 2020 (Parlement européen, 2022). La Suisse a enregistré 14'928 demandes d'asile, soit 35,2% de plus qu'en 2020. Cette augmentation s'explique à la suite des assouplissements des restrictions de voyages liés au Covid19 (Radio Télévision Suisse [RTS], 2022). En 2020, il y a eu 283 demandes d'asile, à Genève (OFS, 2021). La majorité des demandeurs d'asiles proviennent de l'Érythrée (24,7%), de l'Afghanistan (9,8%) et de la Syrie (8,4%) (Office Cantonal de la statistique [OCSTAT], 2021).

À la suite de la situation actuelle entre l'Ukraine et la Russie, il est possible d'imaginer que le nombre de requérants d'asile augmentera considérablement ces prochains mois. En effet, cette crise engendre une nouvelle vague d'immigration de la part des Ukrainiens cherchant à fuir leur pays. De plus, les possibilités d'accueil des différents pays d'Europe ont été facilitées afin de permettre un accès plus rapide pour les Ukrainiens dans le but de garantir leur sécurité. Mais, selon l'Organisation Suisse d'aide aux réfugiés [OSAR] (2022), un nouveau statut de protection a été mis en place pour les personnes réfugiées d'Ukraine, ils ne doivent donc pas passer par une procédure d'asile et ne font pas partie de la population visée dans ce travail.

Selon Premand et al. (2013), les personnes demandeuses d'asile constituent une population vulnérable. En effet, elles peuvent être confrontées à plusieurs facteurs de stress comme la séparation forcée de leurs proches et l'exposition à la violence, ayant pour conséquence l'apparition de troubles mentaux (Premand et al., 2013). Selon l'Office fédéral de la santé publique [OFSP] (2022), les personnes requérantes d'asile nécessitent des soins adaptés à leur situation de santé en raison de leur parcours de vie mettant en évidence des situations traumatisantes. Les troubles principaux rencontrés auprès de cette population sont la dépression (67,7%), ainsi que l'état de stress post-traumatique (34,5%), avec un niveau élevé de comorbidité (Premand et al., 2013).

1.1.2. Définitions

1.1.2.1. *Le trouble du stress post-traumatique :*

D'après le DSM-5 (2015), le TSPT se caractérise par le développement de symptômes en conséquence à l'exposition d'événements traumatisants où il y a eu menace de mort, de blessures ou des atteintes à l'intégrité physique pour soi ou pour les autres. Très souvent, les événements susceptibles de créer un TSPT sont ceux provoquant un sentiment de peur, d'impuissance ou d'horreur (Barnhill, 2020).

Le TSPT peut se manifester de différentes façons comme des troubles du sommeil, des pseudo-hallucinations auditives, des idéations de persécutions, des difficultés dans la gestion des émotions ainsi que dans les relations interpersonnelles (DSM-5, 2015).

1.1.2.2. *Le trouble dépressif :*

Le trouble dépressif se caractérise par la présence d'une humeur triste, irritable, ainsi qu'un sentiment de vide. Cela peut s'accompagner de modifications somatiques et cognitives qui peuvent perturber significativement les capacités fonctionnelles de l'individu concerné par ce trouble. Il existe une forme plus chronique de la dépression :

le trouble dépressif persistant, qui peut être diagnostiqué lorsque la perturbation de l'humeur persiste au-delà de 2 ans chez l'adulte (DSM-5, 2015).

1.2. Droits des requérants d'asile

Le droit d'asile permet aux populations persécutées de trouver un refuge hors de leur pays et ainsi trouver une protection (Action des Chrétiennes pour l'Abolition de la Torture [ACAT], 2022). Mais quels sont vraiment les droits des requérants d'asile qui arrivent sur le sol Suisse ? Et par quel processus passent-ils ?

En arrivant sur le territoire Suisse chaque personne doit poser une demande, soit au sein d'un poste de frontière soit dans un centre fédéral pour requérants d'asile. Cette demande peut être orale ou écrite. Par la suite, ces personnes seront dirigées vers l'un des centres fédéraux géré par la confédération et présent dans six régions d'asile (Altstätten, Bâle, Balerna et Novazzano [jusqu'à nouvel ordre Chiasso], Berne, Boudry et Zurich) (OSAR, 2022).

Une fois la demande déposée, elle entre dans la phase préparatoire, qui dure environ 21 jours. Durant cette phase, leurs données personnelles seront enregistrées, leurs empreintes digitales seront relevées et comparées par une base de données européenne. D'autres données biométriques seront par la suite collectées.

Le Secrétariat d'État aux migrations [SEM] va, quant à lui, vérifier les moyens de preuves apportées, tels que les documents de voyage et ceux d'identité. Les autorités peuvent aussi choisir d'effectuer des investigations complémentaires concernant l'origine et l'identité de la personne requérante d'asile. De plus, une visite médicale est demandée lorsqu'une personne évoque des problèmes de santé (OSAR, 2022).

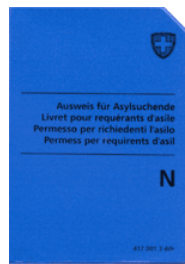
À ce moment, ces personnes bénéficient d'une consultation juridique gratuite. En effet, la loi sur l'asile prévoit une protection juridique gratuite dans les Centres fédéraux pour requérants d'asile [CFA]. Cette protection concerne le conseil et la représentation juridique. Lors de cette consultation, elles sont informées du déroulement de la procédure d'asile, de leurs droits et de leurs obligations. Ce premier entretien avec la représentation juridique permet de créer un climat de confiance, de préparer les premières étapes de la procédure et d'évaluer les preuves apportées pour la demande d'asile. Pendant cette procédure, les requérants d'asile reçoivent un permis N (OSAR, 2022).

Lors de l'obtention de ce permis, le requérant d'asile aura une interdiction de travailler pendant les 3 à 6 premiers mois, puis il pourra être soumis à une autorisation de travailler. Il n'aura pas le droit aux regroupements familiaux, mais aura la possibilité de

se marier sur le territoire Suisse. Concernant la scolarité des enfants, ces derniers pourront intégrer l'école obligatoire et post-obligatoire.

Le requérant d'asile ne sera pas autorisé à quitter le pays sauf en cas de situation exceptionnelle. Le canton d'accueil lui sera attribué et le changement de celui-ci ne sera pas possible. Il devra renouveler son permis N tous les 6 mois, tout au long de cette procédure. Ce permis ne lui permet pas l'autorisation de naturalisation Suisse (OSAR, 2022).

Figure 1: livret pour requérants d'asile



Tiré de : SEM (2022)

À la suite de la demande et aux différentes investigations, le SEM peut statuer de diverses manières les demandeurs d'asile.

En cas de décision positive, la personne est reconnue comme réfugiée et obtient l'asile. Elle est autorisée à rester en Suisse et obtient un permis B, ce qui signifie que le requérant d'asile a exprimé de manière vraisemblable et justifiée, qu'elle subit dans son pays d'origine des persécutions donnant droit à l'asile au sens de la convention de Genève sur les réfugiés.

Il se peut qu'une personne remplissant les conditions requises pour obtenir le statut de personne réfugiée voit sa demande rejetée par le SEM. Cette personne peut présenter des motifs d'exclusion de la part de la Suisse. Le SEM ordonne alors une expulsion formelle du pays, en effet pour des raisons de droit international l'expulsion est illicite. La Convention de Genève sur les réfugiés prévoit le principe de "non-refoulement" (pas d'expulsion en cas de risque de persécution, art. 33, al. 1). Ces personnes sont donc acceptées provisoirement sur le sol Suisse et reçoivent un permis F pour réfugiés (OSAR, 2022). C'est aussi le cas pour les personnes requérantes d'asile qui ne subissent pas de persécutions, qui rentrent en matière de droit d'asile et de ce fait, ne remplissent pas le statut de réfugié. Le SEM rejette donc la demande. Toutefois, il peut constater que le retour dans le pays d'origine est impossible ou qu'il ne pourrait pas être raisonnablement exigé, par exemple en cas de guerre. Le SEM donne le statut d'admission provisoire.

Si la personne ne subit pas de persécutions dans le pays d'origine reconnues dans le droit d'asile et qu'aucun motif n'est contre son renvoi dans son pays, le SEM peut demander l'expulsion. Les autorités vont donc fixer un délai pour que le requérant d'asile quitte la Suisse (OSAR, 2022).

1.3. Enjeux concernant la prise en soins et l'intégration des personnes requérantes d'asile

1.3.1. *Enjeux de santé*

Selon une étude quantitative réalisée auprès de 784 personnes adultes ayant demandé l'asile en Finlande, la fréquence d'exposition à différents événements potentiellement traumatiques [PTE] ainsi qu'à d'autres facteurs de stress expose les demandeurs d'asile à un haut risque de développer une maladie mentale.

Le but de cette étude était d'examiner la prévalence des PTE, des symptômes de dépression et d'anxiété, le risque de traumatisme psychologique, et les diagnostics antérieurs de santé mentale chez les demandeurs d'asiles adultes.

Les résultats montrent que sur les 784 participants, 88,7% ont signalé un ou plusieurs PTE avant d'arriver en Finlande. 12% des demandeurs d'asile ont signalé des PTE lors de leurs parcours pour arriver dans le pays d'accueil. Des symptômes de dépression ont été observés chez 41,7% des participants. La moitié des demandeurs d'asile ont été évalués comme présentant au moins un risque moyen de traumatisme psychologique.

Cette étude met en évidence l'importance de l'utilisation d'outils de dépistage pour identifier les demandeurs d'asile souffrant de maladies mentales afin de mettre en place un traitement adapté à leur situation (Garoff et al., 2021).

Par ailleurs, selon une étude qualitative réalisée auprès de 40 personnes requérantes d'asile, il a été mis en avant que la santé mentale de cette population soit impactée et présente le plus souvent des comorbidités psychopathologiques importantes. Les données récoltées montrent un taux de prévalence de 55% pour le TSPT. Ces données montrent également que 65% des requérants d'asile souffrent d'un épisode de dépression majeure et 62,5% ont été diagnostiqués avec une anxiété généralisée (Mazur & Chahraoui, 2011).

Les problèmes de santé mentale sont prioritaires lors de la prise en soin de cette population (Alaoui & Scruby, 2019). En lien avec les problèmes de santé mentale, l'infirmier se doit de tenir compte des traumatismes vécus par la personne (Alaoui &

Scruby, 2019). Pour cela, l'écoute active, la prise en considération ainsi que la disponibilité sont les points clés de la prise en soins. Les questions ouvertes, comme "Qu'est ce qui les a poussés à quitter leur pays ?" permettraient à la personne requérante d'asile de parler de son vécu. L'infirmier doit permettre une prise en soins individualisée et de répondre aux besoins de la personne (Alaoui & Scruby, 2019).

Mis à part leur santé mentale souvent fragilisée, les requérants d'asiles doivent faire face à plusieurs obstacles (Alaoui & Scruby, 2019). En effet, en arrivant sur le territoire d'accueil, ils doivent assimiler le mode de vie d'une nouvelle société et s'y intégrer sans pour autant perdre leur(s) propre(s) identité(s) culturelle(s) (Organisation for Economic Cooperation and Development [OECD], 2019). Mais pour cela, ils sont confrontés à plusieurs difficultés. D'après Alaoui et Scruby (2019), la plupart ne parlent pas la langue du pays d'accueil, engendrant des incompréhensions avec les différents intervenants. De plus, ils doivent s'adapter à un nouveau système de santé. Par leur héritage culturel, ils peuvent également être méfiants envers les professionnels de la santé, notamment en ce qui concerne la prise en soins des troubles mentaux. En effet, les croyances sur la santé mentale peuvent diverger selon certaines cultures, en raison de la stigmatisation de la maladie mentale qui est reliée à une connotation négative dans de nombreuses régions du monde. Ils sont également touchés par les déterminants sociaux de la santé comme "la pauvreté, le chômage, l'isolement social, difficultés d'assimilation de la culture de leur pays d'accueil" (Alaoui & Scruby, 2019).

Une étude mixte réalisée auprès de 946 personnes requérantes d'asile et réfugiés a permis de décrire les problèmes qu'ils peuvent rencontrer à l'hôpital et décrire leur état de santé. Il a été mis en évidence que 13% des problèmes de santé de cette population concernent la santé mentale. Cette étude met en évidence que les requérants d'asile ont des obstacles à l'accès au système de santé et à l'utilisation de celui-ci. En effet, les résultats montrent une faible participation des requérants d'asile aux services de soins primaires (Mcbride et al., 2016).

1.3.2. Les barrières socioculturelles

Par ailleurs, les barrières socioculturelles sont un obstacle risquant de diminuer la qualité des soins. Les patients ont souvent une compréhension limitée de leur santé et de leurs traitements. L'utilisation des interprètes n'est pas régulière et accentue cet aspect. Les résultats de cette étude montrent que les infirmiers occupent une place importante et unique dans la prise en soin des demandeurs d'asile car ils sont souvent en première ligne, la rigueur de leur évaluation est donc fondamentale. Il a été observé que les

infirmiers effectuent systématiquement une évaluation de la santé mentale, physique et sociale et des besoins. Ensuite, ils réalisent une anamnèse basée sur l'expérience des réfugiés, les antécédents médicaux, les circonstances sociales et le bien-être mental. Le but était d'améliorer l'intégration culturelle, l'accueil, la compréhension de l'expérience des réfugiés et l'accès aux soins. Les patients indiquent que d'être pris en soin par des soignants qui respectent et comprennent leur culture est très précieux pour eux (Mcbride et al., 2016).

Concernant le TSPT, une étude mixte réalisée auprès de 57 requérants d'asile (28 afghans et 29 irakiens), a pour but d'étudier les relations entre l'identité culturelle et les psychopathologies. De plus, elle s'intéresse aux associations entre les PTE vécus, le stress post-traumatique et les préférences d'acculturation. Cette étude met en évidence que les associations entre le stress post-migratoire, les symptômes des troubles anxio-dépressifs et les symptômes du trouble de stress post-traumatique, étaient significatives vis-à-vis de la population migrante de cette étude $p < 0,001$, p étant significatif si la valeur $p < 0,050$.

Elle met en exergue un lien entre les problèmes d'acculturation et l'état de stress post-traumatique. En effet, les résultats suggèrent que la réduction du stress post-migratoire et des problèmes d'acculturation peuvent clarifier l'identité culturelle et ainsi, contribuer à la récupération post-traumatique de la personne (Groen et al., 2019).

1.3.3. La barrière linguistique

La barrière linguistique représente un enjeu auquel les personnes requérantes d'asiles sont confrontées, que ce soit à leur arrivée mais également durant leur phase d'intégration dans le pays d'accueil. Aux Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], plus de 70 langues différentes sont utilisées par les patients. En effet, une personne sur huit ne parle pas le français (Hudelson, 2019). Les personnes requérantes d'asile ont leur bagage propre ; leur langue, culture, statut socio-économique et parcours de vie, ce qui rend difficile la communication (Hudelson, 2019). La communication permet l'échange d'informations et de transmettre un message entre le soignant et le soigné. Une communication bienveillante et empathique est l'élément principal dans la relation avec le patient. Elle va permettre de créer une relation de confiance avec le requérant d'asile, favorisant l'acceptation et une meilleure prise en soin (Piquard, 2019).

Une mauvaise communication peut engendrer un manque de compréhension des soins prodigués et occasionner des examens inutiles, rallongeant le temps d'hospitalisation. Ainsi, ils peuvent se montrer insatisfaits de leur prise en soins (Hudelson, 2019).

Plusieurs ressources existent afin de faire face aux barrières linguistiques. Le premier choix serait de faire appel à un proche ou au personnel hospitalier. Lorsque cela n'est pas possible, il est possible d'utiliser des sites de traduction comme Google translate ou DeepL. Il y a également des applications de traduction médicale gérées par des médecins, comme « Babel Dr », avec laquelle le soignant peut prononcer sa phrase oralement et l'appareil permet de retranscrire la phrase pré-traduite dans plusieurs langues. Toutes ces possibilités contiennent des limites. La solution privilégiée serait de faire appel à un interprète professionnel formé et soumis au secret professionnel (Hudelson, 2019).

1.3.4. Difficultés rencontrées par les soignants dans la prise en soins de personnes requérantes d'asile

Les infirmiers interviennent en première ligne pour les soins de santé primaire et réalisent le premier contact des requérants d'asile dans le système de santé (Alaoui & Scruby, 2019). Ils sont alors confrontés à des obstacles lors des prestations de soins, spécifiquement en ce qui concerne la santé mentale. Selon Alaoui et Scruby (2019), la plupart des soignants manquent de connaissances vis-à-vis des expériences concernant cette population, ce qui peut contribuer au développement ou l'aggravation d'un TSPT.

Le champ d'expertise des infirmiers sur les troubles psychologiques peut être limitée, engendrant une prise en soins inadéquate des symptômes. En effet, ils peuvent avoir du mal à distinguer les manifestations psychosomatiques du TSPT qui peuvent être mises en lien à d'autres pathologies sous-jacentes. Ainsi, les requérants d'asile peuvent être contraints de se rendre régulièrement dans des établissements inadaptés comme les urgences ou les établissements de soins primaires (Alaoui & Scruby, 2019). En effet, d'après McBride et al. (2016), les personnes requérantes d'asile consultent le plus souvent dans des services d'urgence (78%), quant à seulement 11% qui consultent spécifiquement dans des services de santé mentale (11%). De plus, la prise en soins de cette population peut s'avérer complexe. L'infirmier doit être capable de prendre en compte la culture du requérant d'asile, dans l'idée d'une prise en soin globale, mais la majorité des professionnels de santé manquent de connaissances à ce sujet (Alaoui & Scruby, 2019). La barrière de la langue rend également difficile la mise en place d'une relation de confiance et l'élaboration d'un projet thérapeutique (Murseli & Ferreira Lopes, 2016).

1.3.5. Difficultés professionnelles

Pendant les trois à six premiers mois suivant le dépôt d'une demande d'asile, le requérant d'asile n'a pas le droit d'exercer une activité professionnelle (Vivre ensemble, 2021). Après ce délai, il pourra bénéficier d'une autorisation de travail (État de Fribourg, 2018). Mais cette intégration professionnelle n'est pas sans difficultés. Selon le SEM (2022), seulement 6,2% des requérants d'asile exerçaient une activité lucrative après ce délai. La barrière de la langue représente un des plus grands obstacles à cette insertion (Beti, 2016). Selon Auer (2018), le placement aléatoire de cette population dans les différents cantons de la Suisse exerce une influence sur cette problématique. En effet, la langue parlée dans le canton peut correspondre ou s'écarter des compétences linguistiques du requérant d'asile. Toujours selon Auer (2018), il est plus probable qu'une personne requérante d'asile trouve un emploi dans une région où la langue parlée lui est familière.

Un autre frein à l'insertion professionnelle des requérants d'asile concerne les faibles expériences scolaires et professionnelles (Beti, 2016). Vivre Ensemble (2021) explique que même avec ces compétences, cette population peut rencontrer des difficultés à faire reconnaître leurs qualifications et leurs diplômes, engendrant une déqualification professionnelle. De plus, il a été remarqué que cette population était particulièrement soumise à des discriminations (ethniques, raciales, religieuse...) lors de l'embauche (Vivre Ensemble, 2021).

Il y a également les expériences traumatisantes vécues par la personne (Beti, 2016). En effet, le requérant d'asile risque de se retrouver en détresse psychologique liée aux événements de son passé, représentant une difficulté supplémentaire (Maier et al, 2010).

1.3.6. Intégration

En plus des enjeux de santé, une personne requérante d'asile peut se retrouver dans une situation d'isolement social importante. En effet, beaucoup d'entre eux n'ont pas pu venir accompagnés de leur famille, et ce pour différentes raisons (Malhou, 2022).

À Genève il existe l'association de l'Église catholique romaine [ECR] qui met en avant l'enjeu sociétal auquel peut faire face le requérant d'asile. Selon elle, il est important d'insérer ces personnes pour leur permettre de s'adapter à leur nouvelle vie. Cette organisation a pour principaux objectifs de renforcer l'estime de soi, mettre en valeur les qualités et compétences, et de créer un pont entre les citoyens genevois et cette

population. Ils offrent un espace d'accueil, d'écoute et d'échange qui « aide les personnes, qui ont fui leur pays et dont l'avenir est plus qu'incertain, à donner un sens à leur vie présente ». L'Église travaille en réseau avec différentes institutions (ECR, 2022). Parmi ces institutions, il y a Agir Tous pour la Dignité [ATD], qui est une organisation non gouvernementale, sans affiliation religieuse ou politique. Elle veut mettre fin à l'extrême pauvreté en associant les personnes qui la subissent (ATD, 2022). Caritas est une autre association qui lutte contre la pauvreté et l'exclusion en apportant une aide aux personnes en difficulté, sans distinction de confession, de nationalité et de statut (Caritas, 2022). Le Centre Social Protestant [CSP] qui regroupe des institutions privées indépendantes de pouvoir public, propose un soutien professionnel à toute personne en difficulté sans distinction de nationalité ou de religion (CSP, 2022).

1.3.7. Hébergement

Lors de leur arrivée en Suisse, les demandeurs d'asile sont pris en charge par l'un des six centres de réception et de traitement fédéraux. Ils vont y rester 90 jours et seront ensuite répartis dans les cantons qui devront assurer leur hébergement (UNHCR, 2022). L'UNHCR assiste les autorités à renforcer la qualité du système Suisse d'hébergement des demandeurs d'asile. Il contribue à garantir le respect des droits humains et des normes relatives aux réfugiés concernant leur hébergement (UNHCR, 2022). Le SEM joue aussi un rôle car il organise avec l'aide des différents cantons l'hébergement des requérants d'asile (SEM, 2022).

Les requérants d'asile qui déposent une demande en Suisse ne peuvent choisir l'endroit où ils vont vivre. Ils vont séjourner dans le CFA durant toute la durée de leur procédure, au maximum 140 jours (la majorité des décisions sont rendues lors de ce laps de temps). Il y a environ 5000 places d'hébergement qui regroupent des personnes issues de cultures différentes et ayant des histoires d'exil parfois traumatisantes. Il arrive aussi que certains enfants ou femmes voyageant seuls doivent être séparés des autres requérants d'asile pour assurer leur sécurité (OSAR, 2022).

Toujours selon l'OSAR (2022), les espaces proposés à cette population sont exigus, avec un règlement rigide qui renforce le caractère de détention, et une atmosphère tendue. Ces espaces cloisonnés peuvent être une source d'insécurité et de crainte chez les personnes en recherche de protection, c'est pourquoi le personnel doit avoir des compétences et de l'expérience afin d'assurer une bonne gestion de groupe pour cette population.

Ces hébergements collectifs sont situés le plus souvent dans des zones reculées, cela rend le contact avec le monde extérieur difficile, entraînant une limitation au niveau des droits fondamentaux de cette population : se rendre chez le médecin, devient fastidieux.

Les personnes requérantes d'asile sont peu informées aux sujets liés à la santé, il est donc important d'avoir une présence permanente de professionnels de santé au sein des CFA et de faciliter l'accès aux soins de santé mentale. Ces conditions de vie peuvent engendrer des conflits entre le requérant d'asile et le personnel présent sur place. Les autorités se doivent donc de pratiquer une communication claire et de mettre en place des mesures en conséquence. C'est pourquoi il est important d'assurer des formations au personnel, afin qu'il soit en mesure d'agir lors des différents incidents de violence, de gérer les plaintes, le tout sous une surveillance effectuée par un organisme indépendant (OSAR, 2022).

Ces emplacements accueillent plusieurs centaines de personnes et sont gérées par des prestataires privés tels que l'Organisation for Refugee Services [ORS] ou par des organisations de la société civile comme Caritas ou la Fondation de l'Armée du Salut. Le personnel dans ces lieux est varié. En effet, en plus des encadrants, il y a du personnel de sécurité et des employés du SEM mandatés par les autorités. Malgré ces circonstances difficiles, l'OSAR s'engage à ce que les requérants d'asile soient hébergés dans des conditions dignes et que leurs droits fondamentaux soient respectés. À la suite de la procédure, la responsabilité de l'hébergement et de l'assistance de cette population revient aux différents cantons (OSAR, 2022).

1.4. Question de recherche initiale

La population requérante d'asile ne cesse d'augmenter sur le territoire Suisse (UNHCR, 2022). En 2021, 14'928 personnes ont demandé l'asile en Suisse, soit 35,2% de plus que l'année précédente (RTS, 2022). Les études scientifiques ont mis en avant les principaux enjeux concernant leur santé et leur prise en soin. Il est relaté que les premières difficultés sont les troubles mentaux, comme la dépression et les TSPT, qui sont une conséquence de leur parcours de vie. Mais également, souvent, le manque d'intégration de la culture dans le processus de soins par les soignants (Garoff et al., 2021 ; Groen et al., 2019 ; McBride et al., 2016).

Il est donc important de se demander : « Comment l'infirmier peut favoriser le processus d'acculturation des personnes requérantes d'asile atteintes de troubles psychiatriques ? »

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1. Personnes requérantes d'asile

Un requérant d'asile est une personne demandant à un pays tiers de lui accorder une protection, dans la mesure où celui-ci est exposé à de sérieux préjudices dans son pays d'origine (OSAR, 2022). Ainsi, la procédure d'asile va permettre de garantir à la personne de ne pas être renvoyé dans son pays, dans lequel elle pourrait y encourir de graves dangers (UNHCR, 2022).

Le SEM (2022) a classifié les personnes requérantes d'asile par sexe et par tranche d'âge selon l'effectif au 31 décembre 2021. Il a été démontré qu'il y avait davantage d'hommes que de femmes. En effet, sur un total de 7731 personnes présentes en Suisse à cette date, les hommes étaient au nombre de 5247 tandis que les femmes étaient 2484. La tranche d'âge majoritairement présente sur le territoire Suisse se situe entre 25 et 34 ans, hommes et femmes confondus, raison pour laquelle cette population est intéressante à étudier.

Selon la RTS (2022), 50 à 60% des requérants d'asile vivent un parcours migratoire traumatisant. En effet, la personne requérante d'asile présente un risque élevé de présenter des TSPT. Les études s'accordent pour dire que les principaux troubles psychiatriques diagnostiqués sont le TSPT ainsi que la dépression (Heininger et al., 2020). Suurmond et al. (2010), met en évidence que le développement des compétences culturelles de la part des infirmiers est un élément essentiel afin de permettre une prise en soin optimale des personnes requérantes d'asile.

2.2. La Culture

Selon Holcomb (2016), il n'y a pas qu'une seule façon de concevoir la culture, de ce fait de nombreuses définitions existent. L'Organisation des Nations Unies [ONU] pour l'éducation, la science et la culture [UNESCO] définit ce concept comme « l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social ». Ainsi, la culture englobe les différents modes de vie, les droits fondamentaux, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances (Office Fédéral de la Culture [OFC], 2013). Selon Diller (2007), la culture « représente le contenu conscient et inconscient qu'un groupe acquiert, partage et transmet de génération en génération. Il organise le mode de vie et aide à interpréter l'existence ». Holcomb (2016) met en évidence cinq éléments culturels de base qui permettent de façonner la culture et de répondre aux besoins d'une communauté. Ces cinq caractéristiques sont la langue, le patrimoine culturel, les coutumes, les arts et la famille.

La langue est le lien primordial qui permet d'unir une communauté. Elle va permettre à la personne d'exprimer ce qu'elle ressent, ses pensées et ses idées.

2.2.1. Acculturation

L'acculturation peut se définir par « l'ensemble des phénomènes et des processus qui accompagnent la rencontre entre deux cultures différentes » (Courbot, 2000). C'est une notion désignant les conséquences d'un contact direct et continu avec une culture différente, engendrant une modification ou une transformation de la culture initiale de la personne (Courbot, 2000). Le processus d'acculturation est une phase d'adaptation de la part d'un individu venant d'ailleurs. En effet, Mucchielli (1969), explique que l'acculturation est un « processus par lequel un individu apprend les modes de comportement, les modèles et les normes d'un groupe de façon à être accepté dans ce groupe et à y participer sans conflit ». Comme mentionné précédemment, les requérants d'asile viennent de nombreux pays différents, notamment de l'Érythrée, de l'Afghanistan et de la Syrie (OCSTAT, 2021). C'est pourquoi il est intéressant de s'intéresser à la culture de cette population, car celle-ci peut être différente en fonction du pays d'origine.

2.2.2. Compétence culturelle

La compétence culturelle est la capacité des professionnels de santé à prodiguer des soins de qualité à des patients ayant des valeurs, des convictions et des comportements différents, tout en adaptant la prestation des services à leurs besoins sociaux, culturels et linguistiques (Chatalalsingh, 2013). Selon Laramée et Blanchet Garneau (2018), le développement de cette compétence est un moyen de favoriser l'adoption d'une approche de soins adaptée à la culture de la personne tout en favorisant le respect et l'équité dans les soins. La compétence culturelle permet de donner un sentiment d'autonomie aux infirmiers et donne aux patients un sentiment de sécurité culturelle, améliorant ainsi les résultats en matière de santé communautaire (Sharifi et al., 2019).

2.3. Les troubles psychiatriques

Selon la Fédération pour la recherche sur le cerveau [FRC] (2022), les troubles psychiatriques correspondent aux maladies et/ou troubles provoquant des souffrances dans la vie d'une personne et des troubles du comportement. Ils touchent toute la population quel que soit le genre ou l'âge. Selon l'OFSP (2021), une personne sur trois est atteinte d'un trouble psychique chaque année en Suisse, mais uniquement une personne sur deux est traitée. Elles sont fréquentes et contraignantes pour les personnes touchées et vont affecter leur qualité de vie, mode de vie et peuvent également avoir un impact sur l'aspect professionnel. Elles représentent une charge

pour la personne touchée ainsi que son entourage qui n'est pas toujours assez pris en considération. Les troubles psychiatriques les plus fréquemment identifiés auprès de la population requérante d'asile sont la dépression et les TSPT (Premand et al., 2013).

2.4. Compétences infirmières

Les rôles et les compétences infirmières se trouvent revalorisées ces dernières décennies. Cela est dû à des changements sociétaux et institutionnels importants. Plusieurs facteurs ont favorisé cela, notamment la pénurie de soignants, le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques (Haute École de Santé [HEdS], 2022).

L'infirmier est à présent capable d'effectuer et de déléguer des soins, tout en évaluant les besoins de chaque personne, quel que soit son âge ou ethnie. Il a les connaissances nécessaires pour promouvoir la santé auprès des patients et de ses proches, tout en créant une relation de confiance avec ces derniers. L'infirmier démontre une attitude proche du patient, en utilisant des termes adaptés et en montrant de l'engagement. L'infirmier travaille en interprofessionnalité et a un devoir d'advocacy envers ses patients (HEdS, 2022).

Selon Rubovszky (2006), pour prévenir l'ancrage d'un TSPT, une intervention psychologique immédiate après l'exposition au stress est nécessaire. De ce fait, l'infirmier doit être capable d'intervenir précocement et doit faire preuve d'écoute active. En effet le patient sera encouragé à décrire les faits, ses émotions et ses sentiments "à chaud".

Les infirmiers doivent procéder à la première consultation. Ils se basent sur une liste de questions qui permet de garantir l'uniformité de la procédure et de la documentation des centres. Ces infirmiers joueront un rôle d'interlocuteurs pour tous les problèmes de santé des requérants d'asile, durant toute la durée de leur séjour. Ils proposent des consultations quotidiennes et doivent assurer l'accès aux soins médicaux. Les infirmiers doivent procéder à l'évaluation des requérants d'asile en fonction de l'urgence de la situation et endossent une première fonction de "contrôleur d'accès" (gatekeeping) (Rubovszky, 2006).

Les infirmiers jouent un rôle de promoteurs de la santé. En effet, ils doivent renseigner les requérants d'asiles sur la marche à suivre en cas de problème de santé, sur les symptômes des maladies transmissibles pertinentes et leurs conséquences (Rubovszky, 2006).

La collaboration interprofessionnelle est un élément clé permettant l'échange d'informations entre les centres et les médecins désignés. Les infirmiers et les médecins se doivent d'être sensibilisés à des thèmes transculturels et spécifiques à la migration.

La compréhension linguistique représente un aspect essentiel des soins médicaux. La détection précoce des problèmes de santé dans les centres d'hébergement implique que les infirmiers soient qualifiés (Rubovzky, 2006).

Durant la formation de soins infirmiers au sein de l'HEdS, le futur infirmier va développer plusieurs rôles et compétences qu'ils soient généraux, sociaux ou personnels. Sept compétences ont été définies, le rôle d'expert, communicateur, collaborateur, leader, promoteur de la santé, apprenant/formateur, et professionnel. Elles ont été choisies selon un référentiel de compétences des médecins du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada [CanMEDS]. Elles sont identiques pour toute la Suisse, et ont été actualisées par les écoles en collaboration avec les associations professionnelles, et validées par la Conférence Spécialisé santé [CSS], en 2020 (Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, [HES-SO], 2022).

Selon les recherches effectuées dans le cadre de ce travail, voici les principales compétences jugées nécessaires pour la prise en soins des personnes requérantes d'asile atteintes de troubles psychiatriques : le rôle de communicateur, de collaborateur et de promoteur de la santé.

2.4.1. Le rôle de communicateur

Le rôle de communicateur comprend la compétence de savoir communiquer, oralement et par écrit de manière adaptée et efficace envers les patients, clients, proches et professionnels. Cela a pour but de faciliter les relations et d'assurer le suivi des soins dans toutes les situations cliniques. Les futurs professionnels en soins infirmiers doivent considérer les patients comme des partenaires de soins, c'est pourquoi ils doivent être capables d'adapter leur langage en fonction de leur interlocuteur. Ils sont acteurs du développement de la compréhension commune des situations. Pour cela, l'infirmier doit pouvoir utiliser les différents outils de communication de son institution et assurer une documentation complète, tout en respectant les dispositions légales liées aux transmissions écrites (HES-SO, 2022).

2.4.2. Le rôle de collaborateur

Pour le rôle de collaborateur, le futur infirmier est acteur durant les prises de décisions partagées et aux actions concertées des équipes intra professionnelles, dans le but d'une coordination des soins, en collaboration avec les patients dans chaque situation. Ainsi, il se doit de respecter les différentes équipes intra et interprofessionnelles. Ensemble, ils co construisent un projet de soins. Le futur professionnel de santé doit faire preuve de leadership infirmier et doit défendre le point de vue des patients, tout en

accompagnant, soutenant et guidant les autres membres de l'équipe intra professionnelle (HES-SO, 2022).

2.4.3. Le rôle de promoteur de la santé

Enfin, le rôle de promoteur porte sur le fait d'intégrer au sein de sa pratique différentes interventions visant à maintenir et renforcer le niveau de santé et la qualité de vie des patients, des proches et des populations. Le professionnel s'appuie sur les différents modèles infirmiers et interdisciplinaires en mobilisant les ressources du système de santé. Pour cela, celui-ci doit être capable d'identifier les besoins de santé des populations, en introduisant des actions de promotion et de la santé et de préventions. Il aide, oriente, conseille et soutient les patients vers les structures de soins les plus adaptées dans la gestion de leur santé, dans le but de permettre à ces derniers de prévenir, surmonter et vivre avec des restrictions fonctionnelles, des handicaps ou des maladies. Le professionnel de santé doit mobiliser ses savoirs infirmiers et interprofessionnels, en contribuant au développement et l'amélioration des mesures de promotion de la santé et des préventions de la maladie, tout en respectant les aspects légaux, éthiques, politiques, et économique dans le domaine des soins et du système de santé (HES-SO, 2022).

3. MODELE THEORIQUE

3.1. Modèle théorique retenu : M. Leininger

Les modèles théoriques sont essentiels à la pratique des soins infirmiers (Alligood, 2013). En effet, ils vont permettre d'orienter et de guider la prise en soin. Selon Pepin et al. (2017), la façon dont l'infirmier va aborder la relation entre la personne, l'environnement, la santé et le soin va permettre de clarifier son champ de la discipline infirmière. Durant l'élaboration de ce projet, il a été question de choisir une théorie qui appuie notre travail. Le premier choix était la philosophie de Gottlieb qui est une approche fondée sur les forces de la personne, celle-ci, semblait être pertinente, mais en approfondissant les recherches, le choix s'est tourné sur la théorie de M. Leininger.

La théorie de M. Leininger « l'universalité et de la diversité des soins selon la culture dans la pratique infirmière » (ou « *Theory of culture care diversity and universality in nursing practice* ») est en cohérence avec la problématique car elle démontre l'importance de prendre en considération la culture lors de la prise en soin des personnes requérantes d'asile. Leininger explique l'importance de considérer le patient dans sa

globalité, c'est-à-dire avec ses différences, ses croyances et ses valeurs afin d'améliorer la qualité des soins (Alligood, 2013). Ainsi, pour permettre des soins significatifs et pertinents, il est impératif de développer des connaissances et des compétences transculturelles dans les soins infirmiers afin de guider les actions et les décisions (Alligood, 2013).

3.2. Ancrage disciplinaire

Madeleine Leininger est née le 13 juillet 1925 dans le Nebraska aux États-Unis. Elle est la fondatrice des soins infirmiers transculturels. Elle questionne les différences culturelles dans les soins et dédie son temps à étudier et à observer de nombreuses cultures. Cela lui permet de développer sa théorie de la culture, de la diversité et de l'universalité (Alligood, 2013).

M. Leininger obtient un bachelor en soins infirmiers ainsi qu'un master en sciences infirmières et en psychiatrie à la St. Anthony's School of Nursing à Denver. En 1965, elle étudie l'anthropologie culturelle et sociale et obtient un doctorat en anthropologie culturelle et sociale à l'Université de Washington. Par la suite, elle devient professeure dans plusieurs universités aux États-Unis. Durant sa carrière, elle rédige environ 30 livres, publie plus de 100 articles et mène 1200 conférences publiques aux États-Unis. Elle publie le livre "Nursing and anthropology", premier livre mettant en lien les soins infirmiers et l'anthropologie. Il va fonder le 1er journal des soins transculturels dans le monde, en 1989 (Alligood, 2013).

Les soins infirmiers transculturels sont une discipline et une profession de soins humanistes et scientifiques qui permettent de servir des individus, des groupes, des communautés, des sociétés et des institutions (Alligood, 2013).

Pour cela, Leininger incite les infirmiers et les médecins à intégrer les soins infirmiers culturels et des concepts de soins spécifiques à la culture. Selon elle, l'infirmier se doit d'avoir les connaissances transculturelles nécessaires afin de prendre en soins la personne ainsi que son entourage de la meilleure manière possible (Alligood, 2013).

3.3. Paradigme infirmier

C'est le philosophe Kuhn qui a introduit la notion de "paradigmes" en 1970. Cela désigne les "grands courants de pensée, ou façons de voir et de comprendre le monde" (Pepin et al., 2017). Dans le cadre de la discipline infirmière, les paradigmes sont définis comme des postulats philosophiques vus comme une base des activités des infirmiers. On distingue trois paradigmes différents : la catégorisation, l'intégration et la transformation

(Pepin et al., 2017). La théorie de Leininger s'inscrit dans le paradigme de la transformation. Selon Pepin et al. (2017), le praticien de ce paradigme s'intéresse à l'expérience de la personne, de sa famille, de sa communauté comme étant le départ de son action, celle-ci est fondée sur une réflexion critique dans un processus réciproque. La pratique infirmière se base sur l'expérience de santé vécue par le patient. Ce paradigme permet une prise en soin individualisée, en se focalisant sur la personne dans sa globalité, de façon holistique (Pepin et al., 2017).

3.3.1. École de pensée

L'école de pensée correspondant à la théorie de Leininger est l'école du caring. D'après Pepin et al. (2017), le caring est l'ensemble des actions et intuitions permettant à l'infirmière de déceler les signes d'amélioration ou de détérioration chez une personne. Selon Leininger, le caring signifie également qu'il faut faciliter et soutenir la personne tout en "respectant ses valeurs, ses croyances, son mode de vie et sa culture" (Pepin et al., 2017).

3.3.2. Niveau d'abstraction

Leininger décrit son modèle de soin comme étant une théorie (Marilyn et al., 2014). D'après Fawcett (2012), les théories sont considérées comme concrètes. Lorsque le modèle de soin dans la pratique professionnelle inclut également les modèles conceptuels, les théories qui guident toujours l'activité scientifique et la pratique des soins infirmiers (Fawcett, 2012).

Selon Fawcett (2012), une théorie de soin infirmier doit comprendre le travail d'équipe, les soins infirmiers primaires, la gestion de cas, et le management dans les soins.

3.4. Métaconcepts

3.4.1. La personne

Alligood (2013) explique que chaque culture humaine a des connaissances et des pratiques de soins professionnelles qui varient d'une culture à une autre mais également d'un individu à l'autre. Leininger (1997), utilise le terme « d'être humain » plutôt que « personne », dans la mesure où ce terme n'existe pas dans toutes les cultures. Ainsi, elle explique que l'être humain ne peut être dissocié de son bagage culturel. Cette vision de la personne proposée par Leininger prend son sens au sein de ce travail dans la mesure où la population concernée, les personnes requérantes d'asile, et les soignants sont susceptibles d'avoir un bagage culturel différent, pouvant entraîner un choc culturel.

3.4.2. Le soin

Selon Alligood (2013), Leininger considère les soins comme l'essence même de la pratique infirmière. Les soins basés sur la culture sont essentiels pour le bien-être, la santé, la croissance, et pour faire face à un handicap ou à un décès. Toujours selon Alligood (2013), Leininger expliquerait que les soins adaptés à la culture sont les plus complets. En effet, ils permettent une prise en soin plus holistique permettant de connaître, expliquer, interpréter, prévoir les phénomènes de soins infirmiers et ainsi orienter les décisions et les gestes infirmiers. Le concept du "Culture Care" est un modèle de soin qui prend en compte la transculture avec des diversités (différences), l'universalité (communalités) et la personne (Alligood, 2013).

3.4.3. La santé

Selon Alligood (2013), Leininger exprime que les soins basés sur la culture influencent la santé et le bien-être des individus, des familles, des groupes, et des communautés au sein de leurs contextes environnementaux. La pratique du "Culture Care" peut s'avérer bénéfique lorsque les valeurs et le modèle théorique sont connus et utilisés de façon optimale et permettent de prodiguer des soins appropriés et sûrs. Selon Leininger (1997), la santé signifie plus que l'absence de maladie, elle se réfère aux croyances et valeurs. Les personnes requérantes d'asile sont une population vulnérable qui est particulièrement touchée par des pathologies psychiatriques.

3.4.4. L'environnement

Selon Pepin et al. (2017), l'environnement concerne le contexte dans lequel évolue l'être humain, il prend en compte les aspects physiques, écologiques et sociaux. Mais aussi, la conception du monde et tous les facteurs qui peuvent influencer la vie de la personne, de son entourage et du groupe auquel elle appartient. Selon Leininger (1997), l'environnement regroupe des événements dont le sens et l'interprétation sont donnés par un contexte physique, écologique, sociopolitique et culturel particulier.

3.5. Question de recherche finale

À travers les différentes recherches réalisées dans la première partie de ce travail, la place de la culture est perpétuellement au centre des discussions. En effet, elle représente un enjeu majeur lors de la prise en soin des personnes requérantes d'asile. Leininger place cet aspect-là au centre de sa théorie de soin. En effet, elle démontre l'importance de considérer le patient dans sa globalité, c'est-à-dire avec ses différences, ses croyances et ses valeurs afin d'améliorer la qualité des soins (Alligood, 2013). C'est

pourquoi le développement de compétences culturelles par les soignants, peut être un atout majeur afin d'offrir la meilleure prise en soin au sein de cette population, tout en respectant les différentes cultures (Suurmond et al., 2010).

La question de recherche suivante semble donc pertinente pour l'élaboration de ce travail : « En quoi les compétences culturelles infirmières favorisent-elles la prise en soins des personnes requérantes d'asiles adultes atteintes de troubles de stress post-traumatique ? »

4. METHODE

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Afin de faciliter et cibler la recherche des articles scientifiques dans les bases de données, la méthode PICO(T) a été utilisée. Cette méthode aide à mettre en avant les concepts clés permettant de répondre à la question de recherche. Voici le PICO(T) utilisé pour permettre d'affiner la recherche des articles scientifiques pertinents pour ce travail :

Tableau 1: Méthode PICO(T)

PICO(T)	Concepts clés
P : Population	Requérants d'asile adultes, infirmiers
I : Intervention/question d'intérêt	Compétences culturelles
C : Comparaison	TSPT
O : Outcome/résultat clinique	Amélioration de la prise en soin
(T) : Temporalité	-

Les principales bases de données utilisées pour la recherche des articles ont été PubMed puis CINAHL. Des articles pertinents ont également été trouvés hors des bases de données sur Google Scholar. Afin de rechercher les différents articles en lien avec la problématique, des mots clés ou concepts, se référant au PICO(T) ont été retenus. Pour la plupart, ils ont été établis à l'aide du HeTop. Voici les mots clés utilisés dans les différentes bases de données :

Tableau 2 : Traduction des mots clés

Mots clés	HeTop	PubMed	CINAHL	Autres	Synonymes
Requérants d'asile		Asylum Seekers	Asylum Seekers	Asylum Seekers	Refugees
Infirmier	Nurse	Nurse	Nurse		
Soins	Nursing		Nursing		
Santé mentale	Mental health	Mental health	Mental health		
Europe	Europe	Europe			
Compétence culturelle	Cultural competency, Cultural competence	Cultural competence	Cultural competence		

Pour trouver des articles scientifiques abordant la majorité des concepts de la problématique, il a fallu mettre en lien les différents mots clés afin de créer des équations de recherche. De plus, cela a permis d'affiner ou d'élargir si besoin les recherches en fonction des résultats. Toujours dans l'optique de cibler la recherche, des filtres ont également pu être utilisés. Les équations ainsi que les filtres ayant permis de trouver des articles pertinents sont développées ci-dessous :

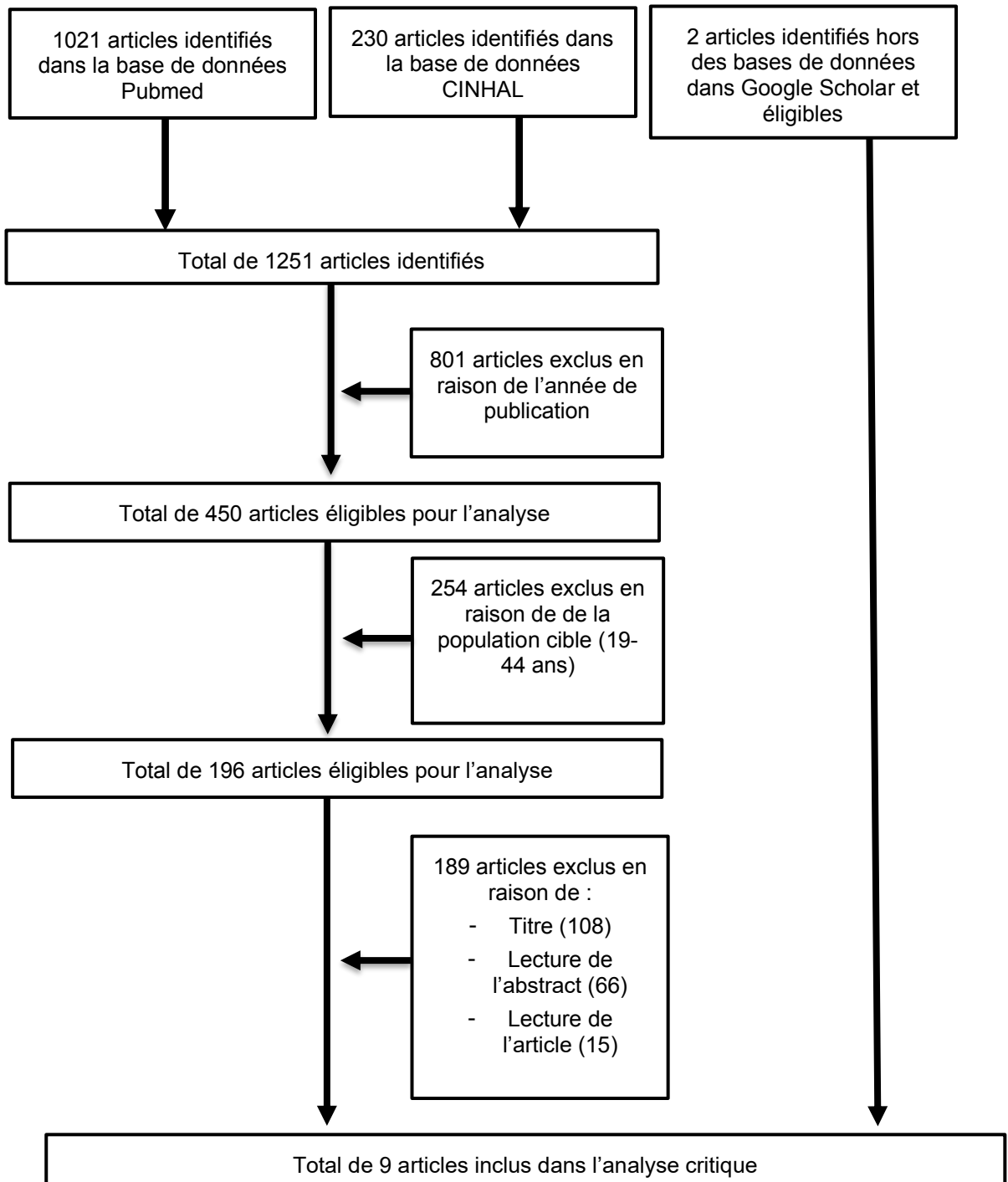
Tableau 3 : Équation de recherche

Base de données	Équation de recherche	Filtres de la recherche	Résultats
PubMed	(Asylum seeker) AND (Mental health) AND (Nurse) All fields	Results by year : 2013-2023 Adults : 19-44 years	29 articles : <ul style="list-style-type: none"> • 1 article retenu • 26 articles éliminés par le titre • 2 articles éliminés par l'abstract
PubMed	(Asylum seekers) AND (Mental health) AND (Europe) All fields	Results by year : 2020-2023 Adults : 19-44 years	93 articles : <ul style="list-style-type: none"> • 1 article retenu • 52 articles éliminés par le titre • 35 articles éliminés par l'abstract

			5 articles éliminés par la lecture
PubMed	(Asylum seekers) AND (Cultural competence) AND (nurse) All fields	Results by year : 2003-2023 Adults : 19-44 years	12 articles : <ul style="list-style-type: none"> • 1 article retenu • 5 articles éliminés par le titre • 2 articles éliminés par l'abstract 4 articles éliminés par la lecture
PubMed	(Cultural competence) AND (Asylum seekers) AND (Nurse) All fields	Results by year : 2010-2023	22 articles : <ul style="list-style-type: none"> • 1 retenu • 10 éliminés par le titre • 7 articles éliminés par l'abstract 5 articles éliminés par la lecture
CINAHL	((Refugees) OR (Asylum seekers)) AND (Nursing) AND (Mental health)	Results by year : 2018-2022	37 articles : <ul style="list-style-type: none"> • 1 article retenu • 14 articles éliminés par le titre • 16 articles éliminés par l'abstract • 6 éliminés par la lecture
CINAHL	(Refugee) AND (Mental Health) AND (Nurse)	Results by year : 2018-2022 Adults : 19-44 years	18 articles : <ul style="list-style-type: none"> • 2 articles retenus • 12 articles éliminés par le titre • 4 articles éliminés par l'abstract
Google Scholar	Asylum seekers, Nurse, Cultural competence		1 articles retenus

4.2. Diagramme de flux

Figure 2: Diagramme de flux



Ce diagramme permet de visualiser la manière dont les articles scientifiques ont été retenus ainsi que les critères d'exclusion. Dans un premier temps, des articles ont été identifiés grâce aux équations de recherche. Au fur et à mesure, des filtres ont été

ajoutés, notamment l'année de publication des études afin d'avoir un contenu le plus récent possible, et la tranche d'âge de la population (19-44 ans). Enfin, des articles ont été exclus en fonction de leur contenu. Au total, neuf articles ont été retenus pour l'analyse critique.

5. RESULTATS

5.1. Résumés des articles retenus

5.1.1. *Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers*

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

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée aux Pays-Bas auprès d'infirmiers praticiens travaillant dans différents centres pour les personnes requérantes d'asile. Le but de cette étude était d'évaluer et comprendre le niveau de compétences culturelles des infirmiers praticiens et voir quelles sont les compétences qu'ils jugent importantes lors de la prise en soin des requérants d'asile.

Pour cela, un échantillon de type raisonné de 89 infirmiers a répondu à un questionnaire afin de recueillir des données générales sur les expériences d'accueil ainsi que sur les compétences culturelles. Par la suite, des entretiens de groupe semi-structurés ont été menés dans les six centres différents, auprès de 36 infirmiers. Au total, sept entretiens par groupe de deux à neuf infirmiers ont été réalisés afin de recueillir davantage de détails concernant les expériences quotidiennes des infirmiers praticiens travaillant avec les requérants d'asile. Les différentes données ont été récoltées sur une période de quatre mois en 2007.

Concernant les questionnaires, 89 ont été retournés. Les auteurs ne savent pas combien de questionnaires ont été distribués, empêchant ainsi d'établir un taux de réponse. Les participants y ont répondu anonymement après avoir donné leur consentement éclairé. Quatre questions ouvertes exploratoires sur les compétences culturelles ont été posées :

- "Avez-vous reçu une éducation ou une formation spécifique en matière de compétences culturelles ? En cas de réponse positive, quel est votre parcours ?"
- "Vous sentez-vous culturellement compétent : pourquoi ? Pourquoi pas ?"
- "Quel type de compétence culturelle est importante pour l'accueil ?"

- “Comment les compétences culturelles peuvent-elles être améliorées ?”

Les entretiens de groupe avaient pour but de recueillir davantage de détails concernant les expériences quotidiennes des infirmiers praticiens travaillant avec les requérants d’asile. Les questions portaient sur les problèmes rencontrés lors des prestations de soins médicaux, le rôle spécifique de l’infirmière praticienne dans le système de soins médicaux, les attentes perçues des demandeurs d’asile et ce qu’ils considèrent comme une situation idéale pour fournir des soins de haute qualité. Aucune question spécifique n’a été posée sur les compétences culturelles.

Les données provenant des différentes sources ont été synthétisées à l’aide d’une méthode de triangulation afin d’améliorer la probabilité que les résultats soient jugés crédibles.

Les résultats de l’étude présentent plusieurs compétences que les infirmiers praticiens considèrent importantes pour faciliter la prise en soins des requérants d’asile. Parmi ces compétences, il y a :

- Des connaissances de la situation politique et le contexte dans le pays d’origine
- Des connaissances concernant les maladies fréquentes dans le pays d’origine (épidémiologie, manifestation)
- Des connaissances sur les conséquences du statut de réfugiés sur la santé
- La capacité à développer une relation de confiance avec le requérant d’asile
- La capacité à discuter des expériences traumatisantes vécues par cette population
- La capacité à expliquer le système de santé du pays d’accueil

De plus, les résultats des questionnaires mettent en évidence que les infirmiers praticiens pensent que les compétences culturelles peuvent être améliorées. Selon 40% d’entre eux, une formation plus poussée est nécessaire.

De part ces résultats, l’étude souligne que la future formation infirmière pourrait prendre en considération ces éléments afin de développer les compétences culturelles. Il est également mis en évidence que ces compétences se développent avec l’expérience du travail. Par conséquent, un mode « d’apprentissage en action » avec une supervision adéquate pourrait être une alternative d’apprentissage.

Il faut prendre en considération que cette étude se limite aux perspectives des infirmiers. En effet, le point de vue et les besoins des requérants d’asile ne sont pas explorés. Une autre limite mentionnée dans l’article est le fait que l’on s’intéresse aux compétences culturelles uniquement au moment de l’accueil des requérants d’asile et non lors des contacts réguliers. Dans la mesure où l’accueil est un moment important pour

l'établissement de la relation, les auteurs pensent que les compétences culturelles pour l'accueil des patients s'appliqueront également lors des contacts réguliers.

5.1.2. Syrian refugees' experiences with mental health services in Turkey: "I felt lonely because I wasn't able to speak to anyone"

Doğan, N., Dikeç, G., & Uygun, E. (2019).

Cette étude qualitative de conception phénoménologique, menée en Turquie, a été réalisée auprès de réfugiés syriens suivis dans une polyclinique spécialisée en santé mentale pour les réfugiés. L'objectif de cette étude était d'examiner les expériences et les difficultés des réfugiés syriens adultes avec les services de santé mentale dans le but d'améliorer la protection, le traitement et la réhabilitation de leur santé mentale.

Pour ce faire, 24 réfugiés syriens ont été sélectionnés par le biais d'un échantillonnage dirigé. Ils ont ensuite participé à des entretiens de groupe (quatre entretiens ont été réalisés au total) en étant aidés par un traducteur syrien. Les participants ont été interrogés une deuxième fois, afin qu'ils puissent confirmer leurs déclarations. Les données ont été recueillies entre juin et août 2018. Un formulaire d'informations personnelles a été utilisé pour recueillir les données socio-démographiques des participants. Pendant les entretiens de groupe semi-structurés, les participants ont cherché à répondre à la question suivante : "*Qu'avez-vous vécu lors de votre séjour au sein d'un service de santé mentale hospitalier ou ambulatoire en Turquie ?*". Les participants ainsi que leurs tuteurs ont été informés de l'étude avant son commencement et ils ont fourni leur consentement écrit et oral.

Les données ont ensuite été analysées avec la méthode d'interprétation phénoménologique de Colaizzi. Puis, les critères de Guba et Lincoln ont été utilisés pour augmenter la validité et la fiabilité de la recherche. L'analyse des entretiens a permis de faire ressortir sept thèmes :

- La difficulté à prendre rendez-vous
- La difficulté à obtenir des médicaments
- Les droits personnels
- Le manque d'information
- La barrière linguistique
- La discrimination
- La confiance VS l'anxiété

Ainsi, les résultats démontrent que les participants évoquaient régulièrement des difficultés à obtenir des services nécessaires à leur santé, notamment par le fait qu'ils ne parlent pas la langue du pays d'accueil (le turc). Il n'était, par exemple, pas possible de prendre des rendez-vous médicaux au téléphone et les réfugiés devaient se rendre directement à l'hôpital. Certains se sont également retrouvés en difficulté pour obtenir des ordonnances nécessaires dans le cadre de leur santé mentale, car il n'y avait pas de psychiatre parlant l'arabe. De plus, certains n'ont pas la possibilité d'avoir des médicaments "gratuits" car ils n'ont pas de carte d'identité. Les participants manquent parfois d'informations concernant leur état de santé mentale, la durée du traitement et la procédure à suivre lors de tests ou d'examens médicaux. La discrimination a aussi été relatée. En effet, certains ont eu l'impression d'être traités différemment en raison de leur statut de réfugié.

Ainsi, l'étude met en évidence que les infirmiers travaillant auprès de cette population devraient être en mesure de diagnostiquer leurs besoins en termes de santé et de les orienter. En effet, de nombreuses difficultés pourraient être évitées s'ils étaient mieux informés concernant leurs droits, le traitement ou les examens. Les infirmiers devraient être capables de reconnaître les obstacles des réfugiés auprès des services de santé pour les surmonter et de défendre leurs droits.

Cette étude se limite aux déclarations des participants. De plus, la taille de l'échantillon étant restreinte, il est difficile de généraliser les résultats à d'autres contextes. Une autre limite mentionnée est le fait que la collecte de données a été réalisée à l'aide d'un traducteur ainsi que l'incapacité des chercheurs à récolter des données dans la langue maternelle des participants. Cela représente un risque car il est possible que certains des dires des participants aient été mal interprétés, biaisant les résultats.

5.1.3. Clinician/Patient Connections in Ethnoculturally Nonconcordant Encounters With Political-Asylum Seekers: A Comparison of Physicians and Nurses

Koehn, P. H., & Sainola-Rodriguez, K. (2005).

Cette étude qualitative compare la capacité des médecins et des infirmiers à entrer en relation avec des patients ethnoculturellement différents afin de comprendre comment les différences culturelles peuvent affecter les interactions et la qualité des soins auprès des demandeurs d'asile. L'étude s'intéresse également à la formation en soins culturels afin de voir si elle est un atout lors de la prise en soins de cette population.

Pour réaliser cette étude, 41 demandeurs d'asile ont été sélectionnés à l'aide d'un échantillonnage aléatoire simple. Les participants faisaient tous partie de l'un des cinq centres d'accueil dans le sud de la Finlande (Kontiolahti, Joutseno, Kotka, Turku et Helsinki). Lors de l'été 2002, 118 entretiens ont été menés avec les demandeurs d'asile ainsi que des médecins et infirmiers. Les enquêteurs ont obtenu le consentement verbal préalable des participants et ils ont assuré que la confidentialité serait de rigueur. De plus le chercheur principal a expliqué à tous les participants que cette étude n'aurait aucune incidence sur leur accès aux services.

Pour guider ces entretiens, un questionnaire principalement structuré a été utilisé afin d'obtenir des données sociales et économiques de base ainsi que des données subjectives sur des questions de santé de la part du patient, du médecin et de l'infirmier. Les auteurs ont cherché à comprendre le point de vue du patient en se concentrant sur ses expériences vécues en matière de santé et sur la façon dont lui, le médecin et l'infirmier ont interprété ces expériences. Ainsi, l'étude a exploré les perspectives congruentes et la mesure dans laquelle les perspectives des patients demandeurs d'asile sont cachées au médecin et/ou à l'infirmier. La méthode choisie par les chercheurs peut être décrite comme un entretien ethnographique condensé.

Les résultats de l'étude ont ensuite été classés selon les dimensions critiques des soins transculturels, comprenant :

- L'évaluation de la santé et des maladies
- Les croyances, valeurs et pratiques
- L'adhésion
- La satisfaction/l'insatisfaction
- L'efficacité de l'autosoin
- Les attentes futures

Les résultats généraux de l'étude montrent que dans la majorité des cas, les perspectives des médecins et infirmiers et celles des demandeurs d'asile divergeaient fréquemment concernant les questions de santé.

De plus, les résultats suggèrent qu'une formation de soins culturels peut offrir des avantages aux professionnels de la santé pour la prise en soin des demandeurs d'asile. Lors de l'étude, il a été démontré que cette formation n'avait pas d'impact sur la congruence concernant l'évaluation de l'état de santé du patient, les perspectives sur les approches biomédicales, sur l'adhésion concernant les conseils alimentaires et les rendez-vous. En revanche, elle montre ses preuves sur des thématiques comme l'efficacité du demandeur d'asile pour les soins personnels et sur la confiance en l'avenir.

De plus, les infirmiers ayant suivi cette formation étaient plus susceptibles de reporter avec congruence le point de vue de leurs patients sur les valeurs des pratiques culturelles, l'application d'approches traditionnelles ou biomédicales complémentaires, le respect des instructions de médication ainsi que le niveau de satisfaction. Ainsi, les infirmiers ayant reçu cette formation étaient plus susceptibles d'avoir des résultats positifs en termes de qualité de vie concernant les personnes demandeuses d'asile.

Les résultats mettent en avant que les infirmiers (mais aussi les médecins) de Finlande et des autres pays occidentaux doivent être plus conscients de l'importance de la culture lors de la prise en soin des personnes requérantes d'asile.

Dans cet article, les auteurs ne mentionnent pas de limites mais il est possible d'en supposer quelques-unes. Pour commencer, le fait que les entretiens étaient guidés par un questionnaire structuré, il est possible que les perceptions des demandeurs d'asile n'aient pas été pleinement développées. De plus, il n'est pas mentionné dans l'article de quelle manière ont été enregistrés les entretiens ni si un retour aux participants a été fait. Ainsi, cela peut augmenter le risque d'erreur d'interprétation. Enfin, la formation en soins culturels qui apparaît comme une recommandation dans l'article n'est pas tellement développée. En effet, son contenu n'est pas explicité.

5.1.4. Reframing resilience: Strengthening continuity of patient care to improve the mental health of immigrants and refugees

Wylie, L., Corrado, A. M., Edwards, N., Benlamri, M., & Murcia Monroy, D. E. (2020).

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée auprès de 38 participants (10 travailleurs sociaux, 7 psychiatres, 5 thérapeutes, 4 physiciens, 4 infirmiers, 4 managers, 2 requérants d'asile et 2 membres du personnel de soutien non clinique). L'objectif de l'étude était d'identifier et de comprendre les obstacles auxquels font face les requérants d'asile dans le système de santé.

Les 38 participants ont été sélectionnés selon un échantillonnage non aléatoire de type raisonné et ont participé à des entretiens semi-structurés et à des discussions de groupe. Les entretiens ont été menés par un chercheur et un prestataire de service. Les questions portaient sur les expériences avec les patients demandeurs d'asile, les obstacles aux services de santé mentale, la collaboration entre les différents services, les ressources, les politiques et les procédures visant à soutenir les services de santé mentale pour les requérants d'asile. L'étude a été guidée par un cadre théorique qui a permis de découvrir les expériences de première ligne du système de santé mentale des participants (valeurs sociales, politiques, culturelles, économiques).

Une analyse thématique inductive sur le logiciel NVIVO10 a été réalisée avec les données transcrites des entretiens et des discussions de groupe, puis les chercheurs ont regroupé les codes en thèmes généraux. Par la suite, les chercheurs ont codé individuellement les transcriptions et discuté collectivement afin de comparer l'analyse et les résultats.

Les thèmes ont été déterminés lors des choix de questions pour les entretiens et discussion de groupe, qui se concentraient sur :

- Les expériences avec les patients demandeurs d'asile
- Les obstacles aux services de santé mentale
- La collaboration entre les différents services
- Les ressources et politiques
- Les procédures visant à soutenir les services de santé mentale pour les demandeurs d'asile

Les données obtenues ont ensuite été classées dans les catégories suivantes :

- L'accès perçu aux soins
- La coordination entre les prestataires de soins
- Les liens entre patients et organisations communautaires
- La planification coordonnée des soins
- Les protocoles, politiques et procédures organisationnelles
- Les besoins systématiques et de formation en matière de soins et de santé

L'étude met en évidence que le nombre de personnes ayant recours aux soins sont inférieures aux besoins. La plupart des participants ont expliqué que cela était dû à des obstacles tels que le soutien culturel limité, la barrière linguistique, la stigmatisation et les différences de compréhension de la santé mentale, les problèmes dans l'orientation dans le système de santé mentale, et le manque de systèmes organisationnels ou des politiques permettant d'identifier leurs besoins. Les prestataires présentent des difficultés à orienter les patients lorsque la prise en soin aigue est terminée, compromettant la continuité des soins. De nombreux participants notent que les organisations communautaires sont une ressource principale pour les requérants d'asile et qu'elles permettent la résilience. Les relations positives entre les prestataires, les patients et les responsables des organisations communautaires favorisent la continuité aux soins.

Il existe deux principaux défis liés aux protocoles, aux politiques et aux procédures organisationnelles des soins aigus : l'accès au travail social et aux systèmes d'orientation vers les organisations communautaires. Les infirmiers et les travailleurs

sociaux sont les professionnels connaissant le mieux les ressources disponibles pour les requérants d'asile. Cela occasionne du stress pour les autres professionnels de la santé qui ne répondent pas toujours aux besoins des requérants d'asile notamment lorsque le patient ne présente pas de symptôme flagrant. De plus, ils n'ont pas toujours connaissance des politiques ou des protocoles visant à répondre aux besoins des requérants d'asile.

Finalement, les professionnels de la santé sont conscients de ces lacunes et ont réalisé des recommandations afin d'améliorer la continuité des soins pour les requérants d'asile. Ils estiment nécessaire d'améliorer la formation aux soins transculturels et de d'établir des règles pour les soins de santé mentale aux requérants d'asile.

Il existe des limites dans la réalisation de l'étude suivante. L'article ne précise pas les questions abordées lors des discussions de groupe et des entretiens semi-structurés. De plus, l'article vise à identifier les obstacles auxquels font face les requérants d'asile mais seulement 2 requérants d'asile participent à l'étude.

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

Quickfall, J. (2014).

Il s'agit d'une étude qualitative ethnographique réalisée en Ecosse auprès de demandeurs d'asile et de professionnels de la santé. L'objectif de l'étude était de définir les principes sous-jacents de la compétence culturelle et de découvrir comment les infirmières travaillant en santé communautaire les appliquent auprès des demandeurs d'asile.

De ce fait, 39 demandeurs d'asile et 21 professionnels de la santé ont été sélectionnés selon un échantillonnage de convenance. Parmi ces professionnels, il y avait trois médecins généralistes, huit visiteurs de santé, un infirmier de santé familiale, quatre infirmiers, un infirmier praticien, un infirmier puériculteur, deux auxiliaires de santé et un assistant administratif. Les données ont été recueillies directement par l'auteur par des observations, des entretiens individuels semi-structurés et des groupes de discussion. Au total, l'auteur a réalisé 25 sessions d'observation auprès des différents participants. Les données ont été analysées en fonction de leur nature. L'auteur s'est basé sur le modèle de Papadopoulos permettant le développement des compétences culturelles en cinq étapes afin d'examiner les résultats et d'identifier les défis dans la prise en soins des infirmières en santé communautaire auprès des demandeurs d'asile. Cela a permis de classer les résultats dans les thèmes suivants :

- La considération institutionnelle
- La conscience culturelle
- Les connaissances culturelles
- La sensibilité culturelle

L'étude met en évidence que le fait de promouvoir un accès équitable aux soins pour les demandeurs d'asile engendre des coûts et des consultations prolongées, notamment après l'utilisation des services d'interprètes, constituant une difficulté pour certains professionnels de la santé. De plus, certains professionnels estiment que les interprètes ne comprennent pas toujours les phrases complexes, tandis que d'autres font appel à un interprète par crainte qu'un proche ne filtre la conversation. Les demandeurs d'asile relèvent l'importance de la communication non verbale qui peut manquer par exemple, lors des appels téléphoniques. Certains expriment avoir vécu de la discrimination et des attitudes racistes en raison de leur statut de demandeur d'asile et leur ethnie. Ils disent également se méfier des soignants ou autres professionnels en position d'autorité.

Ainsi, l'étude démontre que les infirmiers devraient acquérir des compétences culturelles afin d'intégrer les demandeurs d'asile dans les services de soins généraux. De plus, ils devraient développer des compétences de communication verbale et non verbale afin de pallier les barrières linguistiques. En effet, en l'absence d'un interprète, l'infirmier doit pouvoir mimer par exemple, le message qu'il souhaite transmettre, ou faire intervenir un proche mais cela comporte des biais car les éléments exprimés peuvent en être modifiés. Le développement des relations interpersonnelles est important afin de tenir compte des croyances et des valeurs du demandeur d'asile.

Il existe des limites dans la réalisation de cette étude. En effet, l'étude a été réalisée dans une seule région de l'Ecosse, à Glasgow. Glasgow était la seule ville accueillant les demandeurs d'asile à cette époque. L'auteur ne précise pas les sujets traités lors des entretiens. De plus, les entretiens ont été enregistrés manuellement par l'auteur, représentant un risque que les données ne soient pas tout à fait identiques à ce qui a été mentionné par les participants. Enfin, la taille de l'échantillon étant faible, cela rend les résultats difficilement applicables au reste de la population.

5.1.6. Association between the post-traumatic stress symptoms and functional health among internally displaced people in Myanmar

Kim, G.-U., Jung, E., Shim, M.-S., & Kim, G. S. (2022).

Il s'agit d'une étude transversale réalisée auprès de 201 Personnes Déplacées à l'Intérieur du pays [PDI] (109 hommes et 92 femmes), au Myanmar.

L'objectif de l'étude était d'évaluer l'association entre les symptômes de stress post-traumatique et la santé fonctionnelle des PDI et d'identifier les facteurs associés à la santé fonctionnelle dont la résilience, le soutien social et l'espoir en fonction de la présence ou l'absence de TSPT.

Les participants ont été recrutés dans trois camps de réfugiés par le biais d'un échantillonnage de commodité. Au total, 300 personnes ont été recrutées pour répondre à un questionnaire. Par la suite, 16 participants ont été exclus à cause de leur âge et 83 questionnaires ont été éliminés car ils comportaient des réponses vides ou des données manquantes. Le questionnaire portait sur la santé fonctionnelle, le TSPT, la résilience, le soutien social et l'espoir. Les participants étaient des volontaires et ont donné leur consentement, ils ont été informés de la confidentialité et de leur droit de retrait à tout moment.

La collecte de données a été réalisée par deux enquêteurs de l'institut de soutien aux PDI au Myanmar. Tous les outils de mesure ont été traduits en birman par deux traducteurs parlant couramment coréen, anglais et birman puis une autre personne était chargée de traduire rétrospectivement afin d'avoir un double contrôle. Les données ont été collectées entre avril et juin 2019. Un cadre théorique de recherche a été réalisé, basé sur des théories de psychologie (théorie du stress et de la santé de Lazarus et Folkman, qui explique que les événements stressants peuvent affecter la santé fonctionnelle), et des études réalisées auparavant ayant mis en évidence que le stress-post traumatique peut avoir un effet néfaste pour la santé fonctionnelle.

Différentes variables ont donc été évaluées :

- La santé fonctionnelle : mesurée à l'aide du Functional Health Pattern (FHPAST) par 58 questions portant sur la perception et la gestion de la santé, le stress et le coping, le rôle et la relation, l'activité et l'exercice, la perception de soi et le concept de soi, le sommeil et le repos, la sexualité et la reproduction, les valeurs et les croyances, la nutrition et le métabolisme.
- Le TSPT : mesuré avec l'échelle Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) par 16 questions. Le score total est une moyenne de toutes les questions et les valeurs de 2.5 ou plus indiquent une forte probabilité de TSPT. Ils ont été classés en deux groupes : les personnes souffrant de TSPT et les personnes ne souffrant pas de TSPT.

- La résilience : mesurée à l'aide de l'échelle de résilience Connor-Davidson Resilience Scale 25 (CD-RISC) par 25 questions.
- Le soutien social : mesuré avec la Berlin Social Support Scales (BSSS) par 17 questions.
- L'espoir : il a été évalué en additionnant les scores des sous-échelles des traits de l'espoir et de l'état de l'espoir par 18 questions. Des scores plus élevés indiquent des niveaux d'espoir plus élevés.

Toutes les questions ont été évaluées à l'aide de l'échelle de Likert selon différents points.

L'étude met en évidence un score moyen de santé fonctionnelle des PDI de 2.67 points, score inférieur à 3, ce qui indique une vulnérabilité et le besoin d'améliorer la santé fonctionnelle pour les PDI. 37.3% des PDI souffrent de TSPT, ce qui est négativement associé à la santé fonctionnelle et peut occasionner des problèmes de santé. Les PDI déclarent avoir des symptômes tels que l'intrusion, l'évitement, des altérations cognitives et de l'humeur et une altération de l'éveil et de la réactivité.

La résilience était significativement associée à la santé fonctionnelle, le groupe ayant un TSPT avait donc une faible résilience et une santé fonctionnelle réduite. La survenue d'un traumatisme est plus présent chez les femmes, les jeunes adultes, les personnes ayant vécu plusieurs événements traumatisants et ceux ayant une faible estime de soi. Le soutien social n'était pas significativement associé à la santé fonctionnelle. Il représente un indicateur faible du système de soutien social des PDI au Myanmar. Ils nécessitent des besoins tels que : l'aide financière, le logement, la sécurité alimentaire, les soins médicaux, les vêtements, le travail et l'éducation des enfants. Également, le besoin de soutien et la recherche de soutien étaient significativement différents entre les personnes souffrant de TSPT et ceux ne souffrant pas de TSPT.

Enfin, l'espoir était significativement associé à la santé fonctionnelle et représente un facteur protecteur dans le groupe de PDI présentant un TSPT. Les PDI vivant des traumatismes jugent important de se centrer sur l'avenir et de penser positivement. Il a été démontré que les PDI choisissent la meilleure option par une réflexion volontaire et non en se souciant des obstacles.

Ainsi, l'étude démontre qu'il faudrait mettre en place des programmes de promotion à la santé concernant les facteurs montrant des différences significatives de la santé fonctionnelle entre le groupe ayant un TSPT et ceux sans. Ces facteurs concernant la gestion de la santé, les modifications des habitudes de vie, l'amélioration de l'image de

soi, la découverte de soi, la gestion du stress, l'éducation à l'hygiène du sommeil et les troubles du sommeil associés aux traumatismes. Les infirmières travaillant en santé mentale doivent favoriser des programmes d'éducation liés aux traumatismes que vivent les réfugiés et assurer une prise en soins des symptômes de manière précoce.

Le développement de programmes ou services devraient être proposés afin de renforcer la résilience comme des services individuels centrés sur les valeurs afin de permettre des changements de comportements futurs et d'améliorer la santé fonctionnelle. Les infirmières travaillant en santé mentale doivent être capable de cibler les populations souffrant de TSPT et de fournir des interventions adaptées et qui permettraient un climat de confiance.

Le soutien social nécessite d'être étudié de manière continue à l'avenir. Cela, en développant une base de soutien pour les réfugiés, en fournissant des listes des services comme les services de soins, sociaux, éducatifs et professionnels.

Il existe des limites dans la réalisation de l'étude. En effet, l'étude ne traite pas des causes des TSPT ni de la fréquence d'exposition aux événements traumatisants autres que les conflits armés et la violence. Un biais sélectif a pu affecter les résultats car les participants ont été sélectionnés à l'aide d'un échantillonnage de commodité dans des camps de PDI dans certaines régions du Myanmar. Les valeurs de cohérence interne des sous-échelles de l'instrument de mesure de la santé fonctionnelle et du soutien social n'étaient pas satisfaisantes. Cette étude traite sur des personnes ayant vécu un événement traumatisant, les chercheurs doivent être capables de prendre en soins les plaintes physiques et mentales.

5.1.7. Nursing student's experiences with refugees with mental health problems in Jordan : A qualitative content analysis

Dotevall, C., Winberg, E., & Rosengren, K. (2018).

Cette étude qualitative réalisée en Jordanie, s'intéresse aux étudiants infirmiers jordaniens prenant en soins des réfugiés souffrant de problèmes de santé mentaux. L'objectif étant de décrire leur expérience et leur vécu auprès de cette population.

Pour cela, neuf participants ont été sélectionnés à l'aide d'un échantillonnage de commodité. Par la suite, un étudiant a été exclu de l'étude en raison d'un manque d'expérience dans ce domaine. Les étudiants ont participé à des entretiens individuels d'une durée de 10 à 30 minutes, ils ont été enregistrés et les textes retranscrits textuellement. Les données ont été récoltées en octobre 2016. Ces entretiens étaient

axés sur cinq aspects : la prise en charge des problèmes de santé mentale, les compétences infirmières concernant les réfugiés, les activités de soutien, l'utilisation de stratégies infirmières et les aspects futurs concernant les réfugiés souffrant de problèmes de santé mentale. Les entretiens démarraient par des questions types comme : *“si je vous dis maladie mentale, à quoi pensez-vous ?”* et *“Parlez-moi de votre expérience de réfugiés souffrant de problème de santé mentale ?”*. En fonction des réponses, des questions supplémentaires ont été posées. Des exemples de situations telles que les aspects positifs et négatifs des soins infirmiers ont été explorés, et des clarifications ont été apportées. Tous les étudiants ont participé à l'étude de manière volontaire et ont été informé de leur droit de se retirer à tout moment et que leurs réponses seraient gardées confidentielles.

Les entretiens ont été analysés en cinq étapes :

- Les entretiens écrits ont été lus à plusieurs reprises pour se familiariser et comprendre le contenu.
- Les données récoltées correspondant à la prise en charge des réfugiés et les problèmes de santé ont été sélectionnées selon une approche inductive concernant les soins infirmiers et les besoins de soins en santé mentale.
- Les données ont été condensées en description de la prise en charge des réfugiés souffrant de problèmes de santé mentale.

Par la suite, trois sous-catégories ont été identifiées :

- Gérer les besoins de santé mentale des réfugiés
- Être affecté par la santé mentale des réfugiés
- Améliorer les soins de santé mentale pour les réfugiés

Enfin, une catégorie a été mise en avant : Être confronté aux problèmes de santé mentale des réfugiés.

Les étudiants mettent en évidence le manque de formation concernant les problèmes de santé mentale des réfugiés, compliquant de ce fait la prise en soin de cette population. Ils expliquent également que des symptômes tels que la dépression, le stress, notamment le TSPT et l'anxiété ne sont pas correctement étudiés alors qu'ils sont fréquemment observables chez les patients réfugiés. Les étudiants mettent en avant l'importance de parler et d'écouter les expériences des réfugiés afin de créer une relation de confiance. Les comportements et l'histoire de vie des patients peuvent être bouleversants pour les étudiants, cela pouvant les toucher émotionnellement. Ainsi, les compétences culturelles, relationnelles, ainsi que des connaissances théoriques

spécifiques doivent être incluses dans la formation des étudiants afin d'améliorer la prise en soins des réfugiés. De plus, le peu d'expérience professionnelle auprès de cette population peut également être un obstacle. Une formation clinique sur le terrain serait également pertinente pour améliorer les compétences infirmières dans ce domaine.

Il faut prendre en considération que cette étude se base sur les déclarations des étudiants. L'échantillon étant très faible, la possibilité de généraliser ces résultats à d'autres contextes est limitée. La validité de l'étude peut également être discutée dans la mesure où la procédure de collecte des données implique un nombre limité d'entretien. Une autre limite observable est le fait que l'étude ne s'intéresse qu'au point de vue des étudiants et pas à celui des réfugiés pouvant exprimer leur expérience quant à leur prise en soin.

5.1.8. Problems faced by Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland

Kiselev, N., Pfaltz, M., Schick, M., Bird, M., Hansen, P., Sijbrandij, M., Graaff, A. M. de, Schnyder, U., & Morina, N. (2020).

Il s'agit d'une étude qualitative transversale menée en Suisse auprès de réfugiés et demandeurs d'asile syriens. L'objectif de la recherche était d'identifier les problèmes auxquels cette population peut être confrontée au quotidien lors de l'arrivée sur le territoire Suisse.

Un échantillonnage de type boule de neige a été mis en place pour recruter les participants. En effet, les membres de l'équipe de l'étude ont réalisé du bouche à oreille auprès de leurs contacts personnels afin de trouver des participants et les ont encouragé à contacter le coordinateur de l'étude. Au total, 30 réfugiés/demandeurs d'asile ont été recrutés. Des entretiens semi-structurés ont été menés auprès des participants. Les entretiens ont eu lieu en mai 2017 et avaient une durée d'environ 30 à 45 minutes.

Tout d'abord, les participants ont répondu à des questions démographiques (âge, sexe, religion, niveau d'éducation). Par la suite, trois questions ont été posées :

- *“Quels sont les problèmes qui affectent les réfugiés syriens et les demandeurs d'asile vivant en Suisse ?”* et sa variante *“Pensez-vous à d'autres problèmes affectant les réfugiés et les demandeurs d'asile syriens en Suisse ?”*
- *“Comment un réfugié ou un demandeur d'asile syrien passe-t-il ses journées ?”*
- *“Qui, dans la communauté locale, les réfugiés et les demandeurs d'asile syrien consultent-il lorsqu'ils ont un problème ?”*

Les réponses ont été enregistrées mot à mot par l'enquêteur sur des feuilles de réponses structurées. Les deux dernières questions n'ont pas été prises en compte dans l'analyse des données car elles sont liées à d'autres composantes du sujet principal. Le consentement éclairé des participants a été donné verbalement pour garantir l'anonymat des données.

Les participants ont fait état de nombreux problèmes distincts, pouvant être classés en trois catégories :

- Les problèmes psychologiques : comprenant des symptômes de troubles mentaux, un sentiment de détresse, la marginalisation, de la méfiance à l'égard du système, des traumatismes en lien avec un vécu de guerre.
- Les problèmes pratiques : comprenant le permis de séjour, les problèmes avec le gouvernement, la barrière linguistique, les différences socio-culturelles et les difficultés d'intégration.
- Les problèmes de santé physique

En moyenne, chaque participant a mentionné plus de 20 problèmes. Les problèmes pratiques semblent être les plus fréquemment rencontrés par les réfugiés et demandeurs d'asile syriens. En effet, ils sont rapportés par quasiment la moitié des participants. Ainsi, cette étude met en évidence le fait que cette population peut être soumise à une multitude de problèmes. Les professionnels travaillant auprès d'eux doivent être conscients de cette vulnérabilité et doivent être aptes à orienter les patients vers des structures adaptées à leurs besoins.

Les auteurs ont mentionné plusieurs limites à cette étude. Tout d'abord, les participants ont répondu aux questions en fonction de leurs expériences personnelles, pouvant remettre en question la validité de l'étude. De plus, ils ont été recrutés par les contacts personnels de l'équipe de recherche, cela a pu créer un biais d'échantillonnage. Le fait que les enquêteurs ont encouragé les participants à mentionner d'autres problèmes a pu inciter les personnes interrogées à penser et à rapporter des problèmes qui ne sont pas critiques pour la population ciblée. Enfin, une autre limite observable est le fait que l'étude s'intéresse spécifiquement aux réfugiés et demandeurs d'asile syriens. Par conséquent, les données peuvent difficilement être généralisables à d'autres populations de réfugiés et/ou demandeurs d'asile.

5.1.9. Demonstrating cultural competence within health-visiting practice : working with refugee and asylum-seeking families

Burchill, J., & Pevalin, D. J. (2014).

Cette étude qualitative, réalisée à au Royaume-Uni, vise à explorer les expériences des visiteurs de santé travaillant auprès des familles de réfugiés et de demandeurs d'asile ainsi qu'à évaluer les dimensions de leurs compétences culturelles en utilisant le modèle de Quickfall.

L'étude a été réalisée dans un quartier de Londres où la population est très diversifiée et très mobile. Pour cela, 42 visiteurs de santé travaillant dans le quartier, essentiellement des infirmiers titulaires d'une qualification post-inscription dans la pratique de la santé publique, ont été approchés lors d'une réunion professionnelle. Ils ont assisté à une présentation fournissant des informations sur l'étude ainsi qu'une demande de participation. La taille finale de l'échantillon était de 14 participants. Chaque visiteur de santé a reçu une lettre d'information et un formulaire de consentement à signer avant la participation.

Par la suite, des entretiens ont été menés auprès de ces visiteurs de santé. Un guide thématique de dix questions ouvertes ont permis de structurer les entretiens. Ce guide était basé sur une revue de littérature initiale et a été remis aux participants avant les entretiens. Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un magnétophone. Les participants ont eu un debriefing à la fin de l'entrevue pour discuter de tout problème qui aurait pu survenir, notamment si des expériences difficiles ont été évoquées.

Les données ont été analysées à l'aide de l'approche de Framework, qui est une méthode se concentrant sur le contenu substantiel des entretiens plutôt que sur la structure des comptes rendus. L'analyse révèle que la compétence culturelle est un sous-thème des facilitateurs de la pratique. Les résultats sont présentés selon le modèle de Quickfall. Il s'agit d'un modèle en cinq étapes élaborées pour des soins infirmiers primaires culturellement compétents.

- Étape 1 : la considération institutionnelle
- Étape 2 : la conscience culturelle
- Étape 3 : la sensibilité culturelle
- Étape 4 : les connaissances culturelles
- Étape 5 : la compétence culturelle.

De par ces résultats, l'étude démontre que les visiteurs de santé ont mis en œuvre chacune des cinq étapes du modèle de Quickfall dans certaines mesures. Les participants ont démontré qu'ils avaient conscience que les réfugiés et les demandeurs d'asiles avaient des besoins distincts et complexes qui diffèrent de la population générale. Au fur et à mesure de leurs expériences professionnelles, les visiteurs de santé ont développé des compétences culturelles, permettant d'être plus efficaces dans leur travail auprès de cette population ainsi que de développer de l'empathie. Cependant, en ce qui concerne la considération institutionnelle, les visiteurs de santé ont montré des lacunes. En effet, dans de nombreux cas, ils ont pu rencontrer des personnes n'ayant pas accès aux services de santé primaires ou qui se voyaient refuser l'accès à certains services (médecin généraliste, services sociaux, services de santé mentale...). De plus, il est arrivé à certains visiteurs de santé d'émettre un jugement sur les patients, en particulier lorsque leurs demandes étaient élevées par rapport aux sources d'aide restreintes.

En vue de la diversité et des différences culturelles entre les professionnels et les réfugiés et/ou demandeurs d'asile, le modèle de Quickfall peut être considéré comme limité. En effet, au fur et à mesure que la main-d'œuvre se diversifie, le concept de soins culturellement compétents pourrait évoluer. Des recherches supplémentaires sur les modèles de compétence culturelle dans divers contextes de soins primaires peuvent permettre de répondre à cette question.

5.2. Tableaux de synthèse des articles retenus

Tableau 4: Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers

5.1.1. Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers					
Auteur, année, pays	Devis et objectif	Population	Méthode/intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p><u>Auteurs</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> Jeanine Suurmond Conny Seeleman Ines Rupp Simone Goosen Karien Stronks <p><u>Année</u> : 2010</p> <p><u>Lieu</u> : Pays-Bas</p>	<p>Il s'agit d'une étude qualitative.</p> <p><u>Objectif</u> : Évaluer et comprendre le niveau de compétences culturelles des infirmiers praticiens lors de la prise en soins des requérants d'asile et quelles compétences ils trouvent importantes.</p>	<p><u>Population</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> 89 infirmiers praticiens au sein de différents centres d'asile au Pays-Bas ont rempli un questionnaire. 36 infirmiers ont participé aux entretiens de groupe <p><u>Critères d'inclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> Être infirmier Travailler dans un centre pour 	<p>Des questionnaires ont été utilisés pour recueillir des données générales sur les expériences d'accueil des infirmiers praticiens auprès des requérants d'asile. Des entretiens de groupe semi-structurés ont été menés pour obtenir un aperçu plus détaillé des expériences quotidiennes des infirmiers praticiens.</p> <p>Une méthode de « triangulation » a été utilisée pour améliorer la probabilité que les</p>	<p>Les résultats des questionnaires mettent en avant que les infirmiers praticiens pensent que les compétences culturelles peuvent être améliorées. 40% pensent qu'une formation plus poussée est nécessaire.</p> <p>Il est également mis en évidence que ces compétences se développent avec l'expérience du travail. Par conséquent, un mode « d'apprentissage en action » avec une supervision adéquate</p>	<p><u>Biais non mentionnés dans l'article</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> Biais d'enquêteur : les entretiens ont été menés par deux des auteurs (IR et CS) Biais de résultats : les auteurs n'ont pas mentionné de retour aux participants <p><u>Limites non mentionnées dans l'article</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> 89 infirmiers ont répondu au questionnaire distribué au sein de leur lieu de travail. Seulement 36 d'entre eux n'ont été sélectionnés pour les

		requérants d'asile.	résultats qualitatifs soient jugés crédibles.	pourrait être une alternative d'apprentissage.	<p>entretiens. Aucun critère de sélection n'a été explicité pour comprendre les raisons de ce choix.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lors des entretiens plusieurs groupes de 2 à 9 personnes ont été formés. Le choix des chercheurs de créer des groupes de taille différente n'a pas été expliqué. - Il n'y a pas d'information explicite concernant les questions ou les discussions ayant eu lieu lors des entretiens.
--	--	---------------------	---	--	--

Tableau 5: Syrian refugees' experiences with mental health services in Turkey: "I felt lonely because I wasn't able to speak to anyone"

5.1.2. Syrian refugees' experiences with mental health services in Turkey: "I felt lonely because I wasn't able to speak to anyone"					
Auteur, année, pays	Devis et objectif	Population	Méthode/intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p><u>Auteurs</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nareg Doğan • Gül Dikeç, • Ersin Uygun <p><u>Année</u> : 2019</p> <p><u>Lieu</u> : Turquie</p>	<p>Il s'agit d'une étude qualitative de type phénoménologique.</p> <p><u>Objectif</u> : Examiner les expériences des réfugiés syriens adultes avec les services de santé mentale afin d'améliorer la protection, le traitement et la réhabilitation de leur santé mentale.</p>	<p><u>Population</u> : 24 réfugiés syriens suivis dans une polyclinique spécialisée en santé mentale des réfugiés ont été sélectionnés à l'aide d'un échantillonnage dirigé.</p> <p><u>Critère d'inclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être âgé de 18 ans ou plus - Avoir un diagnostic de troubles mentaux selon la base des critères du Manuel 	<p>Des entretiens semi-structurés ont été réalisés. Les participants ont été interrogés deux fois. Lors du premier entretien, les participants ont participé à des discussions de groupe et lors du deuxième entretien, ils ont été invités à confirmer leurs déclarations, qui étaient lues par le traducteur.</p> <p>Lors des entretiens, les participants ont cherché à répondre à la question suivante : "Qu'avez-vous vécu au cours de votre séjour dans un service de</p>	<p>Les résultats montrent que les participants évoquaient régulièrement des difficultés à obtenir des services nécessaires à leur santé notamment à cause de la barrière de la langue (difficulté pour prendre les rendez-vous médicaux au téléphone, difficulté pour obtenir des ordonnances nécessaires dans le cadre de leur santé mentale, impossibilité d'obtenir des médicaments "gratuits" car ils n'ont pas de carte d'identité).</p> <p>Un manque d'information concernant leur état de</p>	<p><u>Biais non mentionnés dans l'article</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biais d'enquêteur : les entretiens ont été menés par deux infirmières psychiatriques et de santé mentale (GD et ND). - Biais d'échantillonnage : les participants étaient des volontaires. Il se peut qu'ils ne soient pas représentatifs de l'entièreté de la population de réfugiés syriens en Turquie. <p><u>Limites non mentionnées dans l'article</u> :</p>

		<p>diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition (DSM-5).</p>	<p>santé mentale ambulatoire ou hospitalier en Turquie ?”.</p> <p>Chaque entretien a duré environ une heure.</p> <p>Les données ont été analysées à l'aide d'une méthode d'interprétation phénoménologique de Colaizzi.</p>	<p>santé mentale et leur prise en soin est mis en évidence.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La petite taille de l'échantillon a limité la possibilité de généraliser l'étude à d'autres contextes. De plus, il ne se concentre que sur les réfugiés syriens. Ainsi, les données ne peuvent être généralisées à d'autres contextes de personnes réfugiées. - L'article ne prend pas en compte les difficultés que peuvent rencontrer les professionnels de santé mentale lors de la prise en soins de cette population.
--	--	---	---	---	---

Tableau 6: Clinician/Patient Connections in Ethnoculturally Nonconcordant Encounters With Political-Asylum Seekers: A Comparison of Physicians and Nurses

5.1.3. Clinician/Patient Connections in Ethnoculturally Nonconcordant Encounters With Political-Asylum Seekers: A Comparison of Physicians and Nurses					
Auteur, année, pays	Devis et objectif	Population	Méthode/intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p><u>Auteurs</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> Peter H. Koehn Kirsti Sainola-Rodriguez <p><u>Année</u> : 2005</p> <p><u>Pays</u> : Finlande</p>	<p>Il s'agit d'une étude qualitative ethnographique.</p> <p><u>Objectif</u> :</p> <p>Comparer la capacité des infirmières et des médecins à entrer en contact avec des patients lors de rencontres cliniques divergentes sur le plan ethnoculturel</p>	<p><u>Population</u> : 41 demandeurs d'asile.</p> <p>Les participants ont été sélectionnés par le biais d'un échantillonnage aléatoire simple.</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> Être demandeur d'asile dans l'un des cinq centres d'accueil répartis dans 	<p>Des demandeurs d'asile et des cliniciens ont été interrogés. Des questionnaires essentiellement structurés ont été utilisés afin d'obtenir des données sociales et économiques ainsi que des données intersubjectives sur des questions de santé.</p> <p>La méthode choisie peut être décrite comme un entretien</p>	<p>Les résultats généraux de l'étude montrent que très souvent, les perspectives des médecins/infirmiers et celles des demandeurs d'asile divergeaient concernant les questions de santé.</p> <p>Une formation de soins culturels peut offrir des avantages aux professionnels de la santé pour la prise en soins des demandeurs d'asile.</p> <p>Lors de l'étude, cette formation montre ses preuves sur des thématiques comme l'efficacité du demandeur d'asile pour les</p>	<p><u>Biais non mentionnés dans l'article</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> Biais de résultat : les auteurs n'ont pas mentionné de retour aux participants. Biais de sélection : l'étude a été réalisée auprès de réfugiés qui étaient déjà en contacts avec les centres d'accueil suisses. L'étude ne prend pas en compte les réfugiés qui ne sont pas en contact avec ces centres.

	<p>afin de comprendre comment les différences culturelles peuvent affecter les interactions et la qualité des soins auprès des demandeurs d'asile.</p>	<p>le sud de la Finlande (Kontiolahti, Joutseno, Kotka, Turku et Helsinki).</p>	<p>ethnographique condensé. Chaque entretien durait entre 45 et 90 min.</p>	<p>soins personnels et sur la confiance en l'avenir. Les infirmiers ayant suivis cette formation étaient plus susceptibles de reporter avec congruence le point de vue de leurs patients sur les valeurs des pratiques culturelles, l'application d'approches traditionnelles ou biomédicales complémentaires, le respect des instructions de médication ainsi que le niveau de satisfaction.</p>	<p><u>Limites non mentionnées dans l'article :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les entretiens étaient guidés par un questionnaire structuré : les perceptions des demandeurs d'asile ont peut-être été sous-développées. - Il n'est pas mentionné si les entretiens ont été enregistrés et si un retour aux participants a été fait. - La formation en soins culturels est fréquemment mentionnée mais il n'y a pas d'information concernant son contenu afin de comprendre en quoi elle peut être bénéfique.
--	--	---	--	--	---

Tableau 7: Reframing resilience : Strengthening continuity of patient care top improve the mental health of immigrants and refugees

5.1.4. Reframing resilience : Strengthening continuity of patient care top improve the mental health of immigrants and refugees					
Auteur, année, pays	Devis et objectif	Population	Méthode/intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p><u>Auteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lloy Wylie • Ann Marie Corrado • Nandni Edwards • Meriem Benlamri • Daniel E. Murcia Monroy. <p><u>Année :</u> 2020</p> <p><u>Lieu :</u> Canada</p>	<p>Il s'agit d'une étude qualitative.</p> <p><u>Objectif :</u> Identifier et comprendre les obstacles auxquels font face les requérants d'asile au sein du système de santé afin de permettre une amélioration de celui-ci.</p>	<p><u>Population :</u> 38 participants.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 travailleurs sociaux - 7 psychiatres - 5 autres thérapeutes - 4 physiciens - 4 infirmiers - 4 managers - 2 patients - 2 membres du personnel de soutien non clinique <p>Les participants ont été sélectionnés par le biais d'un échantillonnage</p>	<p>Des entretiens semi-structurés et des discussions de groupe ont été réalisés.</p> <p>Les questions portaient sur les expériences avec les patients immigrés et réfugiés, les obstacles aux services de santé mentale, la navigation dans les services et les voies d'orientation, que les ressources, les politiques et les procédures visant à soutenir les services de santé mentale pour les requérants d'asile.</p>	<p>L'étude met en évidence que le nombre de personnes ayant recours aux soins sont inférieures aux besoins. La plupart des participants ont expliqué que cela était dû à différents obstacles (soutien culturel limité, barrière linguistique, stigmatisation, différences de compréhension de la santé mentale, et le manque de systèmes organisationnels ou des politiques). Les prestataires présentent des difficultés à orienter les patients lorsque la prise en soin aigue est</p>	<p><u>Biais non mentionnés dans l'article :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Biais d'enquêteur : les auteurs ont codé eux-mêmes les données. <p><u>Limites non mentionnées dans l'article :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'article ne mentionne aucune limite - L'article a pour but d'identifier les obstacles auxquels font face les requérants d'asile mais il ne s'intéresse pas au point de vue de cette population. Il s'intéresse seulement à celui des professionnels.

		<p>non aléatoire de type raisonné.</p> <p>Ils ont été sélectionnés dans tous types de services de santé mentale (services d'hospitalisation, de consultation externe et d'urgence).</p>	<p>Les données ont été codées à l'aide d'une analyse thématique inductive sur le logiciel NVIVO 10.</p>	<p>terminée, compromettant la continuité des soins.</p> <p>Les professionnels de la santé sont conscients de ces lacunes et ont réalisé des recommandations afin d'améliorer la continuité des soins pour les requérants d'asile. Ils estiment nécessaire d'améliorer la formation aux soins transculturels et de d'établir des règles pour les soins de santé mentale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'article n'est pas clair au sujet des sujets abordées lors des discussions de groupe.
--	--	---	---	---	--

Tableau 8: Cultural competence in practice: the example of the community nursing care of asylum applicants in Scotland

5.1.5. Cultural competence in practice : the example of the community nursing care of asylum applicants in Scotland					
Auteur, année, pays	Devis et objectif	Population	Méthode/intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p><u>Auteur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Julia Quickfall <p><u>Année :</u> 2014</p> <p><u>Lieu :</u> Écosse</p>	<p>Il s'agit d'une étude qualitative ethnographique.</p> <p><u>Objectif :</u> Établir les principes sous-jacents de la compétence culturelle et découvrir comment les infirmières travaillant en santé communautaire appliquent les compétences culturelles dans leur profession</p>	<p><u>Population :</u> 60 participants.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 39 demandeurs d'asile - 21 professionnels de santé <p>Le type d'échantillonnage n'est pas mentionné dans l'article mais il est possible de supposer qu'il s'agit d'un échantillonnage de convenance.</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les demandeurs d'asile doivent 	<p>Les données ont été recueillies suite à des observations, des entretiens individuels semi-structurés et des groupes de discussion. Les données ont été analysées selon leur contenu catégoriel.</p>	<p>Le fait de promouvoir un accès équitable aux soins pour les demandeurs d'asile engendre des coûts et des consultations prolongées (notamment avec les interprètes). Certains professionnels estiment que les interprètes ne sont pas toujours fiables pour favoriser la compréhension. Les demandeurs d'asile mettent en avant les difficultés de communication, la discrimination et des attitudes racistes. Ils disent également se méfier des soignants ou autres</p>	<p><u>Biais non mentionnés dans l'article :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque de biais d'enquêteur : les auteurs ont codé eux-mêmes les données. <p><u>Limites non mentionnées dans l'article :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'article ne mentionne aucune limite - L'article a pour but d'identifier les obstacles auxquels font face les requérants d'asile mais il ne s'intéresse pas au point de vue de cette population. Il s'intéresse seulement à celui des professionnels.

	auprès des demandeurs d'asile à Glasgow	<p>représenter des cas types que peuvent prendre en soins les infirmières en santé communautaire ou faisant partie de la classe ESOL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels sont des : médecins, visiteurs, infirmiers, auxiliaire de santé et assistante administrative. 		<p>professionnels en position d'autorité.</p> <p>L'étude montre que les infirmiers devraient acquérir des compétences culturelles afin d'intégrer les demandeurs d'asile dans les services de soins généraux. De plus, ils devraient développer des compétences de communication verbale et non verbale afin de pallier aux barrières linguistiques. Le développement de relations interpersonnelles est important afin de tenir compte des croyances et des valeurs du demandeur d'asile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'article n'est pas clair au sujet des sujets abordées lors des discussions de groupe.
--	---	---	--	--	--

Tableau 9: Association between post-traumatic stress symptoms and functional health among internally displaced people in Myanmar

5.1.6. Association between post-traumatic stress symptoms and functional health among internally displaced people in Myanmar					
Auteur, année, pays	Devis et objectif	Population	Méthode/intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p><u>Auteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Go-Un Kim • Eunyung Jung • Mi-So Shim • Gwang Suk Kim. <p><u>Année :</u> 2022</p> <p><u>Lieu :</u> Myanmar, Birmanie.</p>	<p>Il s'agit d'une étude quantitative transversale.</p> <p><u>Objectif :</u> Évaluer l'association entre les symptômes de stress post-traumatique et la santé fonctionnelle chez les PDI au Myanmar et identifier les facteurs associés à la</p>	<p><u>Population :</u> 300 personnes ont été recrutées pour l'étude. 16 participants ont été exclus par leur âge et 83 autres ont été éliminés car les questionnaires rendus étaient vides ou incomplets. Ainsi, y a au total 201 participants restants (109 hommes et 92 femmes). Ils ont été sélectionnés par le biais d'un échantillonnage de commodité.</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u></p>	<p>Les données ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire qui a été distribué à 300 DPI dans trois camps différents. Ce questionnaire met en avant différentes variables comme la santé fonctionnelle, les TSPT, la résilience, le soutien social et l'espoir. Ces variables ont ensuite été analysées, comparées et/ou corrélées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le score moyen de la santé fonctionnelle était de 2.67 points, inférieur au seuil de 3 : les PDI sont donc vulnérables - 37.3% des PDI souffrent de TSPT (ils déclarent avoir des symptômes tels que l'intrusion, l'évitement, des altérations cognitives et de l'humeur et une altération de l'éveil et de la réactivité). 	<p><u>Biais non mentionnés dans l'article :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Biais de résultat : les participants peuvent avoir répondu au questionnaire de manière à donner des réponses socialement attendues. <p><u>Limites non mentionnées dans l'article :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les données ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire, ainsi il est possible que les réponses soient restreintes et guidées.

	<p>santé fonctionnelle (résilience, soutien social, espoir) en fonction de la présence.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Âge de 19 à 65 ans - Être en mesure de comprendre l'étude et de répondre aux questions de l'enquête - Être en mesure de consentir volontairement à participe 		<ul style="list-style-type: none"> - La résilience est significativement associée à la santé fonctionnelle pour le groupe souffrant de TSPT. - Le soutien social n'est pas significatif en ce qui concerne la santé fonctionnelle - L'espoir est un facteur protecteur et est positivement associé à la santé fonctionnelle 	
--	---	--	--	--	--

Tableau 10:Nursing student's experiences with refugees with mental health problems in Jordan : A qualitative content analysis

5.1.7. Nursing student's experiences with refugees with mental health problems in Jordan : A qualitative content analysis					
Auteur, année, pays	Devis et objectif	Population	Méthode/intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p><u>Auteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Camilla Dotevall • Elin Winberg • Kristina Rosengren <p><u>Année :</u> 2018</p> <p><u>Lieu :</u> Jordanie</p>	<p>Il s'agit d'une étude qualitative.</p> <p><u>Objectif :</u> Décrire l'expérience des étudiants infirmiers jordaniens qui prennent en soins des réfugiés souffrants de problèmes de santé mentale.</p>	<p><u>Population :</u> 9 participants dont 2 hommes et 7 femmes.</p> <p>Les participants ont été sélectionnés par le biais d'un échantillonnage de commodité.</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Être étudiant en soins infirmiers en dernière année d'étude au (niveau licence) à l'université de Jordanie 	<p>Des entretiens de 10 à 30 minutes ont été réalisés individuellement par deux des auteurs (CD et EW) auprès des étudiant. Les entretiens ont été enregistrés retranscrits. Ils ont été analysés avec une analyse qualitative manifeste.</p> <p>Les entretiens commençaient par des questions communes comme « Si je vous dis maladie mentale, à quoi pensez-vous ? » et « Parlez-moi de votre expérience des réfugiées</p>	<p>Les étudiants infirmiers participants à l'étude déclarent que le manque de formation concernant les problèmes de santé mentale chez les réfugiés complique les rencontres avec les patients.</p> <p>Afin de gérer les problèmes de santé mentale des réfugiés, les étudiants expriment l'importance de discuter et d'écouter les expériences des réfugiés afin de créer une relation de confiance et qu'il ne faut pas uniquement se concentrer sur le traitement "médical".</p>	<p><u>Biais non mentionnés dans l'article :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque de biais d'enquêteur : Les auteurs ont mené eux-mêmes les entretiens (CD et EW) - Risque de biais de résultat : les auteurs n'ont pas mentionné de retour aux participants <p><u>Limites non mentionnées dans l'article :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'article se base sur la perception d'un petit échantillonnage d'étudiants d'une même université, limitant la

		<ul style="list-style-type: none"> - Être âgés de plus de 18 ans - Avoir une expérience des soins aux requérants d'asile - Être capable de comprendre et de parler l'arabe et l'anglais 	<p>ayant des problèmes de santé mentale ? ».</p>	<p>Les étudiants se sentent parfois stresser par les comportements que peuvent avoir les réfugiés atteints de troubles mentaux.</p> <p>Ainsi, les étudiants expliquent que le développement ou l'amélioration d'une certaine éducation à la santé mentale durant la formation infirmière serait nécessaire afin d'apprendre à prendre en sons ce type de population.</p>	<p>généralisation des résultats</p>
--	--	--	--	--	-------------------------------------

Tableau 11: Problems faced by Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland

5.1.8. Problems faced by Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland					
Auteur, année, pays	Devis et objectif	Population	Méthode/intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p><u>Auteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kiselev Nikolai • Pfaltz Monique • Schick Matthis • Bird Martha • Hansen Pernille • Sijbrandij Marit • de Graaff Anne M. • Schnyder Ulrich • Morina Naser. 	<p>Il s'agit d'une étude qualitative transversale.</p> <p><u>Objectif :</u> identifier les problèmes auxquels les réfugiés et les demandeurs d'asile syriens sont confrontés au quotidien lors de leur arrivée en Suisse, dans le but d'informer l'adaptation d'une brève</p>	<p><u>Population :</u> 30 réfugiés et demandeurs d'asile syriens adulte.</p> <p>Les participants ont été sélectionnés par le biais d'un échantillonnage en boule de neige.</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réfugiés ou requérants d'asile syriens vivant en Suisse depuis le début de la guerre civile syrienne en 2011. 	<p>Des entretiens libres de 30 à 45 minutes ont été menés auprès des 30 participants et ont été analysés à l'aide d'une analyse thématique.</p> <p>Les participants ont d'abord répondu à des questions démographiques (âge, religion, éducation et sexe) puis des questions de ce type ont été posées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Quels sont les problèmes qui affectent les réfugiés syriens et 	<p>Outre les problèmes de santé physiques, les demandeurs d'asile syriens rencontrent deux types de problèmes : pratiques et psychologiques (qui sont étroitement liés).</p> <p>Les problèmes pratiques semblent être les plus courants (problèmes avec le gouvernement, administratif, difficulté d'intégration, barrière de la langue...) : ils sont rapportés par quasiment la moitié des participants.</p> <p>Les problèmes psychologiques (troubles mentaux, sentiment</p>	<p><u>Biais non mentionnés dans l'article :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Biais de sélection : l'étude a été réalisée auprès de réfugiés qui étaient déjà en contacts avec les centres d'accueil suisses. L'étude ne prend pas en compte les réfugiés qui ne sont pas en contact avec ces centres. <p><u>Limites non mentionnées dans l'article :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La petite taille de l'échantillon a limité la possibilité de généraliser l'étude à d'autres contextes. De plus, il ne

<p><u>Année</u> : 2020</p> <p><u>Lieu</u> : Suisse</p>	<p>intervention psychologique.</p>		<p>les demandeurs d'asile vivant en Suisse ? »</p> <p>- « Pensez-vous à d'autres problèmes qui affectent les réfugiés syriens et les demandeurs d'asile en Suisse ? »</p>	<p>d'incertitude, d'injustice, la frustration) étaient mentionnés par un tiers des participants.</p> <p>Ainsi, les professionnels de la santé doivent avoir conscience de la vulnérabilité de cette population et doivent être aptes à les orienter vers les services de soins adaptés.</p>	<p>se concentre que sur les réfugiés syriens. Ainsi, les données ne peuvent être généralisées à d'autres contextes de personnes réfugiées.</p> <p>- La petite taille de l'échantillon a limité la possibilité de généraliser l'étude à d'autres contextes. De plus, il ne se concentre que sur les réfugiés syriens. Ainsi, les données ne peuvent être généralisées à d'autres contextes de personnes réfugiées.</p>
--	--	--	---	---	---

Tableau 12: Demonstrating cultural competence within health-visiting practice : working with refugee and asylum-seeking families

5.1.9. Demonstrating cultural competence within health-visiting practice : working with refugee and asylum-seeking families					
Auteur, année, pays	Devis et objectif	Population	Méthode/intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p><u>Auteur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • John Burchill • David J Pevalin <p><u>Année :</u> 2014</p> <p><u>Lieu :</u> Angleterre</p>	<p>Il s'agit d'une étude qualitative.</p> <p><u>Objectif :</u> Explorer les expériences des visiteurs de santé travaillant avec des familles de réfugiés et de demandeurs d'asile et à évaluer les dimensions de leur compétences culturelles.</p>	<p><u>Population :</u> 14 visiteurs de santé qui sont des infirmiers titulaires d'une qualification dans la pratique de la santé publique.</p> <p>Le type d'échantillonnage n'est pas mentionné dans l'article mais il est possible de supposer qu'il s'agit d'un échantillonnage de convenance.</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u></p>	<p>Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens approfondis menés dans les différents centres de santé dans lesquels les participants travaillaient.</p> <p>Les données qualitatives de cette étude ont été analysées à l'aide de l'approche du cadre Ritchie et Spencer développé au National Centre for Social Research au Royaume-Uni. Il s'agit d'une méthode interprétative et thématiques, qui se concentre sur le contenu</p>	<p>Les résultats se basent sur les cinq étapes du modèle que Quickfall.</p> <p>Même si des lacunes sont présentes, l'étude démontre que les visiteurs de santé mettaient en œuvre chacune des étapes du modèle de Quickfall. Mais il y a parfois des problèmes d'un point de vue institutionnel (réfugiés n'ayant pas accès à certains services). Les changements fréquents de politiques constituent également une difficulté (on ne sait plus qui peut faire</p>	<p><u>Biais non mentionnés dans l'article :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Biais d'échantillonnage : les participants travaillaient tous dans le même arrondissement. <p><u>Limites non mentionnées dans l'article :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'article se base sur des données provenant de sources secondaires comme le modèle de Quickfall, pouvant influencer l'interprétation des résultats. - Le nombre de participants étant faible, il est difficile de

		<ul style="list-style-type: none"> - Les participants devaient être des visiteurs de santé qualifiés - Ils devaient avoir assisté à la présentation - Ils devaient avoir travaillé dans l'arrondissement étudié pendant au moins deux ans. 	<p>substantif des entretiens plutôt que sur la structure ou sur les outils linguistiques utilisé dans le cadre de ces entretiens.</p>	<p>quoi) Les visiteurs de santé sont parfois en difficulté pour répondre aux besoins des réfugiés quand ceux-ci sont trop élevés. L'article met en avant le modèle de Quickfall car il prend en considération les différences culturelles.</p>	<p>généraliser les résultats au reste de la population.</p>
--	--	---	---	--	---

5.3. Tableau comparatif/synoptique

Tableau 13: Tableau comparatif/synoptique

Thématiques		1. Suurmond, J., & al. (2010).	2. Doğan, N., & al. (2019).	3. Koehn, P.H., & al. (2005).	4. Wylie, L., & al. (2020).	5. Quickfall, J., & al. (2014).	6. Kim, G.U., et al. (2022).	7. Dotevall, C., et al. (2018).	8. Kiselev, N., & al. (2020).	9. Burchill, J., et al. (2014).
Obstacles rencontrés par les requérants d’asile lors de la prise en soin	Barrière linguistique		✗		✗	✗			✗	✗
	Manque d’information sur l’état de santé		✗							
	Discrimination		✗			✗			✗	✗
Difficultés des soignants lors de la prise en soin des requérants d’asile	Mauvaise orientation dans le système de soin				✗					
	Manque de ressources				✗			✗		✗
	Stigmatisation				✗			✗		
	Manque de connaissances sur l’état de santé				✗			✗		
Santé mentale	TSPT	✗				✗	✗	✗	✗	
	Troubles mentaux	✗		✗	✗			✗	✗	
	Dépression							✗		
	Stress/anxiété							✗	✗	
Problèmes pratiques	Permis de séjour					✗			✗	
	Problème avec le gouvernement								✗	
	Difficulté d’intégration								✗	✗
	Accès aux soins		✗							
	Accès à l’emploi		✗							✗
Compétences culturelles	Formation culturelle infirmière	✗		✗	✗			✗		
	Connaissances culturelles	✗				✗				✗
	Compétences de communication	✗				✗		✗		✗
	Compétences relationnelles	✗				✗		✗		✗

6. DISCUSSION

Pour répondre à la question de recherche, neuf articles ont été retenus. Ces articles ont ensuite été résumés, analysés, puis comparés. De nombreuses thématiques en lien avec la question de recherche sont ressorties. Certaines étaient communes aux différents articles et d'autres pouvaient être complémentaires ou pouvaient offrir une nouvelle piste de réflexion sur le sujet. Ainsi, l'analyse des articles a permis d'identifier cinq thèmes revenants régulièrement et qui semblent cohérent afin de répondre à la question de recherche :

- Les obstacles rencontrés par les requérants d'asile lors d'une prise en soin
- Les difficultés décrites par les soignants lors de la prise en soin d'une personne requérante d'asile
- Les problèmes liés à la santé mentale des requérants d'asile
- Les problèmes pratiques
- Les compétences culturelles infirmières.

L'objectif de ce chapitre est de mettre en lien les principaux thèmes retenus suite à l'analyse des articles avec le modèle théorique de Madeleine Leininger. L'intérêt sera d'appuyer la question de recherche et d'apporter des pistes de réponse, dans le but de garantir la meilleure prise en soins possible pour la population requérante d'asile. En effet, le but de cette théorie est de découvrir des moyens de fournir des soins culturellement congruents aux personnes de différentes cultures afin de maintenir ou retrouver leur bien-être physique et mental (Alligood, 2014).

6.1. Les obstacles rencontrés par les requérants d'asile lors d'une prise en soin

Certains articles mettent en avant les différents obstacles auxquels peuvent être confrontés les requérants d'asile lors de leur prise en soin. Les articles de Doğan et al. (2019) et de Kiselev et al. (2020) présentent de nombreuses similitudes sur ce sujet. En effet, ces deux articles s'intéressent au point de vue des requérants d'asile quant aux difficultés rencontrées lors de l'arrivée dans un pays d'accueil ou lors d'une prise en soin. Deux difficultés majeures ont été décrites : **la barrière de la langue ainsi que la discrimination**. Dans la théorie de Leininger celle-ci met un point d'honneur à prendre en compte ces deux éléments qui font partie intégrante de la culture dans le but de permettre d'administrer une prise en soins adapté pour tous : « l'être humain ne peut être dissocié de son bagage culturel » (Leininger, 1997). Ce sont des éléments souvent relatés dans les autres articles également. Doğan et al. (2019) met en avant le fait que la barrière linguistique engendre de nombreux problèmes pratiques. En effet, les

participants de cette étude ont souvent déclaré avoir des difficultés à obtenir des services de santé mentale par le fait qu'ils ne parlaient pas la langue du pays d'accueil. De plus, les requérants d'asile se retrouvent souvent **mal informés lors d'une prise en soins** car les procédures, les médicaments ou encore les résultats d'examen ne sont pas compris. Kiselev et al. (2020) met en avant un autre aspect des difficultés que peuvent rencontrer les requérants d'asiles en lien avec la barrière linguistique, notamment les problèmes d'intégration dans le pays d'accueil, des difficultés administratifs ainsi qu'une incapacité à réaliser des tâches de la vie quotidienne. Les articles de Quickfall (2014) et de Burchill et Pevalin (2014) expliquent que pour tenter de palier à la barrière de la langue, les soignants peuvent faire appel à un interprète mais il y a toujours un risque que les informations ne soient pas retransmises à l'identique.

En ce qui concerne la discrimination, certains des participants de l'étude de Kiselev et al. (2020) ont déclaré se sentir insultés par les Suisses. De même que les participants de l'étude de Doğan et al. (2019) qui expriment qu'ils se sentent traités différemment des citoyens Turcs parce qu'ils étaient des réfugiés. C'est une thématique également abordée par Burchill et Pevalin (2014). En effet, les infirmiers participants à cette étude ont déclaré qu'ils étaient conscients que les réfugiés et les demandeurs d'asile pouvaient être confrontés à la discrimination et à des désavantages. Selon la définition du caring de Leininger: « Il faut faciliter et soutenir la personne tout en respectant ses valeurs, ses croyances, son mode de vie et sa culture » (Pepin & al., 2017). D'après Smith & Parker (2015), la « raison d'être » du changement des soins infirmier selon Leininger, est basée sur différentes observations. En effet, certains professionnels de santé deviennent très frustrés lorsqu'ils prennent en soin des patients issu de cultures différentes. Les facteurs liés aux soins culturels étaient largement méconnus ou négligés par ces derniers. De plus, des signes d'erreurs de diagnostics et de traitement ont été relatés car le personnel de santé ne comprenait pas la culture du patient (Smith & Parker, 2015).

6.2. Les difficultés décrites par les soignants lors de la prise en soins d'une personne requérante d'asile

Les articles de Wylie et al. (2020) et de Dotevall et al. (2018), mettent en avant les différentes difficultés que les soignants peuvent décrire lors d'une prise en soins auprès d'une personne requérante d'asile. Parmi ces difficultés, **le manque de ressource et la mauvaise orientation dans le système de soin** ont été relatés. En effet, Wylie et al. (2020), explique que cette population a besoin d'être orienté vers des organismes spécifiques, comme les organisations communautaires, mais celles-ci ne sont pas toujours disponibles. Ainsi, cette lacune ajoute de la pression aux professionnels de la

santé, qui obtiennent de nouvelles responsabilités ne faisant pas parties de leurs compétences. Une autre difficulté serait le **manque de connaissance sur l'état de santé** des patients. Les participants à l'étude de Dotevall et al. (2018), qui sont des étudiants en soins infirmiers, expriment que des pathologies comme la dépression, l'anxiété et le TSPT sont souvent mal expliquées alors qu'elles sont fréquentes chez les requérants d'asile. Par conséquent, ils se sentent souvent dans l'incertitude lors de la prise en soin de requérants d'asile présentant ces problématiques. La **stigmatisation** semble être une problématique souvent rencontrés auprès de cette population. En effet, Dotevall et al. (2018) exprime dans son article que la stigmatisation des réfugiés souffrant de problèmes mentaux existe. C'est également une notion abordée dans l'article de Wylie et al. (2020) où elle est décrite comme une difficulté empêchant les requérants d'asile à accéder aux soins, au même titre que les différences dans la compréhension de la santé mentale. En effet, Dotevall et al. (2018), explique que la peur, la stigmatisation et la discrimination envers les personnes souffrant de maladie mentale, engendrent que les personnes touchées s'abstiennent de se faire soigner à temps. La première étape pour permettre de réaliser des soins culturellement adéquats selon Leininger, sera en fait un apprentissage. L'infirmier fera en sorte de mieux comprendre le système culturel du patient afin d'identifier ses besoins et ses attentes. Il aura donc une position d'apprenant à l'égard du patient et s'intéressera aux différents facteurs pouvant influencer les comportements de santé et de soin dans une culture (la religion, l'éducation, la politique et la législation...). Cette quête de compréhension de l'autre, permettra à l'infirmier de devenir une personne digne de confiance aux yeux du patient (Debout, 2010). Ainsi, un infirmier culturellement compétent selon Leininger (2006), respectera et évaluera la diversité culturelle, s'efforcera d'améliorer ses connaissances et sa sensibilité dans ce domaine, le partagera en équipe en vue d'une optimisation des soins aux patients.

6.3. Les problèmes liés à la santé mentale des requérants d'asile

Comme définit précédemment, les requérants d'asile sont des personnes ayant quitté leur pays d'origine par « crainte véritable d'être persécuté » (Asile-Ne, 2017). Cela en fait une population particulièrement vulnérable par le fait qu'ils peuvent être confrontés à des événements traumatiques, ayant pour conséquence, l'apparition de **troubles mentaux** (Premand et al., 2013). Certains des articles étudiés mettent en avant ces notions. Selon Kiselev et al. (2020), l'impact émotionnel de la guerre et les expériences négatives vécues dans le pays d'origine des réfugiés, participent au développement de troubles mentaux, comme la peur, l'anxiété et les troubles du sommeil. Cela est également décrit dans l'article de Dotevall et al. (2018), qui explique que cette population

présente une prévalence élevée de **maladies mentales** telles que **l'anxiété, la dépression et les TSPT** en lien avec l'exposition à des traumatismes. D'après une revue systématique sur les troubles psychiatriques présentée dans l'article de Kim, G-U et al. (2022), 3 à 88% des adultes réfugiés ou PDI, qui ont été forcés de migrer après un conflit ont présenté des symptômes de **TSPT**. En arrivant dans le pays d'accueil, les requérants d'asile peuvent être soumis à de nouvelles difficultés pouvant accroître ces problèmes de santé mentale. Effectivement, les problèmes d'intégration et d'acculturation, ainsi que l'isolement social favorise cela (Dotevall et al., 2018). Elle est également souvent aggravée par la marginalisation et le racisme, qui créent du **stress**, qui lui-même va impacter la **santé mentale** de cette population sur du long terme (Quickfall, 2014). Comme expliqué précédemment, les soignants peuvent souvent faire preuve de discrimination et de stigmatisation envers les personnes souffrant de maladie mentale, les empêchant de se faire soigner correctement (Dotevall et al., 2018). Pourtant, Leininger (1997) explique que la santé ne signifie pas seulement l'absence de maladie. Elle fait également référence aux croyances et aux valeurs de la personne. Ainsi, pour permettre une prise en soin efficiente, l'infirmier devrait adopter un « relativisme culturel et chercher à s'immerger dans la réalité du patient » pour le comprendre. Une attitude ethnocentriste peut avoir des conséquences néfastes sur la qualité des soins (Debout, 2010).

6.4. Les problèmes pratiques rencontrés par les requérants d'asile

Les demandeurs d'asile peuvent être confrontés à différents problèmes pratiques au sein de leur pays d'accueil, pouvant altérer la perception de leur avenir ainsi que leur intégration. Dans un premier temps, ils peuvent rencontrer des **problèmes afin d'obtenir leur permis de séjour**. D'après l'article de Kiselev et al. (2020), qui s'intéresse aux requérants d'asile syriens arrivant en Suisse, le temps d'attente pour l'obtention de celui-ci peut durer plusieurs années engendrant un sentiment d'incertitude. De plus, selon le type de permis obtenu (exemple : permis F), il y a certaines restrictions à respecter comme le fait de ne pas pouvoir quitter le territoire Suisse ainsi qu'un manque d'accès à l'éducation. Ils sont également susceptibles d'être rapatriés dans leur pays d'origine dès que celui-ci est considéré comme sécuritaire. Selon Quickfall (2014), en 2013, seulement 37% des demandeurs d'asile britanniques ont obtenu l'asile ou une protection temporaire. Cela argumente le fait qu'il est difficile d'y avoir accès. Plusieurs problématiques en lien avec **l'intégration** des requérants d'asile ont été mises en évidence dans certains des articles étudiés. L'étude de Kiselev et al. (2020), met en évidence que les participants ne se sentent pas écoutés et respectés ni aidés par le

gouvernement. De la méfiance s'est créée suite à l'inadéquation entre leurs attentes et leurs expériences réelles vécues en Suisse.

Le chômage, le choc culturel, la barrière linguistique sont des éléments compromettant également l'intégration des requérants d'asile dans le pays (Burchill et al., 2014). La **difficulté à trouver un emploi** est mise en évidence dans l'article de Doğan & al. (2019), les participants ont déclaré ne pouvoir travailler nulle part en raison de leurs troubles mentaux. Toujours selon Doğan et al. (2019), les requérants d'asile ont du mal à **accéder aux soins** en lien avec la barrière linguistique ou des problèmes administratifs. Par exemple, certains participants à l'étude ont déclaré ne pas pouvoir obtenir de médicaments car ils n'avaient pas de carte d'identité. De plus, en lien avec leur état de santé, certains souhaiteraient un certificat d'invalidité mais ils ne sont pas en mesure d'en faire la demande. Ainsi, ils ne reçoivent pas de soutien économique. D'après Pépin et al. (2017), Leininger décrit l'environnement du patient comme étant extérieur à celui-ci, mais il exerce une influence sur son quotidien et son existence. En effet, elle explique que l'environnement est un ensemble d'évènements dont le sens et l'interprétation sont attribués à un contexte physique, écologique, socio-politique et culturel particulier (Leininger, 1997). De plus, la théorie de Leininger s'inscrit dans le paradigme de la transformation, ce paradigme se caractérise par la mise en place d'une prise en soin individualisée, en se focalisant sur la personne dans sa globalité, de façon holistique (Pépin et al., 2017). Dans ce paragraphe, les problèmes pratiques décrits sont en lien avec le nouvel environnement du requérant d'asile. Ainsi, ces derniers ont une influence sur leur état de santé. C'est pourquoi il est important de prendre en compte ces aspects lors de la prise en soin de la personne requérante d'asile. L'infirmier devrait alors être capable d'orienter le patient dans le système de soin ainsi que vers des professionnels adaptés en lien avec leurs problèmes administratifs.

6.5. Les compétences culturelles

Suurmond et al. (2010), définit la **compétence culturelle** comme une combinaison de connaissance sur certains groupes culturels ainsi que l'acquisition d'attitudes et de compétences à l'égard de cette diversité. Les modèles de compétences culturelles comprennent une combinaison de sensibilisation, de connaissances et de compétences pour faire face à la diversité ethnique. Selon Quickfall (2014), Les infirmiers ont besoin de ces compétences pour fournir des services de soins équitables, accessibles et non discriminatoires à leurs patients. En ce qui concerne les demandeurs d'asile, ils constituent une population culturellement diverse présentant une forte prévalence de problèmes de santé physique et mentale, nécessitant des soins culturellement adéquates (Suurmond et al., 2010). L'article de Suurmond & al. (2010), s'intéresse aux

compétences culturelles des infirmiers praticiens auprès des requérants d'asile. Ces derniers ont mis en évidence que certaines **connaissances** étaient nécessaires pour permettre une prise en soin optimale de la population étudiée. Les connaissances concernent la situation politique et humanitaire, le contexte juridique, l'épidémiologie des maladies du pays d'origine. La théorie de Leininger a justement été élaborée afin d'établir une base de connaissances pour guider les infirmiers dans la découverte et l'utilisation de pratiques transculturelles. Lors de son parcours, cette dernière a estimé que les soins aux personnes de cultures différentes constituaient un besoin critique et essentiel (Smith & Parker, 2015). Selon Smith et Parker (2015), la période qui a suivi la Seconde Guerre Mondiale, a été témoin d'une grande vague d'immigration dans le monde. Leininger s'est rendu compte que les infirmiers auraient besoins de connaissances et de pratique transculturelles pour travailler avec des personnes de cultures différentes. Elle estimait que les soins aux personnes de nombreuses cultures constituaient un besoin critique et essentiel. Selon Burchill & al. (2014) des connaissances sur la promotion et la prévention de la santé, qui sont des notions étrangères à certaines cultures, peuvent également rendre efficiente la prise en soins. Certains articles mettent en évidence l'importance de développer des **compétences communicationnelles** et **relationnelles**. Leininger explique que la compétence culturelle regroupe un ensemble d'attitudes individuelles, de compétences en termes de communication et de pratiques qui permettent aux professionnels de la santé de travailler efficacement avec des personnes d'origines diverses (Burchill & Pavelin, 2014). D'après Dotevall & al. (2018), la communication est un outil qui permet de d'élargir la perspective, elle comprend les expressions faciales, le comportement et les gestes et pas seulement le message verbal. Cependant, il est difficile de gérer la compétence de communication, notamment l'écoute active. En effet, il est parfois difficile pour les infirmiers d'aborder des questions délicates sur les événements traumatisants vécus par le requérant d'asile (Suurmond et al., 2010). Doteval & al. (2018), explique que le fait de parler et d'écouter les expériences des réfugiés est nécessaire pour créer une relation de confiance avec le patient. De plus, la barrière linguistique est un réel frein à cette communication. Il est donc important de développer des moyens alternatifs en termes de communication non-verbal pour palier à cela (Quickfall, 2014). Enfin, le fait de respecter et de considérer la culture du requérant d'asile permet de créer et de renforcer un lien de confiance (Burchill et al., 2018).

Souvent, les professionnels de la santé ne se sentent pas en mesure de répondre aux besoins des requérants d'asile car ils estiment ne pas avoir les compétences adéquates ou des connaissances approfondies sur les conditions de santé propres à cette population (Suurmond et al., 2010). Selon Dotevall et al. (2018), l'éducation à la santé

mentale est jugée insuffisante. En effet, les requérants d'asile sont atteints de différents problèmes de santé mentales qui nécessitent une formation clinique pour approfondir leur connaissance et permettre une meilleure prise en soin. Suurmond, J., & al. (2010), démontre également l'importance d'une formation culturelle. Cette dernière pourrait être axée sur l'acquisition de l'ensemble des connaissances et des attitudes citées précédemment ainsi lors de cours spécifiques. L'expérience de terrain avec les demandeurs d'asile est tout autant nécessaire. Un « apprentissage en action » par le biais d'une supervision par des pairs et d'un retour d'information systématique sur le lieu de travail semble nécessaire. Les participants à l'étude de Burchill et al. (2018) expliquent avoir développé des connaissances sur les différentes cultures lorsqu'ils travaillaient à l'étranger dans des pays en voie de développement. Ils ont trouvé cela très utile lorsqu'ils travaillaient avec des demandeurs d'asile car ils se basaient sur leurs expériences professionnelles et leur vie antérieure. Selon Leininger (1997), l'infirmier se doit d'avoir les connaissances transculturelles nécessaires afin de prendre en soin la personne ainsi que son entourage de la meilleure manière possible. Pour conclure, Alligood (2013), met en avant que Leininger considère les soins basés sur la culture essentiels pour le bien-être, la santé, la croissance, et pour faire face à un handicap ou à un décès. Toujours selon Alligood (2013), Leininger expliquerait que les soins adaptés à la culture sont les plus complets. En effet, ils permettent une prise en soin plus holistique permettant de connaître, expliquer, interpréter, prévoir les phénomènes de soins infirmiers et ainsi orienter les décisions et les gestes infirmiers.

6.6. Principes de soins infirmiers visant la cohérence culturelle selon Madeleine Leininger

Afin de permettre une prise en soin culturellement congruente, Pepin & al. (2017) explique que Leininger a décrit trois principes de soins infirmiers en accord avec la culture de l'autre tout en favorisant le maintien et/ou le recouvrement de sa santé. Dans un premier temps l'objectif est de conserver les valeurs propres à la culture du patient afin de maintenir la santé de la personne et son style de vie à un niveau optimal. L'infirmier se doit d'avoir des connaissances sur la culture de l'autre, de faire preuve de respect et d'écoute afin de comprendre l'impact de celle-ci sur la personne. Cela permettra également à l'infirmier de créer un lien de confiance avec le patient (Debout, 2010).

La seconde étape serait d'engager une négociation avec le patient afin qu'il modifie ou ajuste certains éléments de son système culturel pouvant être jugés peu favorables. Il est important de préciser que cette volonté de proposer au patient de changer ses attitudes et comportements uniquement si cela est nécessaire à un meilleur niveau de

santé ou de bien-être (Debout, 2010). Enfin, le dernier principe est la restructuration. Elle présente à la personne une nouvelle signification des habitudes de vie de façon à apporter les changements nécessaires (Pépin & al., 2017).

7. CONCLUSION

Pour conclure, la question de recherche formulée dans cette revue de littérature met en relief la nécessité d'intégrer l'approche transculturelle lors de la prise en soin des personnes requérantes d'asile et le besoin de former les soignants à cela. La population cible de ce travail étant de plus en plus nombreuse sur le territoire Suisse, il devient primordial pour les infirmiers, de développer des connaissances et des pratiques culturellement congruentes.

Suite aux différentes recherches effectuées, les principaux besoins et les obstacles rencontrés par les requérants d'asile ont pu être identifiés. La barrière linguistique, la discrimination, les problèmes administratifs, l'intégration dans le pays d'accueil, la stigmatisation, sont des facteurs pouvant altérer le bien-être physique et mental de ces personnes et rendre l'accès aux soins difficile.

En effet, lors d'une prise en soin infirmière, ces éléments peuvent avoir un impact considérable sur la création d'une relation de confiance efficiente. La communication entre le patient et le soignant peut s'avérer difficile et les représentations culturelles divergentes de chacun peuvent engendrer de l'incompréhension. Les infirmiers décrivent également que le manque de connaissance en lien avec les pathologies mentales des requérants d'asile était également une réelle difficulté.

Pour pallier cela, des compétences culturelles semblent nécessaires. Or, les résultats de cette revue démontrent que très souvent, les infirmiers se sentent culturellement incompétent, en lien avec un manque de compétence relationnelle et de connaissances sur la culture et physiopathologique spécifiques aux requérants d'asile. La mise en place d'une formation infirmière sensible à la culture afin d'améliorer la prise en soins, prend alors du sens. Chaque thème abordé dans la discussion a été mis en lien avec le modèle théorique de Leininger et des pistes de solution basées sur cette théorie ont été proposés. Cela pourrait être une clé pour développer approche soignante holistique pour tout un chacun et en particulier avec notre population.

7.1. Apports et limites du travail

Dans un premier lieu, la recherche d'article s'est concentrée sur les difficultés et enjeux de santé des requérants d'asile sur le territoire Suisse. En effet, ayant basée les définitions et les droits de cette population sur ce pays, cela semblait cohérent.

Cependant, peu d'études se concentrant sur la situation de la Suisse ont été réalisées. Le sujet se voulait nationaliste de base, est devenue mondial. Les droits étant différents dans chaque pays, certains enjeux ou problématique de santé pouvaient être différents. Cela a pu poser problème lors de la mise en commun de tous les articles qui exprimaient certaines divergences sur des sujets pourtant similaires. De plus, les articles analysés sont essentiellement qualitatifs, ce qui ne permet pas de retranscrire les pistes de réponse à toute la population concernée dans ce travail.

Pour ce qui concerne le modèle théorique de Leininger bien qu'il soit cité dans certains articles, aucune des études n'utilise ce modèle lors de leurs recherches.

7.1.1. Clinique

Afin de faciliter la prise en soin des personnes de différentes cultures, plusieurs outils ont pu être mis en place. Par exemple, il est possible de solliciter des interprètes dans le but de pallier la barrière de la langue et de favoriser la compréhension entre le soignant et le soigné. Aux HUG, des services d'interprétariat sont mis à disposition pour les équipes médico-soignantes depuis 1999. Cela est financé par les budgets départementaux et est gratuit pour le patient (HUG, 2022).

Au sein de cette même structure, un programme de santé migrants a été mis en place. Ce projet a comme but de repérer et d'identifier les problèmes de désordre post-traumatiques et d'abus de substance le plus tôt possible chez les migrants (HUG, 2022). En effet selon les HUG (2022), les conséquences psychiques des traumatismes vécues par ces personnes sont moins souvent visibles et souvent diagnostiquées tardivement. De plus ils ajoutent que cette population a fréquemment recours à des substances psychoactives en automédication, ce qui peut entraîner des troubles du comportement, des syndromes de sevrage ainsi que d'autres problèmes de santé. C'est pourquoi un programme d'identification mieux adapté, avec un diagnostic psychiatrique précoce et un suivi systémique, pour accompagner l'intégration de ces personnes a été mis en place au sein des HUG. Il implique pour les soignants d'appréhender la diversité des cultures mais aussi des contextes géopolitiques des pays d'origine des patients (HUG,2022).

Enfin, pour permettre d'évaluer la détresse psychique des personnes réfugiées ou requérantes d'asile, il existe des échelles spécifiques. Par exemple, il y a le Refugee Health Screener, le Kessle10 et le WHO-Five-Wellbeing Index, qui constituent des instruments de dépistage adaptés aux adultes (Pecoul, 2022). Ces échelles sont malheureusement peu ou pas connues du personnel soignant en Suisse. Elles pourraient pourtant être intégrées lors de la prise en soin des personnes requérantes d'asile afin de permettre un dépistage précoce des troubles psychiques.

7.1.2. Recherche

Comme mentionné précédemment dans les limites de ce travail, peu d'articles scientifiques en lien avec la problématique, étaient centrés sur la Suisse. Davantage d'informations concernant la situation des requérants d'asile sur ce territoire auraient permis de rendre ce travail plus spécifique et plus facilement généralisable à ce pays. De plus, aucune étude utilisant la théorie de Leininger n'a été trouvée. Des études se concentrant sur ce modèle auraient permis de prouver (ou non) de manière plus fiable, ses bénéfices lors de la prise en soin des requérants d'asile. Enfin, la majorité des articles retenus dans cette revue de littérature sont qualitatifs. Or, des données quantitatives auraient permis de chiffrer les résultats et de les transposer à une population plus large. Lors de la lecture des articles, plusieurs d'entre eux mentionnaient les TSPT comme un des principaux problèmes de cette population mais aucun n'exposait une vraie solution quant à la prise en soin de celui-ci. Une étude mettant en lien tous ces points aurait permis de développer des pistes pour permettre aux différents soignants de mettre en place une prise en soin optimale auprès des requérants d'asile.

7.1.3. Enseignement

Au sein de la HEdS, les étudiants sont sensibilisés à la santé communautaire durant leur formation. En effet, la prise en soin de ces personnes vulnérables est introduite à travers des théories et certaines formations pratiques. Cependant, aucun module n'y est totalement dédié, engendrant parfois des lacunes. En revanche il existe plusieurs CAS ou DAS au sein des HES-SO, qui peuvent permettre de se spécialiser. Il y a le DAS « Promotion de la santé et prévention de communauté » et le CAS « migration et société plurielles » (HES-SO, 2021). Il en existe aussi sein de l'université de Genève [UNIGE] le CAS « Santé et Diversité : comprendre et pratiquer le approches transculturelles » (UNIGE,2023). Les CAS et les DAS offrent la possibilité de développer des connaissances et des pratiques spécifiques afin de garantir une meilleure prise en soins des requérants d'asile et une meilleure compréhension de leurs problèmes de santé et sociétaux. C'est pourquoi il serait judicieux de mettre en place certains de ces savoirs, au cours de la formation initiale dans les HES de Suisse par exemple une sensibilisation aux différentes cultures présente en Suisse et la vision des soins et de la santé dans chacune d'elle. De plus, avoir la possibilité d'écouter des témoignages de plusieurs patients requérants d'asile pourrait être pertinent afin de connaître et comprendre leurs vécus et leurs ressentis. Cela permettrait de se rendre compte des besoins de chacun lors d'une prise en soin, ce qui a pu manquer ou les éléments ayant pu les aider. Rendre obligatoire une formation pratique spécifiques en santé communautaire pourrait être

bénéfique afin que chaque futur infirmier possède des notions de bases. En effet, tous les infirmiers, spécialisés ou non, et dans tous les domaines de soin, peuvent rencontrer des personnes ayant des besoins culturels divers qui doivent être entendus et pris en compte.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ACAT (2022). *Droit d'asile*. <https://www.acatfrance.fr/droit-asile>

Alaoui, K. E. M., & Scruby, L. (2019). Posttraumatic Stress Disorder Among Refugees. *The Journal for Nurse Practitioners*, 15(5), 339-342. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.02.018>

Alligood, M. R. (2013). *Nursing Theory: Utilization & Application*. Elsevier. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/hesso/detail.action?docID=2072101>

ATD Quart Monde. (2022). *Vision*. <https://atd.ch/qui-sommes-nous/vision/>

Asile-Ne. (2022). *Requérants d'asile et réfugiés*. <http://asile-ne.ch/requerants-dasile-refugies/>

Auer, D. (2018). Language roulette – the effect of random placement on refugees' labour market integration. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 44(3), 341362. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2017.1304208>

Barnhill, J-W. (2020). *Trouble de stress post-traumatique (TSPT)*. Manuels MSD pour le grand public. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/trouble-de-stress-post-traumatique>

Beti, L. (2016, 23 octobre). *La difficile intégration professionnelle des réfugiés en Suisse*. SWI swissinfo.ch. <https://www.swissinfo.ch/fre/economie/a-l-aide-sociale-la-difficile-int%C3%A9gration-professionnelle-des-r%C3%A9fugi%C3%A9s-en-suisse/42514690>

- Burchill, J., & Pevalin, D. J. (2014). Demonstrating cultural competence within health-visiting practice : Working with refugee and asylum-seeking families. *Diversity & Equality in Health and Care*, 11(2), Article 2.
- Caritas Genève. (2022). *A propos de Caritas Genève*. [//www.caritas-geneve.ch/faq/a-propos-de-caritas-geneve](http://www.caritas-geneve.ch/faq/a-propos-de-caritas-geneve)
- Chatalalsingh, C. (2013). *La compétence culturelle et le consentement éclairé*. <https://www.collegeofdietitians.org/resources/services-axes-sur-les-clients/competence-culturelle/la-competence-culturelle-et-le-consentement-eclair.aspx#:~:text=La%20capacit%C3%A9%20de%20comprendre%20les,aspect%20de%20la%20comp%C3%A9tence%20culturelle>
- CSP. (2022). *Centre Social Protestant—Découvrez les services du CSP*. <https://csp.ch/>
- Courbot, C. (2000). De l'acculturation aux processus d'acculturation, de l'anthropologie à l'histoire. Petite histoire d'un terme connoté. *Hypothèses*, 3(1), 121129. <https://doi.org/10.3917/hyp.991.0121>
- Debout, C. (2010). Soins et culture, entre diversité et universalité. *Dossier soins*, 747, 21-23.
- DFAE. (2022, 26 janvier). *L'Association européenne de libre-échange (AELE) et l'Espace économique européen (EEE)*. <https://www.eda.admin.ch/eda/fr/dfae/politique-exterieure/organisations-internationales/aele-eee.html>
- Dillier, J. (2007). *Cultural diversity: A primer for the human services*. Belmont, CA : Wadsworth Publishing, Co.

- Doğan, N., Dikeç, G., & Uygun, E. (2019). Syrian refugees' experiences with mental health services in Turkey : "I felt lonely because I wasn't able to speak to anyone". *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(4), 673-680. <https://doi.org/10.1111/ppc.12400>
- Dotevall, C., Winberg, E., & Rosengren, K. (2018). Nursing students' experiences with refugees with mental health problems in Jordan : A qualitative content analysis. *Nurse Education Today*, 61. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.025>
- ECR. (2022). *Pastorale de rue*. https://www.eglisecatholique-ge.ch/decouvrir/services/solidarite/?gclid=Cj0KCQiAg_KbBhDLARIsANx7wAzpuAxNxT3M2eou-4x-bLayvB4dEDvIfTTYPTtykvB4hYJXI-Z_r4EaAsSoEALw_wcB
- État de Fribourg. (2018, 13 avril). *Le requérant d'asile peut-il travailler ?* <https://www.fr.ch/vie-quotidienne/permis-de-sejour-et-naturalisation/le-requerant-dasile-peut-il-travailler>
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. F. A. Davis Company. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/hesso/detail.action?docID=1109626>
- Fedlex. (2014). *Convention du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés*. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1955/443_461_469/fr
- Fondation prive des HUG. (2022). *Santé psychique des migrants : une meilleure prise en charge*. <https://www.fondationhug.org/sante-psychique-des-migrants-une-meilleure-prise-en-charge>
- FRC. (2022). Les maladies psychiatriques et les troubles du comportement. <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/>

- Garoff, F., Skogberg, N., Klemettilä, A., Lilja, E., Ahmed Haji Omar, A., Snellman, O., & Castaneda, A. E. (2021). Mental Health and Traumatization of Newly Arrived Asylum Seeker Adults in Finland : A Population-Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7160. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137160>
- Groen, S. P. N., Richters, A. J. M., Laban, C. J., van Busschbach, J. T., & Devillé, W. L. J. M. (2019). Cultural Identity Confusion and Psychopathology : A Mixed-Methods Study Among Refugees and Asylum Seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(3), 162-170. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000935>
- HEDS. (2022). *La profession d'infirmier-ère*. <https://www.hesge.ch/heds/formation-base/bachelor/soins-infirmiers/profession-dinfirmier-ere>
- HES-SO. (2022). *Plan d'études cadre 2022 : Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers*. https://hesav.ch/wp-content/uploads/2022/09/PEC_2022_Fil_BSc_Soins_infirmiers.pdf
- Heiniger, T., & Kaiser, P. (2020). Troubles posttraumatiques chez les requérants d'asile. *Bulletin des médecins Suisses*, 101(3), 54-56. https://assets.ctfassets.net/fclxf7o732gj/7sRVZi3QCEIL3qk4RBq40l/8cd159b241c738954e46cbbe65b85d5/bms_2020_18509_fr.pdf
- Holcomb, T. (2016). 1—Définition de la culture. In M. Golaszewski (Trad.), *Introduction à la culture sourde* (p. 3154). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.holco.2016.01.0031>

- Hudelson, P. (2019). *Communiquer avec les patients allophones*. HUG. https://www.hug.ch/sites/hde/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/aides_linguistiques_2019.pdf
- HUG. (2022, 1 février). *Consultation transculturelle et interprétariat – Interprétariat*. <https://www.hug.ch/consultation-transculturelle-interpretariat/interpretariat>
- Kim, G.-U., Jung, E., Shim, M.-S., & Kim, G. S. (2022). Association between post-traumatic stress symptoms and functional health among internally displaced people in Myanmar. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(4), 555-567. <https://doi.org/10.1111/jpm.12837>
- Kiselev, N., Pfaltz, M., Schick, M., Bird, M., Hansen, P., Sijbrandij, M., Graaff, A. M. de, Schnyder, U., & Morina, N. (2020). Problems faced by Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 150(4344), Art. 4344. <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20381>
- Koehn, P. H., & Sainola-Rodriguez, K. (2005). Clinician/patient connections in ethnoculturally nonconcordant encounters with political-asylum seekers: A comparison of physicians and nurses. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society*, 16(4), 298-311. <https://doi.org/10.1177/1043659605278936>
- Laramée, M.-C., & Blanchet Garneau, A. (2018). Développement de la compétence culturelle infirmière : Perspective d'étudiantes de leur environnement d'apprentissage lors d'un stage clinique à l'international. *Recherche en soins infirmiers*, 135(4), 3037. <https://doi.org/10.3917/rsi.135.0030>
- Leininger, M. M. (1997). Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. *Journal of Transcultural Nursing*, 8(2):32-52.

Le temps. (2023, 8 mai). *Population, immigration, vieillissement*.
<https://archive.letemps.ch/archive/www.letemps.ch/grand-format/population-immigration-vieillissement-decouvrez-levolution-suisse-15-graphiques.html>

Maier, T., Schmidt, M., & Julia, M. (2010). Mental health and healthcare utilization in adult asylum seekers. *Swiss Medical Weekly*. <https://doi.org/10.4414/smw.2010.13110>

Malhou, A. (2016). Isolement et statut. *Mémoires*, 68(3), 16-17.
<https://doi.org/10.3917/mem.068.0016>

Mazur, V., & Chahraoui, K. (2011). Psychopathologie des demandeurs d'asile accueillis en République slovaque. Étude portant sur 40 requérants. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(10), 621-626.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.05.012>

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. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1238774>

Mucchielli, R., Mucchielli, A. (1969). *Lexique des sciences sociales*. Paris : Entreprise Moderne d'Édition.

Murseli, T., & Ferreria Lopes, L. (2016). *Les Requérants d'asile dans les soins infirmiers en Suisse* [Travail de Bachelor, Haute école de la santé La Source]. RERO doc.
https://doc.rero.ch/record/278526/files/TB_Ferreira_Lopes_L._Murseli_T._2016.pdf

OCPM. (2022). *Nos missions*. <https://www.ge.ch/taxonomy/term/6>

OCSTAT. (2021). *Étrangers dans le canton de Genève en 2020*.
https://statistique.ge.ch/domaines/infographies.asp?filtrel=01_02

OCSTAT. (2022, 15 février) *Nouvelles demandes d'asile : principaux pays de provenance, depuis 2010*.
https://statistique.ge.ch/graphiques/affichage.asp?filtreGraph=01_02&dom=1

OCSTAT. (2017). *Population du canton de Genève selon l'origine et le statut migratoire*.
<https://statistique.ge.ch/tel/publications/2017/analyses/communications/an-cs-2017-55.pdf>

OECD. (2020). *Prêt à aider ? : Améliorer la résilience des dispositifs d'intégration pour les réfugiés et les autres immigrants vulnérables*. OECD.
<https://doi.org/10.1787/38f94002-fr>

OFC. (2013, 1 septembre). *Définition de la culture par l'UNESCO*.
<https://www.bak.admin.ch/bak/fr/home/themes/definition-de-la-culture-par-l-unesco.html>

OFS. (2021). *Population selon le statut migratoire*.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/nach-migrationsstatuts.html>

OFSP. (2021, 27 mai). *Santé psychique et soins psychiatriques*.
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/psychische-gesundheit-und-psychiatrische-versorgung.html>

- OFSP. (2022, 22 mars). *Soins de santé pour requérants d'asile*. [strategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/gesundheits-asylbereich.html](https://www.ofsp.ch/fr/strategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/gesundheits-asylbereich.html)
- OMS. (2022, 2 mai). *Santé des réfugiés et des migrants*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>
- OSAR. (2022). *La procédure d'asile*. <https://www.osar.ch/themes/asile-en-suisse/la-procedure-dasile>
- OSAR. (2022). *Protection juridique*. <https://www.osar.ch/aide-pour-refugie-et-requerant-dasile/protection-juridique>
- OSAR. (2022). *Statut de séjour*. <https://www.osar.ch/themes/asile-en-suisse/statut-de-sejour>
- OSAR. (2022). *Statut S*. <https://www.osar.ch/themes/asile-en-suisse/statut-de-sejour/statut-s>
- Parlement européen. (2022, 3 août). *Asile et migration en Europe : Faits et chiffres*. <https://www.europarl.europa.eu/news/fr/headlines/society/20170629STO78630/asile-et-migration-en-europe-faits-et-chiffres>
- Parlement européen. (2021, 5 février). *Pourquoi migrer ? Les raisons derrière la migration*. <https://www.europarl.europa.eu/news/fr/headlines/world/20200624STO81906/pour-quoi-migrer-les-raisons-derriere-la-migration>
- Pecoul, D. (2022, 17 mars). *Instruments de mesure et échelles pour les réfugiés*. Institut français d'EMDR. <https://www.ifemdr.fr/instruments-de-mesure-et-echelles-pour-les-refugies/>

Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4e éd.). Chenelière Education

Piquard, L. (2019, octobre 31). *Comment les mots aident à soulager les maux....* Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. <https://www.actusoins.com/318822/comment-les-mots-aident-a-soulager-les-maux.html>

Premand, N., Baeriswyl-Cottin, R., Gex-Fabry, M., Coraboeuf, B., Giannakopoulos, P., Eytan, A., & Bartolomei, J. (2013). Psychiatric care for asylum seekers in Geneva : A multidisciplinary approach for individualized care. *Revue Médicale Suisse*, 9(398), 1664-1668.

Quickfall, J. (2014). *Cultural competence in practice : The example of the community nursing care of asylum applicants in Scotland*. 11(3). <https://doi.org/10.21767/2049-5471.100013>

RTS. (2022, 15 février). *Les demandes d'asile en Suisse ont augmenté de 35% l'an passé.* <https://www.rts.ch/info/suisse/12869497-les-demandes-dasile-en-suisse-ont-augmente-de-35-lan-passe.html>

RTS. (2022). *Un projet pour les requérants victimes de stress post-traumatique en Valais.* <https://www.rts.ch/info/regions/valais/13621860-un-projet-pour-les-requerants-victimes-de-stress-posttraumatique-en-valais.html>

Rubovszky, G. (2006). Prise en charge des traumatismes psychiques par le praticien. *Revue Médicale Suisse* 2, 383-387. <https://www.revmed.ch/revue-medicale->

[suisse/2006/revue-medicale-suisse-52/prise-en-charge-des-traumas-psychiques-par-le-praticien](https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/sem/sem.html)

SEM. (2022, 15 novembre). Le SEM. <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/sem/sem.html>

SEM. (2017). *Soins médicaux pour les requérants d'asile dans les centres de la Confédération et les centres d'hébergement collectif cantonaux.*

SEM. (2022). *Statistique en matière d'asile.* <https://migration.swiss/assets/inhaltsbilder/fakten-und-zahlen-2/stat-jahr-2021-kommentar-FR.pdf>

SEV. (2022). *Brève histoire de la migration en Suisse.* <https://sev-online.ch/fr/le-sev/was-machen-wir/le-sev-active-en-faveur-de-ses-membres/ohne-uns/geschichte.php/>

Smith, M. & Parker, M. (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice* (4^e éd.). F.A. Davis Company. http://students.aiu.edu/submissions/profiles/resources/onlineBook/D6u5i7_0803633122Nursin.pdf

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

Swissinfo.ch. (2017, 19 décembre). *La Suisse, terre d'immigration européenne.* <https://www.swissinfo.ch/fre/la-longue-histoire-de-l-immigration-en-suisse/3884548>

Talerman, D. (2022, 28 août). *Principaux permis de travail en Suisse*. Travailler en Suisse. <https://www.travailler-en-suisse.ch/principaux-permis-travail-suisse.html>

UNHCR. (2021, 18 juin). *Aperçu statistique*. <https://www.unhcr.org/fr/apercu-statistique.html>

UNHCR. (2022). *Asile en Suisse*. <https://www.unhcr.org/dach/ch-fr/nos-activites/asile-en-suisse>

UNHCR. (2022). *Demandeurs d'asile*. <https://www.unhcr.org/dach/ch-fr/en-bref/qui-nous-aidons/demandeurs-dasile>

UNHCR. (2022). *Hébergement pendant la procédure d'asile*. <https://www.unhcr.org/dach/ch-fr/nos-activites/asile-en-suisse/hebergement-pendant-la-procedure-dasile>

UNHCR. (2022). *La Convention relative au statut des réfugiés*. <https://www.unhcr.org/dach/ch-fr/en-bref/mandat/la-convention>

UNHCR. (2022). *Procédure d'asile*. <https://www.unhcr.org/dach/ch-fr/nos-activites/asile-en-suisse/procedure-dasile>

Vivre Ensemble. (2021). *Demandeur-se d'asile*. <https://asile.ch/memot/de-parle-ton/demandeur-se-dasile/>

Vivre Ensemble. (2021). *Invasion ? Les chiffres de l'asile en Suisse*. <https://asile.ch/prejuge/invasion/>

Vivre Ensemble. (2021). *Les obstacles à l'emploi*. <https://asile.ch/prejuge/oisivete/les-obstacles-a-lemploi/>

Vivre Ensemble. (2021). *Permis et droits des personnes relevant de l'asile*. <https://asile.ch/procedure-dasile-permis-et-droits/permis/>

Vivre Ensemble. (2021). *Procédure, statut et permis*. <https://asile.ch/procedure-dasile-permis-et-droits/permis/>

Wylie, L., Corrado, A. M., Edwards, N., Benlamri, M., & Murcia Monroy, D. E. (2020). Reframing resilience : Strengthening continuity of patient care to improve the mental health of immigrants and refugees. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(1), 69-79. <https://doi.org/10.1111/inm.12650>

ANNEXES

1. Raisonnement pour la recherche des articles

1'021 articles identifiés dans la base de données Pubmed	230 articles identifiés sur la base de données cinahl	2 articles éligibles pour analyse sur la base de données Google Scholar
<p>33 → 30 = 3 éliminé par l'année 2003-2022</p> <p>80 → 49 = 31 éliminé par l'année 2010-2022</p> <p>908 → 287 = 621 article éliminé par l'année 2020-2022</p> <p>1. 1021 → 366 = 655 articles éminés par le filtre année</p>	<p>121 → 37 = 84 articles éliminé par l'année 2018-2022</p> <p>109 → 47 = 62 articles éliminé par l'année 2018-2022</p> <p>2. 230 → 84 = 146 éliminés</p>	
<p>49 → 17 = 32 articles éliminés par le filtre âge (adult :19-44 ans)</p> <p>287 → 94 = 193 articles éliminés par le filtre âge (adult :19-44 ans)</p> <p>366 → 141 = 225 articles éliminé sur la base de données Pubmed par le filtre âge (adult :19-44 ans)</p>	<p>47 → 18 = 29 articles éliminé avec le filtre âge (adult :19-44 ans)</p> <p>3. 84 → 55 = 29 éliminés</p>	
<p>141 → 59 = 82 articles éliminés par le titre</p> <p>59 → 13 = 46 articles éliminés à la lecture de l'abstract</p> <p>13 → 4 = 9 articles éliminés à la lecture de l'article</p>	<p>55 → 29 = 26 articles éliminés par le titre</p> <p>29 → 9 = 20 articles éliminés à la lecture de l'abstract</p> <p>9 → 3 = 6 articles éliminés à la lecture de l'article</p>	
4 articles sont éligibles pour analyse sur la base de données Pubmed	3 articles éligibles pour analyse sur la base de donnée Cinhal	

2. Grilles d'analyse des articles scientifiques sélectionnés

N°Item	Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers	N° Page
Référence complète aux normes APA :		
Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S., & Stronks, K. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. <i>Nurse Education Today</i> , 30(8), 821826. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.03.006		
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	Jeanine Suurmond, Conny Seeleman, Ines Rupp, Simone Goosen, Karien Stronks.	p. 821
2. Titres académiques	Jeanine Suurmond (PhD (Philosophiæ doctor)), Conny Seeleman (MSc (Master of Science), PhD), Ines Rupp (MD (Medecinæ Doctor), PhD), Simone Goosen (MSc, PhD), Karien Stronks (PhD).	web
3. Activité	<p>Jeanine Suurmond :</p> <ul style="list-style-type: none"> Assistant professor at the department of Public Health at the Academic Medical Centre/University of Amsterdam <p>Conny Seeleman :</p> <ul style="list-style-type: none"> Assistant professor at the Julius Center for Health Sciences and Primary Care University Medical Center Utrecht <p>Ines Rupp :</p> <ul style="list-style-type: none"> Attached to the Academic Medical Center, University of Amsterdam, Department of Public Health. Amsterdam, The Netherlands <p>Simone Goosen :</p> <ul style="list-style-type: none"> Works at the Netherlands Association for Community Health Services, in Netherland <p>Karien Stronks :</p> <ul style="list-style-type: none"> Professor of Public Health, at Amsterdam UMC Medical Center 	p. 821 + web
4. Genre	Cinq femmes.	web
5. Expérience et formation	<p>Jeanine Suurmond :</p> <ul style="list-style-type: none"> December 2022 – Present: Member of the Education Committee of the UvA School of Medicine, Amsterdam-Zuidoost, North Holland, Netherlands May 2020 – Present : Social Accountability in medical schools 2003 – Present : Assistant Professor February 2020 – Present : Faculty Diversity Officer 	web

	<ul style="list-style-type: none"> • May 2019 – Present : Principal Investigator Unequal Health Care Access (and how to solve this). Amsterdam Area, Netherlands <p>Conny Seeleman :</p> <ul style="list-style-type: none"> • March 2016 – Present : Postdoctoral researcher Public Health - Julius Center, UMC Utrecht • November 2015 – Present : Lecturer and educational developer Public Health - Julius Center, UMC Utrecht • 2008 – November 2015 : Lecturer and educational developer, Amsterdam UMC • May 2003 – November 2015 : Researcher, Amsterdam UMC <p>Inès Rupp : Inconnu</p> <p>Simone Goosen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • January 2019 – Present : Initiator and campaign leader, Johannes Wier Foundation. Utrecht Area, Netherlands • July 2022 – Present : Project leader generic guideline module dealing with Language Barriers in the care and social domain. Utrecht • April 2022 – October 2022 : Consultant birth care refugees from Ukraine, Utrecht, Netherlands • January 2017 – 2021 : Member of advisory committees on scientific research on health, Universities of Copenhagen, Heidelberg, Rotterdam • 2001 – December 2018 : Senior policy advisor and researcher health asylum seekers and status holders • 1996 – 2000 : Associate Professional Officer, World Health Organization. Mauritius & Zimbabwe • March 1993 – December 1995 : Epidemiologist for infectious diseases. National Institute of Public Health and the Environment, Bilthoven, Netherlands <p>Karien Stronks :</p> <ul style="list-style-type: none"> • April 2006 – Present : Professor, Amsterdam UMC • 1987 – 1996: Researcher, Erasmus University Rotterdam 	
Relations avec les participants		
<p>6. Relation antérieure</p>	Non mentionné.	-
<p>7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur</p>	<p><u>L'objet de la recherche</u> est d'évaluer et de comprendre le niveau de compétences culturelles des infirmiers praticiens lors de la prise en soins des requérants d'asile.</p>	-
<p>8. Caractéristiques de l'enquêteur</p>	<p>Les entretiens de groupe ont été menés par deux chercheurs (Inès Rupp et Conny Seeleman). Risque de biais de résultats non signalé: les auteurs n'ont pas mentionné un retour aux participants.</p>	p.823
Domaine 2 : conception de l'étude		
Cadre théorique		

9. Orientation méthodologique et théorie	Il s'agit d'une recherche qualitative. Des questionnaires ont été distribués pour récolter des données ainsi que des entretiens de groupes semi-structurés.	p. 823
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Nous supposons qu'un échantillonnage non-aléatoire de convenance est utilisé. Les critères d'inclusion sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Être infirmier • Travailler dans un centre de requérants d'asile 	p. 822
11. Prise de contact	Distribution du questionnaire aux infirmiers au sein de plusieurs centres de requérants d'asile.	p. 822
12. Taille de l'échantillonnage	<ul style="list-style-type: none"> • 89 infirmiers praticiens au sein de différents centres d'asile au Pays-Bas ont rempli le questionnaire • 36 infirmiers ont participé aux entretiens de groupe (2-9 personnes par groupe) 	p. 821
13. Non-participation	On ne sait pas combien de questionnaires ont été distribués donc le nombre de participants qui ont refusé est inconnu.	-
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Non mentionné.	-
15. Présence de non- participants	Non mentionné.	-
16. Description de l'échantillonnage	L'échantillon se base sur des infirmiers travaillant dans des centres pour requérants d'asile : <ul style="list-style-type: none"> • Infirmiers ayant une formation en matière de compétence culturelle : 88% • Éducation/formation pendant les études ou cours spécifiques : 81% • Éducation/formation en raison d'une expérience antérieure : 34% • Infirmiers praticiens se sentant culturellement compétents : 88% • Infirmiers praticiens se sentant culturellement compétents en raison d'un travail antérieur dans un centre pour demandeurs d'asile : 15% • Sentiment de compétence culturelle grâce à l'éducation/formation : 11% 	p. 823
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Lors des questionnaires, quatre questions ouvertes exploratoires ont été posées : <ul style="list-style-type: none"> • "Avez-vous reçu une éducation ou une formation spécifique en matière de compétences culturelles ? En cas de réponse positive, quel est votre parcours ?" • "Vous sentez-vous culturellement compétent : pourquoi ? Pourquoi pas ?" 	p.822

	<ul style="list-style-type: none"> • “Quel type de compétence culturelle est importante pour l'accueil ?” • “Comment les compétences culturelles peuvent-elles être améliorées ?” <p>Les entretiens de groupe avaient pour but de recueillir davantage de détails concernant les expériences quotidiennes des infirmiers praticiens travaillant avec les requérants d'asile. Les questions portaient sur les problèmes rencontrés lors des prestations de soins médicaux, le rôle spécifique de l'infirmière praticienne dans le système de soins médicaux, les attentes perçues des demandeurs d'asile et ce qu'ils considèrent comme situation idéale pour fournir des soins de haute qualité.</p> <p>Aucune question spécifique n'a été posée sur les compétences culturelles.</p>	
18. Entretiens répétés	Non mentionné.	-
19. Enregistrement audio/visuel	Les entretiens ont été enregistrés sur cassette et transcrits.	p. 822
20. Cahier de terrain	Non mentionné.	-
21. Durée	Les entretiens duraient entre 1h30 et 2h.	p.822
22. Seuil de saturation	Non mentionné.	-
23. Retour des retranscriptions	Les entretiens ont été retranscrit mais il n'y a pas d'information supplémentaire. Nous savons néanmoins que la transcription de chaque entretien de groupe a été lue attentivement pour obtenir une impression générale avant d'être codée et analysée.	p. 823
Domaine 3 : analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Non mentionné.	p. 823
25. Description de l'arbre de codage	L'article ne décrit pas l'arbre de codage. Des entretiens ont été réalisés puis analysés. Par la suite, les réponses des participants ont été regroupées et examinées par thèmes afin de catégoriser les résultats.	p. 824
26. Détermination des thèmes	Les thèmes généraux ont été prédéfinis dans les questions du questionnaire ainsi que lors des entretiens semi-structurés : <ul style="list-style-type: none"> • Questions sur le niveau de formation des infirmiers praticiens concernant les compétences culturelles • Les problèmes rencontrés lors de la prise en soins des personnes requérantes d'asile 	p. 824

	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles étaient les attentes des demandeurs d'asile et les éléments importants afin de fournir des soins de qualité <p>Les données obtenues ont ensuite été classées dans les résultats dans différentes catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation et éducation à la compétence culturelle • Connaissance de la situation politique et humanitaire dans le pays d'origine • Connaissance de l'épidémiologie et de la manifestation des maladies dans les pays d'origine des demandeurs d'asile • Connaissance des effets du statut de réfugié sur la santé • Connaissance du contexte juridique dans lequel vivent les demandeurs d'asile • Compétences pour développer une relation de confiance avec un demandeur d'asile • Capacité à poser des questions délicates sur des événements traumatisants et des problèmes personnels • Capacité à expliquer ce que l'on peut attendre des soins de santé • Améliorer la compétence culturelle 	
27. Logiciel	Non mentionné.	-
28. Vérification par les participants	Non mentionné.	-
Rédaction		
29. Citation présentée	<p>Connaissances de la situation politique et humanitaire dans le pays d'origine : La plupart des infirmiers praticiens considèrent essentiel de connaître la situation politique dans le pays d'origine du patient et ainsi d'avoir une vision globale de la situation. Les infirmiers praticiens doivent décider quelles informations spécifiques sont pertinentes pour les groupes de demandeurs d'asile provenant de situation politiques différentes :</p> <p><i>“C'est différent, par exemple, si vous avez fait partie de l'armée de Saddam Hussein, et que vous êtes un jeune homme irakien qui a dû faire des choses horribles et qui a été abusé avec des coups de fusil ou quelque chose comme ça. Ou que pendant un long temps vous n'aviez rien à manger et vous erriez dans le désert du Soudan [...] Et que vous êtes devenu très maigre, oui, que vous avez eu très peu de nourriture”.</i></p> <p>Compétences pour développer une relation de confiance avec un demandeur d'asile : L'établissement d'une relation de confiance est généralement considéré comme essentiel et devrait être amorcé dès le début du contact avec les demandeurs d'asile.</p> <p><i>“ Je pense qu'il s'agit d'une relation de confiance. Parce que les gens ont besoin de beaucoup de temps avant de divulguer des choses surtout des choses douloureuses. Et le fait que quelqu'un ait été vu à l'accueil crée un lien, un point de départ à partir duquel on peut continuer. Je pense moi-même que cela est souvent négligé. C'est tellement</i></p>	p.824

	<i>important de voir les mêmes visages, les mêmes personnes, un visage familier.”</i>	
<p>30. Cohérence des données et des résultats</p>	<p>Formation et éducation à la compétence culturelle : Les infirmiers praticiens avaient en moyenne neuf ans d'expérience dans le domaine des soins aux demandeurs d'asile. Dans les questionnaires, une majorité de ces infirmiers avaient reçu une formation/éducation en matière de compétences culturelles. Les extraits d'entretiens montrent comment ces compétences sont mises en pratique et à quel point elles peuvent être difficiles à appliquer.</p> <p>Connaissance de la situation politique et humanitaire dans le pays d'origine : La plupart des infirmiers considèrent qu'il est essentiel de connaître la situation politique du pays d'origine des patients et d'avoir une idée de comment la situation du pays peut avoir des conséquences directes sur la santé de la personne. En effet, la prise en soins ne sera pas la même en fonction des expériences vécues par les personnes dans leur pays d'origine.</p> <p>Connaissance de l'épidémiologie et de la manifestation des maladies dans les pays d'origine des demandeurs d'asile : Les infirmiers praticiens ont indiqué qu'il était important de connaître la prévalence des maladies majoritairement présentes, les vaccinations ainsi que la prévalence de l'excision dans le pays d'origine des patients.</p> <p>Connaissance des effets du statut de réfugié sur la santé : Il est important, selon les infirmiers praticiens, de connaître et de distinguer les problèmes de santé qui étaient déjà présents avant de quitter le pays d'origine, ceux apparus pendant le parcours migratoire et ceux apparus dans le pays d'accueil.</p> <p>Connaissance du contexte juridique dans lequel vivent les demandeurs d'asile : Afin d'établir une relation de confiance avec les patients, il est important de rappeler que toutes les informations transmises resteraient confidentielles et ne seraient pas utilisées dans le cadre de la procédure de demande de permis de séjour. Les infirmiers se sont intéressés au parcours des requérants d'asile, dans le but d'évaluer l'état de santé, tout en restant vigilant à ce que les patients ne le prennent pas comme un interrogatoire. En effet, si les patients se sentent « trop » interrogés, cela peut être très perturbant dans le développement d'une relation de confiance.</p> <p>Compétences pour développer une relation de confiance avec un demandeur d'asile : L'établissement d'une relation de confiance est essentiel et doit être initiée le plus tôt possible dans le contact avec les demandeurs d'asile. Cette relation de confiance peut être un atout pour aider le patient à exprimer ses besoins, ses problèmes mentaux. Cela permet également à l'infirmier de poser des questions délicates concernant des événements traumatiques. De bonnes compétences de communication et d'écoute sont essentielles pour cela.</p>	<p>p.823-824</p>

	<p>Capacité à poser des questions délicates sur des événements traumatisants et des problèmes personnels : Selon les infirmiers praticiens, il est important de déterminer si les demandeurs d'asile souffrent de troubles mentaux ou de traumatismes psychologique, mais c'est un sujet jugé difficile à aborder. Ainsi, les infirmiers ont souligné qu'il était nécessaire de s'adresser rapidement à d'autres professionnels lorsqu'ils estimaient ne pas être en mesure de traiter correctement les problèmes mentaux présentés par les demandeurs d'asile.</p> <p>Capacité à expliquer ce que l'on peut attendre des soins de santé : Cette compétence est jugée importante car les infirmiers praticiens considèrent qu'il est de leur devoir d'expliquer aux requérants d'asile ce qu'ils peuvent attendre des soins médicaux dans le pays d'accueil. Si ces notions ne sont pas expliquées clairement, il est probable que les requérants d'asile se sentent exclus des soins et ainsi altérer le développement d'une relation de confiance.</p> <p>Améliorer la compétence culturelle : L'analyse des questionnaires révèle que les infirmiers praticiens pensent que la compétence culturelle peut être améliorée. 40% d'entre eux estime qu'une formation plus poussée est nécessaire.</p> <p>Des compétences telles que l'écoute, la capacité à établir une relation confidentielle, la connaissance du pays d'origine, du langage corporel et les différences dans la présentation des plaintes doivent faire l'objet d'une attention régulière dans le cadre de l'enseignement et de la formation.</p> <p>D'autres infirmiers (24%), estiment que les compétences culturelles peuvent être améliorées directement sur le terrain. Par exemple, en discutant de cas complexes avec les collègues, parler aux requérants d'asile, travailler en collaboration avec des services d'interprétation sont des expériences précieuses et formatrices.</p>	
<p>31. Clarté des thèmes principaux</p>	<p>Oui, les résultats ont été classés selon les thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation et éducation à la compétence culturelle • Connaissance de la situation politique et humanitaire dans le pays d'origine • Connaissance de l'épidémiologie et de la manifestation des maladies dans les pays d'origine des demandeurs d'asile • Connaissance des effets du statut de réfugié sur la santé • Connaissance du contexte juridique dans lequel vivent les demandeurs d'asile • Compétences pour développer une relation de confiance avec un demandeur d'asile • Capacité à poser des questions délicates sur des événements traumatisants et des problèmes personnels • Capacité à expliquer ce que l'on peut attendre des soins de santé • Améliorer la compétence culturelle 	<p>p. 823-824</p>
<p>32. Clarté des thèmes secondaires</p>	<p>Pas de thème secondaire.</p>	<p>-</p>
<p>33.</p>	<p>Les limites mentionnées dans l'articles sont les suivantes :</p>	<p>p.825</p>

Limites mentionnées par les acteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Si les questions plus spécifiques sur les compétences culturelles avaient été posées, plus d'informations auraient pu être révélées • Les auteurs de l'étude se sont uniquement intéressés aux compétences culturelles des infirmiers praticiennes uniquement lors de l'accueil des personnes requérantes d'asile et non lors d'un contact régulier 	
34. Limites observées	<p>89 infirmiers ont répondu au questionnaire distribué au sein de leur lieu de travail. Seulement 36 d'entre eux n'ont été sélectionnés pour les entretiens. Aucun critère de sélection n'a été explicité pour comprendre les raisons de ce choix.</p> <p>Seul le point de vue des infirmiers praticiens est exploré. On ne connaît pas les perspectives des requérants d'asile.</p> <p>Lors des entretiens plusieurs groupes de 2 à 9 personnes ont été formés. Le choix des chercheurs de créer des groupes de taille différente n'a pas été expliqué.</p> <p>Aucune information sur les questions présentes sur les questionnaires n'a été formulée dans cet article.</p>	-

2. Grilles d'analyse des articles scientifiques sélectionnés

N°Item	Syrian refugees' experiences with mental health services in Turkey: "I felt lonely because I wasn't able to speak to anyone"		N° page
Référence complète aux normes APA :			
Doğan, N., Dikeç, G., & Uygun, E. (2019). Syrian refugees' experiences with mental health services in Turkey : "I felt lonely because I wasn't able to speak to anyone". <i>Perspectives in Psychiatric Care</i> , 55(4), 673680. https://doi.org/10.1111/ppc.12400			
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1. Enquêteur/animateur	Nareg Doğan, Gül Dikeç, Ersin Uygun.		p. 673
2. Titres académiques	Nareg Doğan (MSc, D ^r (Doctor)), Gül Dikeç (BA, MS, PhD), Ersin Uygun (Doctor of Medecine (MD)).		web
3. Activité	<p>Nareg Doğan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecturer at Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Bezmialem Vakif University, Istanbul, Turkey <p>Gül Dikeç :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, University of Health Sciences, Istanbul, Turkey • Professor at the University of Fenerbahçe, Turkey <p>Ersin Uygun :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecturer at Istanbul Bilgi University • Refugee Mental Health Outpatient Branch Clinic, University of Health Sciences, Bakirköy Mental Health Research and Training, Hospital, Istanbul, Turkey 		p. 673 + web
4. Genre	Deux femmes et un homme.		web
5. Expérience et formation	<p>Nareg Doğan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • January 2017 – Present : Lecturer, Bezmialem Vakif University, Istanbul, Turkey • August 2012 – July 2015 : Nurse, Psychiatry • August 2007 – March 2012 : Nurse, French Lape Hospital <p>Gül Dikeç :</p> <ul style="list-style-type: none"> • September 2022 – Present : Head of Nursing Department, Istanbul, Turkey • February 2022 – April 2022 : Guest Researcher, Charite Universitätsmedizin Berlin, Germany • September 2018 – March 2021 : Faculty member, University of Health Sciences • September 2012 – May 2015 : Instructor, Department of Nursing, University of Koç 		web

	<ul style="list-style-type: none"> December 2011 – September 2012 : Psychiatric Nurse, Erenkoy Mental Health and Neurology Education and Research. <p>Ersin Uygun :</p> <ul style="list-style-type: none"> February 2020 – Present : Lecturer, Istanbul Bilgi University. February 2012 – Present : Psychiatrist, Bakirkoy Mental and Nervous diseases Hospital. 	
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Non mentionné.	-
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	<u>Objectif de recherche</u> : Cette étude a pour but d'examiner les expériences des réfugiés syriens adultes avec les services de santé mentale.	p. 673
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Risque de biais d'enquêteur non signalé : les auteurs ont mené eux-mêmes les entretiens. En effet, ils ont été menés par deux infirmières psychiatriques et de santé mentale (GD, ND). Risque de biais d'échantillonnage non signalé : les participants étaient des volontaires. Il se peut qu'ils ne soient pas représentatifs de l'entièreté de la population de réfugiés syriens en Turquie.	p. 674
Domaine 2 : conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Il s'agit d'une étude qualitative de type phénoménologique. Les données ont été recueillies lors d'entretiens semi-structurés, puis elles ont été analysées à l'aide de la méthode d'interprétation phénoménologique de Colaizzi.	p. 673
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Échantillonnage dirigé. Les critères d'inclusion sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> Être âgé de 18 ans ou plus Avoir un diagnostic de troubles mentaux selon la base des critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition (DSM-5) 	p. 674
11. Prise de contact	Non mentionné.	-
12. Taille de l'échantillonnage	24 participants ont été sélectionnés (14 femmes et 10 hommes). Ces participants sont des ressortissants syriens suivis dans une polyclinique spécialisée en santé mentale des réfugiés.	p. 674
13. Non-participation	Non mentionné.	-
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Non mentionné.	-
15.	Non mentionné.	-

Présence de non-participants		
16. Description de l'échantillonnage	<p>Les données démographiques de l'échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Âge moyen : 39,21 (de 18 à 63 ans) • Genre : 58,3% de femmes, 41,7% d'hommes • Statut marital : 16,5 % étaient célibataires, 83,5% mariés • Niveau d'éducation : 37,5% étaient analphabètes, 4,2% étaient alphabétisés, 29,2% ont été jusqu'à l'école primaire, 8,3% ont été jusqu'à l'école secondaire, 8,3% jusqu'au lycée, et 12,5% jusqu'à l'université • Emploi : 95,8% avaient un emploi, 4,2% n'en avaient pas • Situation économique : 4,2% avaient une bonne situation, 50% une situation moyenne et 45,8% une situation précaire • Autre langue parlée : 66,7% parlaient une autre langue, 33,3% pas • Troubles mentaux : 4,2% bipolaire, 4,2% psychotique, 4,2% schizophrène, 12,5% anxieux, 75% ne savent pas 	p. 674
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	<p>Des entretiens semi-structurés ont été réalisés. Les participants ont été interrogés deux fois. Lors du premier entretien, les participants ont participé à des discussions de groupe et lors du deuxième entretien, ils ont été invités à confirmer leurs déclarations.</p> <p>Lors des entretiens, les participants ont cherché à répondre à la question suivante : "Qu'avez-vous vécu au cours de votre séjour dans un service de santé mentale ambulatoire ou hospitalier en Turquie ?".</p>	p. 674
18. Entretiens répétés	Les participants ont été interrogés à deux reprises.	p. 674
19. Enregistrement audio/visuel	Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un magnétophone.	p. 674
20. Cahier de terrain	Non mentionné.	-
21. Durée	Chaque entretien durait environ une heure.	p. 674
22. Seuil de saturation	Non mentionné.	-
23. Retour des retranscriptions	Non mentionné.	-
Domaine 3 : analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Non mentionné.	-

<p>25. Description de l'arbre de codage</p>	<p>Les données ont été analysées avec l'aide d'une méthode d'interprétation phénoménologique de Colaizzi.</p>	<p>p. 674</p>
<p>26. Détermination des thèmes</p>	<p>L'analyse des entretiens a permis d'identifier sept thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à prendre rendez-vous • Difficultés à obtenir des médicaments • Droits personnels • Manque d'information • Barrière linguistique • Discrimination • Confiance vs anxiété 	<p>p. 674</p>
<p>27. Logiciel</p>	<p>Non mentionné.</p>	<p>-</p>
<p>28. Vérification par les participants</p>	<p>Lors d'un deuxième entretien, les participants ont été invités à confirmer leurs déclarations, qui étaient lues par un traducteur.</p>	<p>p. 674</p>
<p>Rédaction</p>		
<p>29. Citation présentée</p>	<p>Oui, des citations ont été utilisées pour illustrer chaque catégorie.</p> <p>Difficultés à prendre rendez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participant 10 : « <i>C'est un défi économique. Prendre un taxi coûte très cher. Les transports publics sont également difficiles. Je vais à pied de Şirinevler Soğanlı à [...]. Mais il n'y a rien de proche à Istanbul</i> ». • Participant 14 : « <i>Ils donnent un rendez-vous pour deux semaines plus tard, mais ils sont absents lorsque nous nous y rendons</i> ». • Participant 5 : « <i>Je ne connaissais pas le 182. C'est très difficile, nous avons des difficultés. J'ai appelé une fois le 112, ils sont venus chez moi, mais ils m'ont dit de ne plus les appeler</i> ». <p>Difficultés à obtenir des médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participant 24 : « <i>On prend très à cœur le fait de venir d'une distance de 2 ou 3 heures et de ne pas pouvoir voir le médecin</i> ». • Participant 14 : « <i>Je suis venue à l'hôpital il y a 2 mois, le médecin m'a donné un rendez-vous à 8 heures du matin. Un mois plus tard, je suis allée à l'information. On m'a dit que le médecin n'était pas disponible. J'y suis retournée le lendemain matin. On m'a dit que le médecin n'était pas disponible. Ils ont reporté mon rendez-vous à la semaine suivante. La semaine suivante chevauchait la fête, mais j'ai accepté et j'ai appelé l'hôpital le jour du rendez-vous. L'hôpital m'a répondu : "Nous sommes fermés, nous sommes en période de fête". J'ai dû acheter des médicaments parce que je n'en avais plus</i> ». 	<p>p. 674-677</p>

- Participant 15 : « *Quand je vais à la pharmacie pour me faire prescrire mes médicaments. Le pharmacien me dit : "Vous avez déjà ce médicament". Mais voilà : le médecin m'a dit de prendre ce médicament trois fois par jour. Il s'épuise donc rapidement. C'est pourquoi il m'arrive d'en prendre un par jour pour l'économiser. Je suis censé obtenir trois bouteilles à la pharmacie, mais le pharmacien dit que le gouvernement ne paie que pour deux et ne paiera pas pour trois* ».
- Participant 2 : « *Nous allons également dans d'autres pharmacies. Aucune d'entre elles n'exécute nos ordonnances. Elles disent toutes : "Allez à la pharmacie X." Je vais maintenant à la Pharmacie X. Ils me donnent tous les six, si ce n'est six. Ils me donnent les six boîtes si six boîtes sont prescrites. Mais la pharmacie Y n'en donne qu'une* ».
- Participant 12 : « *On voit le nombre prescrit par le médecin, mais quand on va à la pharmacie, ils disent qu'il a prescrit une boîte. Ils vous en donnent autant que vous voulez si vous payez. Mais on peut obtenir une boîte par le biais de la sécurité sociale* ».

Droits personnels :

- Participant 17 : « *... Une fois, j'ai dû rester à l'hôpital quinze jours de plus que d'habitude. Je me suis beaucoup ennuyé. Nous avons tous des maladies différentes. Ils ne vous laissent pas sortir de l'hôpital si vous n'avez pas de carte d'identité. Ils n'acceptent pas les cartes d'identité et les passeports syriens. Je suis resté avec mon passeport* ».
- Participant 18 : « *Je lutte contre de nombreuses maladies depuis que je suis en Syrie. Les patients sont payés en Turquie, mais personne ne me paie. Personne ne m'aide à cet égard* ».
- Participant 2 : « *J'aimerais qu'il y ait deux médecins, un seul ne suffit pas. Nous devons attendre trop longtemps* ».

Manque d'information :

- Participant 14 : « *Par exemple, nous allons chez le médecin pour nous faire examiner. Parfois, il demande un test. D'accord, mais nous ne savons pas où faire le test. Le traducteur peut nous aider à cet égard. Ou bien le médecin rédige une ordonnance et dit qu'il faut faire un rapport. Nous ne savons pas où prendre le rapport. En fin de compte, le médecin se dépêche, mais il ne peut pas tout faire tout seul* ».
- Participant 1 : « *Nous venons ici et nous repartons en ne prenant que des médicaments. Mais nous ne savons pas si son état s'améliore ou s'aggrave* ».

Barrière linguistique :

- Participant 1 : « *Le traducteur est le plus important pour l'imagerie, les tests, etc. Nous ne comprenons rien. Nous ne comprenons rien. Nous ne comprenons pas ce que disent les tests. Ils demandent : "Quel genre de test ?" Je ne sais pas quel test ils demandent* ».
- Participant 14 : « *Il y a un traducteur en bas qui parle arabe. Nous ne nous comprenons pas quand je lui parle. Je lui dis*

"Demandez au médecin", il répond lui-même au lieu de répondre au médecin ».

- Participant 4 : *« Je veux parler. Je veux un psychologue qui parle arabe. Je veux pouvoir parler quand j'ai beaucoup de problèmes. ».*
- Participant 11 : *« Je prenais des médicaments, tout était normal. Je communiquais avec le médecin qui parlait arabe. J'étais allongé la plupart du temps. D'autres patients arabes m'aidaient à demander de l'eau. Je ne demandais rien quand le médecin n'était pas là, je ne demandais qu'au médecin. Seule une personne kurde qui me parlait. C'était le préparateur de thé ».*
- Participant 12 : *« Je ne pouvais pas parler quand je suis venue pour la première fois. Je ne pouvais pas exprimer mes problèmes. Je ne pouvais même pas dire qu'on m'avait diagnostiqué une schizophrénie lorsque je suis entré à l'hôpital. Mais ils m'ont donné des sédatifs dès mon entrée à l'hôpital. Je ne me sentais pas à l'aise. Je me sentais seul parce que je ne pouvais parler à personne. C'était comme une prison. Je n'ai pas eu de problèmes avec les infirmières ou d'autres personnes, mais je ne pouvais parler à personne, je me sentais seule. Je ne veux plus rester à l'hôpital, c'est tellement difficile. J'avais mal au ventre, mais je ne pouvais pas l'expliquer ».*
- Participant 23 : *« Les traducteurs sont disponibles à chaque appel, partout, mais il n'y a pas de traducteur lorsque nous appelons pour un problème de santé, pour prendre un rendez-vous à l'hôpital. ».*

Discrimination :

- Participant 20 : *« En général, nous ressentons clairement la discrimination entre Syriens et Turcs lorsque nous allons voir un médecin, mais pas ici. Par exemple, lorsque nous allons voir un médecin turc, il accueille les patients turcs en leur disant "bienvenue". Mais ils ne regardent même pas nos visages lorsque nous entrons ».*
- Participant 10 : *« Il y a de bonnes et de mauvaises personnes. Parmi ceux qui sont venus ici, il y a des Syriens qui se sont mal comportés, qui ont mal agi. Cela est généralisé à tous les Syriens, ce qui est mauvais ».*

Confiance vs anxiété :

- Participant 10 : *« Par exemple, M. E parle arabe et peut facilement comprendre les patients. Comment vais-je m'exprimer si M. E part ? Il y aura un médecin qui ne parlera pas arabe et je ne pourrai pas m'exprimer aussi facilement ».*
- Participant 4 : *« Je vais me marier maintenant. Je vais déménager à Düzce, je ne sais pas comment ça va se passer ».*
- Participant 15 : *« Il y a un système, un ordre ici. Mais il n'y avait pas un tel ordre en Syrie ».*
- Participant 24 : *« Ici, c'est mieux. Le système est meilleur et ils respectent les gens. Dans les hôpitaux, nous sommes mieux accueillis ici. Les hôpitaux publics en Syrie ne sont pas comme*

	<p><i>ça. Nous avons l'habitude d'aller dans des hôpitaux privés pour les examens ».</i></p>	
<p>30. Cohérence des données et des résultats</p>	<p>Difficultés à prendre rendez-vous : Les participants ont mentionné avoir des difficultés à obtenir de l'aide de la part des services de santé mentale, qu'ils ne peuvent obtenir de rendez-vous par téléphone et qu'ils sont obligés de se rendre à l'hôpital pour prendre rendez-vous car ils ne parlaient pas ou peu le turc. De plus, ils ne pouvaient pas prendre de taxi pour se rendre à l'hôpital en raison des problèmes économiques. Les participants ne connaissent pas le bon numéro à composer pour prendre rendez-vous.</p> <p>Difficultés à obtenir des médicaments : Certains participants ont rencontré des difficultés à obtenir une ordonnance car il n'y avait pas de psychiatre parlant arabe. Certains se sont retrouvés à payer des médicaments qui étaient censés être gratuits. Ainsi, les participants ont expliqué que cela les avait amenés à changer la fréquence et la dose de leur traitement parce qu'ils avaient des difficultés à prendre rendez-vous lorsqu'ils avaient besoin de plus de médicaments. Cela a perturbé leur adaptation au traitement. Ils ont déclaré qu'ils ne pouvaient pas obtenir les médicaments dans mêmes pharmacies que les Turcs et qu'ils devaient aller dans des pharmacies spécifiques et désignées pour les Syriens.</p> <p>Droits personnels : Certains participants ont déclaré ne pas pouvoir obtenir de médicaments gratuits car ils n'avaient pas de carte d'identité. Les réfugiés ayant été hospitalisés dans un service psychiatrique n'ont pas pu être libérés tant que leur carte d'identité n'avait pas été livrée. Les participants ont déclaré ne pouvoir travailler nulle part et qu'ils ne pouvaient pas recevoir de certificat d'invalidité car ils n'étaient pas en mesure d'en faire la demande.</p> <p>Manque d'information : Les participants ont relaté qu'ils n'avaient pas toutes les informations sur leur état de santé mentale et sur la durée de leur traitement. Ils n'étaient pas informés des procédures à suivre lors d'un test, d'un rapport médical.</p> <p>Barrière linguistique : Tous les participants ont déclaré qu'il n'y avait pas assez de traducteurs arabes pour les informer dans les procédures comme les tests, les imageries médicales, les médicaments... Ils ne peuvent pas communiquer efficacement avec les traducteurs actuels. Certains participants expriment vouloir parler à un professionnel de santé maîtrisant l'arabe pour les interventions psychosociales. Afin de communiquer, certains tentent d'utiliser le langage corporel.</p> <p>Discrimination : Certains participants ont parfois ressenti qu'ils étaient traités différemment des citoyens turcs en vue de leur statut de réfugiés.</p> <p>Confiance vs anxiété : Certains participants ont exprimé être inquiet quant au départ de l'unique psychiatre arabophone de l'hôpital. Ils expriment tout de même que les services de santé mentale en Turquie sont meilleurs qu'en Syrie.</p>	<p>p. 674-677</p>

<p>31. Clarté des thèmes principaux</p>	<p>Oui, les résultats ont été classés selon les thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à prendre rendez-vous • Difficultés à obtenir des médicaments • Droits personnels • Manque d'information • Barrière linguistique • Discrimination • Confiance vs anxiété 	<p>p. 674</p>
<p>32. Clarté des thèmes secondaires</p>	<p>Non mentionné.</p>	<p>-</p>
<p>33. Limites mentionnées par les acteurs</p>	<p>Les données de la recherche se limitent aux déclarations des participants. Une autre limite mentionnée est l'utilisation d'un traducteur lors de la collecte des données ainsi que l'incapacité des chercheurs à recueillir des données dans la langue maternelle des participants.</p>	<p>p. 679</p>
<p>34. Limites observées</p>	<p>La petite taille de l'échantillon a limité la possibilité de généraliser l'étude à d'autres contextes. De plus, il ne se concentre que sur les réfugiés syriens. Ainsi, les données ne peuvent être généralisées à d'autres contextes de personnes réfugiées. L'article ne prend pas en compte les difficultés que peuvent rencontrer les professionnels de santé mental lors de la prise en soins de cette population.</p>	<p>-</p>

N°Item	Clinician/Patient Connections in Ethnoculturally Nonconcordant Encounters With Political-Asylum Seekers: A Comparison of Physicians and Nurses	N° page
Référence complète aux normes APA :		
Koehn, P. H., & Sainola-Rodriguez, K. (2005). Clinician/patient connections in ethnoculturally nonconcordant encounters with political-asylum seekers : A comparison of physicians and nurses. <i>Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society</i> , 16(4), 298311. https://doi.org/10.1177/1043659605278936		
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	Peter H. Koehn, Kirsti Sainola-Rodriguez.	p. 298
2. Titres académiques	Peter H. Koehn (MPA (Master of Public Administration), PhD), Kirsti Sainola-Rodriguez (RN, MA).	p. 298
3. Activité	Peter H. Koehn : <ul style="list-style-type: none"> • Professor, University of Montana Kirsti Sainola-Rodriguez : <ul style="list-style-type: none"> • Head Chief Nurse • North Karelia Hospital District 	p. 298 + web
4. Genre	Un homme et une femme.	web
5. Expérience et formation	Peter H. Koehn : Inconnu Kirsti Sainola-Rodriguez : <ul style="list-style-type: none"> • January 2017 – Present : Head Chief Nurse 	web
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Non mentionné.	-
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	<u>Objectif de recherche</u> : Comparer la capacité des infirmières et des médecins à entrer en contact avec des patients lors de rencontres cliniques divergentes sur le plan ethnoculturel afin de comprendre comment les différences culturelles peuvent affecter les interactions et la qualité des soins auprès des demandeurs d'asile.	p. 298
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Risque de biais de résultat non mentionné : les auteurs n'ont pas mentionné de retour aux participants. Risque de biais de sélection non signalé : l'étude a été réalisée auprès de réfugiés qui étaient déjà en contacts avec les centres d'accueil suisses. L'étude ne prend pas en compte les réfugiés qui ne sont pas en contact avec ces centres.	-

Domaine 2 : conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Il s'agit d'une étude qualitative dans laquelle les chercheurs ont utilisé une méthode pouvant être décrite comme un entretien ethnographique condensé.	p. 299
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Il s'agit d'un échantillonnage aléatoire simple. Les critères d'inclusions sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Être demandeur d'asile dans l'un des cinq centres d'accueil répartis dans le sud de la Finlande (Kontiolahti, Joutseno, Kotka, Turku et Helsinki) 	p. 299
11. Prise de contact	Les participants faisaient tous partis de l'un des cinq centres d'accueil dans le sud de la Finlande (Kontiolahti, Joutseno, Kotka, Turku et Helsinki).	p. 299
12. Taille de l'échantillonnage	41 participants ont été invités à l'étude.	p. 299
13. Non-participation	3 participants (un Kurde et un Albanais) ont refusé de participer aux entretiens pour des raisons non mentionnées.	p. 299
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Au cours de l'été 2002, 118 entretiens ont été menés.	p. 299
15. Présence de non- participants	Non mentionné.	-
16. Description de l'échantillonnage	Les données démographiques de l'échantillon : <ul style="list-style-type: none"> • Genre : 24 hommes et 17 femmes • Niveau d'étude : <ul style="list-style-type: none"> - 43,9% ont réalisé une partie de l'enseignement postsecondaire - 56,1% n'ont pas réalisé d'études postsecondaires • Âge en 2002 : <ul style="list-style-type: none"> - 18-30 ans : 48,8% - Plus de 30 ans : 51,2% • Durée du séjour en Finlande : <ul style="list-style-type: none"> - 1 an ou moins : 51,2% - 2 ans : 19,5% - Plus de 2 ans : 29,2% • 13 demandeurs d'asile provenant de l'ex-Union Soviétique • 13 demandeurs d'asile provenant de la Yougoslavie ou de l'Albanie • 11 Kurdes 	p. 300

	<ul style="list-style-type: none"> 4 demandeurs d'asile provenant de la Somalie/Angola 	
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Les entretiens indépendants et privés ont utilisé un questionnaire essentiellement structuré et testé par des pilotes, conçu pour obtenir des données sociales et économiques de base et des perspectives intersubjectives sur des questions de santé de la part du patient demandeurs d'asile, de son médecin traitant principal et de son infirmière traitante principale.	p. 299
18. Entretiens répétés	Non mentionné.	-
19. Enregistrement audio/visuel	Non mentionné.	-
20. Cahier de terrain	Non mentionné.	-
21. Durée	Les entretiens duraient entre 45 et 90 minutes.	p. 299
22. Seuil de saturation	Non mentionné.	-
23. Retour des retranscriptions	Non mentionné.	-
Domaine 3 : analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Non mentionné.	-
25. Description de l'arbre de codage	L'arbre de codage n'a pas été décrit. Les résultats des analyses ont été comparés et ils ont ensuite été classés selon les dimensions critiques des soins de santé transculturels.	p. 299 - 302
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient identifiés selon les dimensions critiques des soins transculturels comprenant : <ul style="list-style-type: none"> L'évaluation de la santé et des maladies Les croyances, valeurs et pratiques L'adhésion La satisfaction/l'insatisfaction L'efficacité de l'autosoin Les attentes futures. 	p. 299 - 302
27. Logiciel	Non mentionné.	-

<p>28. Vérification par les participants</p>	<p>Non mentionné.</p>	<p>-</p>
<p>Rédaction</p>		
<p>29. Citation présentée</p>	<p>Aucune citation n'a été utilisé.</p>	<p>-</p>
<p>30. Cohérence des données et des résultats</p>	<p>L'évaluation de la santé et des maladies : Dans cette section, les évaluations du patient et du clinicien concernant l'état de santé du demandeur d'asile au moment de son départ du pays d'origine jusqu'à son arrivée en Finlande ont été réalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au moment du départ, 37% des participants ont déclaré ne pas avoir de problème de santé (physique ou mental). 20% ont déclaré avoir des problèmes sans gravités et 15% ont identifié leur état de santé comme assez grave. Enfin, près de 25% ont déclaré avoir des problèmes de santé très grave. • L'évaluation du médecin était conforme à celle des demandeurs d'asile dans 29% des cas contre 32% pour les infirmiers. Les évaluations du médecin et de l'infirmier était considérée comme moins grave que celle du demandeur d'asile. <p>Lors de l'arrivée en Finlande :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quasiment la moitié des médecins (51%) et des infirmiers (46%) ont évalué l'état de santé des demandeurs moins grave que leur auto-évaluation. • Seulement 19 % des infirmiers ayant une formation en soins culturels contre 44% des infirmiers sans cette formation, ait une perspective congruente avec celle des demandeurs d'asile. <p>Lors des entretiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il a été démontré que les auto-évaluations des demandeurs d'asile différaient de l'évaluation du médecin dans 68% des cas, soit, 32% de congruence. • En ce qui concerne les infirmiers, les évaluations étaient congruentes dans 33% des cas. • La formation en soins culturels n'a fait aucune différence en termes de congruence dans les évaluations. <p>Les croyances, valeurs et pratiques : Les valeurs ethnoculturelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il a été demandé aux patients s'ils accordaient une importance particulière aux croyances et aux pratiques de leur culture, concernant les causes, le traitement et la prévention des maladies : 46% ont répondu par l'affirmative, 34% ont répondu que "oui mais seulement en partie" et 29% ont répondu que non. • Le médecin n'a évalué avec précision la réponse du demandeur d'asile que dans 30% des cas. • L'infirmier quant à lui, dans 39% des cas. • Une formation en soins culturels a fait une différence décisive dans la capacité des infirmiers à évaluer le point de vue des 	<p>p. 302 - 306</p>

patients sur les approches ethnoculturelles. En effet, 50% d'entre eux a rapporté avec exactitude les dires du patient.

Les valeurs biomédicales :

- Environ 83% des patients ont indiqué qu'ils appréciaient les croyances et les pratiques biomédicales. 15% ont répondu qu'ils appréciaient moyennement ses approches.
- La plupart des médecins (68%) et des infirmiers (76%) connaissent le point de vue du demandeur d'asile sur les pratiques biomédicales occidentales.
- La formation aux soins culturels n'a pas démontré d'impact sur ces résultats.

Pratiques complémentaires :

- 42% des demandeurs d'asile ont indiqué utiliser des pratiques non-médicales dans leur approche personnelle de soins de santé. 17% ont indiqué qu'ils suivaient en partie un modèle de traitement complémentaire s'appuyant sur des techniques et des praticiens biomédicaux autochtones et occidentaux. 42% n'utilisaient pas d'autres approches de soins de santé ethnoculturels.
- Seulement 32% des infirmiers et des médecins ont évalué avec précision l'intégration (ou pas) par leur patient d'approches non-biomédicales.
- Onze des treize cas congruents impliquaient des infirmiers ayant reçu une formation de soins culturels.

L'adhésion :

Médicaments :

- Les deux tiers des demandeurs d'asile ont indiqué toujours respecter les instructions concernant les médicaments et 14% ont indiqué qu'ils les respectaient le plus souvent possible.
- 54% des infirmiers pensaient que les participants suivaient les instructions de manière moins cohérentes que ce qu'ils déclaraient et à l'inverse, 23% pensaient que les demandeurs d'asile le faisaient de manière plus cohérente que la réalité.
- Les infirmiers ayant reçu une formation de soins culturels ont été plus nombreux que ceux n'ayant pas reçu à faire une évaluation concordante concernant l'adhésion des participants à leur traitement médicamenteux.

Comportement en matière d'alimentation et de boisson :

- 22 participants ont reçu des instructions concernant ce qu'ils pouvaient (ou pas) boire et manger. Près de 80% des participants de ce groupe ont indiqué qu'ils respectaient toujours ce type de recommandation.
- Seulement 29% des médecins ont estimé le respect de ces instructions concordante avec l'auto-évaluation des participants. 43% ont surestimé le comportement d'adhésion.
- Les infirmiers étaient plus susceptibles de sous-estimer la conformité (53%).

- La formation en soins culturels n'a pas fait de différence sur ce point-là.

La prise de rendez-vous :

- Tous les demandeurs d'asile, sauf deux ont déclaré qu'ils respectaient toujours (ou presque) les instructions concernant les rendez-vous.
- Dans 69% des cas, le demandeur d'asile et l'infirmier étaient d'accord sur le niveau de respect des rendez-vous du patient.
- Pour cette catégorie, les infirmiers ayant reçu une formation de soins culturels ont eu un moins bon niveau de congruence que les infirmiers n'en n'ayant pas reçu (63% contre 89%).

La satisfaction/l'insatisfaction :

- Moins de la moitié des demandeurs d'asile ont déclaré se sentir satisfaits des soins fournis par le médecin. Les autres patients (27%) étaient partagés entre le fait d'être insatisfait ou ni l'un ni l'autre.
- Les infirmiers ont sous-estimé l'insatisfaction des patients dans 49% des cas. Dans 29% des cas, ils ont sous-estimé la satisfaction des patients et enfin dans seulement 22% des cas, le niveau de (dé)satisfaction des demandeurs d'asile n'a pas été caché à l'infirmier.
- Dans huit des neuf cas où l'infirmier était au courant du niveau de (dé)satisfaction du patient, il s'agissait d'un infirmier ayant reçu la formation en soins culturels.

L'efficacité de l'autosoins :

- Deux tiers des demandeurs d'asile ont répondu qu'ils s'occupaient efficacement de leur santé, 24% ont répondu "en partie" et 10% ont répondu qu'ils n'avaient pas du tout pris soins de leur santé depuis leur arrivée en Finlande.
- Dans 42% des cas, les médecins ont sous-estimé la résilience déclarée par les demandeurs d'asile. Dans 24% des cas, ils l'ont surestimé. Enfin, dans 33% des cas, le médecin a partagé l'évaluation du demandeur d'asile.
- Quant aux infirmiers, dans 54% des cas, ils partageaient le point de vue des patients concernant l'efficacité de l'autosoins. 24% des infirmiers ont surestimé cette capacité et 22% l'ont sous-estimé.
- 18 des 22 cas de congruence infirmier/patient impliquaient des professionnels ayant reçu la formation de soins culturels.

Les attentes futures :

Recommandations biomédicales du médecin traitant :

- 46% des demandeurs d'asile ont exprimé leur confiance envers leur médecin traitant. Environ 30% n'avait pas confiance. Les autres étaient indifférents.

Approches ethnoculturelles :

- Dans 39% des cas, les demandeurs d'asile se sont dit convaincus que les pratiques culturelles seraient utiles pour leur

	<p>santé au cours de la première année. 46% ont déclaré qu'ils n'étaient pas (ou peu) confiants et 15% ont déclaré qu'ils étaient indifférents à cela.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le médecin traitant a partagé le point de vue du patient dans 31% des cas. • En ce qui concerne les infirmiers, seulement 20% ont fait état d'un point de vue congruent. • Les résultats montrent que la formation en soins culturels est étroitement associée avec la concordance entre la confiance et le manque de confiance des infirmiers et des demandeurs d'asile dans les pratiques traditionnelles. 	
31. Clarté des thèmes principaux	<p>Oui, les résultats de l'étude ont été classés en fonction des six dimensions identifiées comme critiques pour des soins de santé transculturels efficaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation de la santé et des maladies • Les croyances, valeurs et pratiques • L'adhésion • La satisfaction/l'insatisfaction • L'efficacité de l'autosoins • Les attentes futures. 	p. 302
32. Clarté des thèmes secondaires	Les résultats ne présentent pas de thèmes secondaires.	-
33. Limites mentionnées par les acteurs	Les auteurs ne mentionnent pas de limite dans l'article.	-
34. Limites observées	<p>Plusieurs limites peuvent être observées. Les entretiens étaient guidés par un questionnaire structuré il est possible que les perceptions des demandeurs d'asile n'aient pas été pleinement développées. Il n'est pas mentionné dans l'article de quelle manière ont été enregistrés les entretiens ni si un retour aux participants a été fait. Ainsi, cela peut augmenter le risque d'erreur d'interprétation. La formation en soins culturels qui apparaît comme une recommandation dans l'article n'est pas tellement développée. En effet, son contenu n'est pas explicité.</p>	-

N°Item	Reframing resilience: Strengthening continuity of patient care to improve the mental health of immigrants and refugees	N° Page
Référence complète aux normes APA :		
<p>Wylie, L., Corrado, A. M., Edwards, N., Benlamri, M., & Murcia Monroy, D. E. (2020). Reframing resilience : Strengthening continuity of patient care to improve the mental health of immigrants and refugees. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 29(1), 6979. https://doi.org/10.1111/inm.12650</p>		
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	Lloy Wylie, Ann Marie Corrado, Nandni Edwards, Meriem Benlamri, Daniel E. Murcia Monroy.	p.69
2. Titres académiques	Lloy Wylie (BA (Bachelor), MA, PhD), Ann Marie Corrado (BHS (Bachelor's Degree Honours Specialization in Health Sciences), MSc), Nandni Edwards (BA, BHSc, MPH (Master of Public Health)), Meriem Benlamri (BScD (Bachelor's Degree), MSc, MScD (Master's Degree)), Daniel E. Murcia Monroy (BScD, MPH).	web + p. 69
	<p>Lloy Wylie :</p> <ul style="list-style-type: none"> Assistant professor in the Schulich Interfaculty Program in Public Health, appointed to Psychiatry, Pathology with a cross appointed to Anthropology at Western University <p>Ann Marie Corrado :</p> <ul style="list-style-type: none"> Acting Director, META:PHI Provincial Network at Woman's College Hospital, Toronto Senior Project Manager, Strategy and Planning, Toronto <p>Nandni Edwards :</p> <ul style="list-style-type: none"> Director, Operations and Strategy at Integrated Medical Office Services inc, Ontario <p>Meriem Benlamri:</p> <ul style="list-style-type: none"> Director, Knowledge Mobilization at Atlas Institute for Veterans and Families, Greater Ottawa Metropolitan Area <p>Daniel E. Murcia Monroy:</p> <ul style="list-style-type: none"> Measurement & Evaluation Specialist at Casey House, Credentialed Evaluator (C.E), Toronto 	web
4. Genre	Cinq femmes.	p.69
5.	Lloy Wylie :	web

Expérience et formation

- August 2012 – Present : Western University
- July 2020 – Present : Associate Professor, London, Ontario, Canada
- September 2013- June 2020 : Assistant Professor
- June 2012- August 2013 : First Nations Health Authority, Senior Advisor, Health Systems

Ann Marie Corrado :

- June 2022 - Present : Acting Director, META:PHI Provincial Network, Toronto
- September 2020-Present : Senior Project Manager, Strategy and Planning, Toronto
- March 2020 - September 2020 : Project Manager to the Senior Leadership Team, Toronto
- January 2019 - September 2020 : Innovation Spread and Scale Lead, Toronto
- November 2018 – December 2019 : Research Associate, Ontario
- September 2016 – November 2018 : Research Assistant, Ontario
- April 2018 – January 2019 : Ontario Ministry for Seniors and Accessibility Senior Policy Advisor
- May 2017 – April 2018 : Ontario Ministry of Health and Long-Term Care Policy Analyst, Ontario

Nandni Edwards :

- May 2019 – Present : Director, Operations, Strategy & Project Management, Hamilton at Integrated Medical Office Services inc
- January 2017 – December 2018 : Senior Director at BestLifeRewarded Innovations inc
- September 2016 – January 2017 : Policy Analyst – Office of the Chief Public Health Officer at Public Health Agency of Canada
- May 2016 - August 2016 : Practicum Master Student - Marketing and Creative Service Division at Health Canada
- January 2013 – July 2015 : Patient Care Manager
- January 2012 – January 2013 : Patient Care Coordinator/Education and Wellness Officer
- November 2010 – September 2011 : Registered Nurse at the Hamilton Family Health Team

Meriem Benlamri :

- January 2022 – Present : Director, Knowledge Mobilization at Atlas Institute for Veterans and Families
- January 2021 – January 2022 : Manager, Knowledge Mobilization
- April 2020 – January 2021 : Senior Knowledge Mobilization Specialist, Ottawa
- May 2019 – April 2020 : Senior Knowledge Mobilization Lead, Ottawa

	<ul style="list-style-type: none"> • October 2017 – May 2019 : Knowledge Mobilization Coordinator, Ottawa • 2014 – December 2019 : Self-employed, Knowledge Translation and Communication Consultant, Toronto • May 2017 – August 2017 : Access Alliance Multicultural Health and Community Services, Knowledge Translation Specialist – Practicum, Toronto • 2015 – 2015 (less than a year) : Knowledge Broker at Faculty of Medicine, University of Toronto • 2015 – 2015 (less than a year) : Medical Communicator, Toronto Notes • September 2013 – April 2014 : Lakehead University Student Union, MultiCultural Centre Manager, Thunder Bay <p>Daniel E. Murcia Monroy :</p> <ul style="list-style-type: none"> • March 2021 – Present Measurement & Evaluation Specialist, Casey House, Credentialed Evaluator (C.E), Toronto • May 2020 – February 2021 : Evaluator and Data Analyst • June 2019 - April 2020 : Evaluator, Ottawa • 2019 – June 2019 (less than a year) : Evaluation Lead at Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI), Ottawa • August 2017 – 2019 (2 years) : Program Evaluator, London, Canada Area • May 2017 – August 2017 : Program Evaluator - Practicum Student, London, Canada Area • August 2017 - 2019 (2 years) : Project Manager Internship, Northern Commerce • March 2016 – 2017 (1 year) : Operations Coordinator, Northern Commerce • December 2013 – March 2016 : Sales Associate, Best Buy 	
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Non mentionné.	-
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	<u>Objectif de recherche</u> : Identifier et comprendre les obstacles auxquels font face les requérants d'asile au sein du système de santé. Pour permettre une amélioration de celui-ci.	p.69-70
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Risque de biais d'enquêteur non signalé : les auteurs ont codé eux-mêmes les données.	-
Domaine 2 : conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Il s'agit d'une recherche qualitative. Des entretiens semi structurés ont été réalisés avec des professionnels de soins travaillant dans le système de santé mentale.	p.71
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage non aléatoire de type raisonné.	p.71

Échantillonnage	Les participants ont été sélectionnés dans tous les services de santé mentale ; comprenant les services d'hospitalisation, de consultations externes, et d'urgence. Aucun critère d'exclusion du point de vue des professions, de l'âge, ou de la communauté n'a été émis c'est pourquoi dans cet échantillonnage on peut retrouver un large panel de personne avec des expériences, des métiers et des métiers différents.	
11. Prise de contact	Non mentionné.	-
12. Taille de l'échantillonnage	38 participants : <ul style="list-style-type: none"> • 10 travailleurs sociaux • 7 psychiatres • 5 autres thérapeutes • 4 médecins • 4 infirmiers • 4 managers • 2 patients • 2 membres du personnel de soutien non clinique 	p.71
13. Non-participation	Non mentionné.	-
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	La recherche a été guidée par un cadre théorique critique ayant orienté le processus de recherche pour examiner les expériences de 1ère ligne des professionnels de soins (valeurs sociales, politiques, culturelles et économiques du système de santé mentale).	p.71
15. Présence de non-participants	Non mentionné.	-
16. Description de l'échantillonnage	Les données démographiques de l'échantillon : <ul style="list-style-type: none"> • Deux tiers des personnes interrogés étaient des femmes, âgées de 26 à 65 ans (moyenne : 45 ans) • 12 personnes ont déclaré être immigré ou issue d'une famille d'immigré 	p.71
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Dans cette étude les 38 participants ont participé à ces entretiens semi-structurés et a des discussions de groupe. Les entretiens ont été menés par un chercheur et un prestataire de service. Lors de ces entretiens les questions portaient sur les expériences avec les patients demandeurs d'asile, les obstacles aux services de santé mentale, la collaboration entre les différents services, les ressources, les politiques, les procédures qui vise à soutenir les services de santé mentale pour les requérants d'asile.	p.71
18. Entretiens répétés	Non mentionné.	-
19.	Non mentionné.	-

Enregistrement audio/visuel		
20. Cahier de terrain	Non mentionné.	-
21. Durée	Non mentionné.	-
22. Seuil de saturation	Ils ont achevé le processus une fois les données saturées.	p.71
23. Retour des retranscriptions	Les données transcrites des entretiens et des groupes de discussion ont été codées à l'aide d'une analyse thématique inductive sur le logiciel NVIVO 10.	p.71
Domaine 3 : analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Par l'équipe de chercheur (5 personnes).	p.71
25. Description de l'arbre de codage	Les données transcrites des entretiens et des groupes de discussion ont été codées à l'aide d'une analyse thématique inductive sur le logiciel NVIVO 10. L'équipe de recherche a ensuite regroupé les codes en thèmes généraux. Les chercheurs ont codé individuellement les transcriptions, puis ils ont discuté collectivement des codes, afin de trianguler et d'aligner l'analyse et les résultats, et de documenter leurs processus d'analyse.	p.71
26. Détermination des thèmes	<p>Les thèmes ont été déterminés lors des choix de questions pour les entretiens et discussion de groupe, qui se concentraient sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les expériences avec les patients demandeurs d'asile • Les obstacles aux services de santé mental • La collaboration entre les différents services • Les ressources, les politiques • Les procédures qui visent à soutenir les services de santé mental pour les requérants d'asile. <p>Les données obtenues ont ensuite été classées dans les catégories de thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'accès perçu aux soins • La coordination entre les prestataires de soins • Les liens entre les patients et les organisations communautaires • La planification coordonnée des soins • Les protocoles, politiques et procédures organisationnelles • Les besoins systématiques et de formation en matière de soins de santé. 	p. 72
27. Logiciel	Non mentionné.	-

<p>28. Vérification par les participants</p>	<p>Les premières analyses ont été partagées avec les prestataires de soin en santé mentale et les communautés immigrants, par l'intermédiaire des comités directeurs et consultatifs, afin d'effectuer une vérification complète auprès des membres et d'évaluer la clarté de l'analyse.</p>	<p>p.71</p>
<p>Rédaction</p>		
<p>29. Citation présentée</p>	<p>Oui, des citations ont été utilisées pour illustrer chaque thème :</p> <p>L'accès perçu aux soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un psychologue fait remarquer que <i>« nous voyons en fait beaucoup moins de patients que nous n'en avons besoin : nous voyons en fait beaucoup moins d'immigrés et de réfugiés que la proportion de la population »</i>. • Un travailleur social souligne que : <i>« Nous n'avons pas assez de services et nous devons poser ces questions critiques pour savoir comment cela se fait. Et vous savez, encore une fois, en tant que communauté... pouvons-nous nous connecter avec nos partenaires d'une meilleure façon qui leur permettrait d'avoir un meilleur accès aux services de santé mentale pour les immigrants adultes plus âgés dans la ville ? »</i>. <p>La coordination entre les prestataires de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un psychiatre travaillant avec une plus grande proportion de patients réfugiés fait remarquer qu'<i>« il n'y a nulle part où envoyer les patients une fois que leurs problèmes aigus ont été réglés" : "il n'y a nulle part où renvoyer les gens »</i>. • Un prestataire de soins de santé mentale dans un centre médical communautaire a expliqué que de nombreuses hypothèses sont émises à l'hôpital concernant les services et les ressources communautaires : <i>« J'ai reçu plusieurs fois le congé d'une personne pour des raisons de santé mentale, qui a été renvoyée au médecin de famille et au travailleur social... Personne n'a appelé pour savoir si j'étais prêt à prendre le patient, si j'avais la capacité de le prendre, quel était mon temps d'attente. C'est presque comme s'ils devaient inscrire quelque chose sur le formulaire pour dire que cette personne va quelque part »</i>. • Un ergothérapeute a fait remarquer : <i>« cela semble vraiment mal, mais une fois qu'un patient sort de l'hôpital, il n'est plus, en quelque sorte, sous notre responsabilité »</i>. • Une infirmière responsable d'un hôpital souligne : <i>« Je n'ai aucune confiance. Le système ne fait même pas confiance à chaque partie du système »</i>. <p>Les liens entre les patients et les organisations communautaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un travailleur social souligne la façon dont ces organisations améliorent les connaissances des prestataires de soins sur les contextes des patients : <i>« Ce qui se passe dans la communauté pour cette personne.... .et quelles sont les</i> 	<p>p. 72-74</p>

préférences et les façons dont cela [pourrait rendre] la famille plus à l'aise ».

- Une infirmière de santé mentale a exprimé que les occasions de créer des liens sont souvent perdues : *« qui était très engagé auprès de l'ESL et du centre communautaire interculturel. Mais il n'a pas établi de lien avec nous et nous ne le savions pas. Nous avons donc manqué une grande partie de ce lien ».*
- Un responsable en psychiatrie fait remarquer : *« Je pense qu'ils sont bien connectés à leur communauté et qu'ils me parlent souvent de ressources dont je n'avais pas entendu parler. Pour ce qui est de les attirer activement vers les soins, je pense que c'est parfois un défi parce que cela prend du temps et nécessite une coordination ».*
- Un travailleur social déclare : *« il incombe au [patient] de trouver ses propres ressources et de s'orienter lui-même ».*

La planification coordonnée des soins :

- Un psychiatre explique : *« Pour naviguer et faire le tri, il y a trop de partenaires, trop de silos, trop de gens... C'est un voyage déroutant. D'un programme à l'autre, d'un programme à l'autre, d'un programme avec des critères différents. A cela s'ajoute le manque de ressources en général. Qu'arriverait-il à cette population, qui est déjà vulnérable, à cause du manque de soutien ou peut-être de communication ou parce qu'elle a du mal à comprendre certaines attentes que le système a pour elle, n'est-ce pas ? ».*
- Un professionnel de la santé fait remarquer que *« Parfois, cela fonctionne. Il y a un patient commun entre le psychiatre et le médecin de famille et j'ai eu l'impression que ce psychiatre était très accessible ».*
- Selon un responsable en psychiatrie : *« Je peux travailler dans le contexte de l'équipe de santé familiale. Ils connaissent généralement le patient, la famille, souvent la famille élargie, selon les cas. Je sais qu'il y a eu beaucoup de recherches sur... l'efficacité des soins collaboratifs, par exemple pour la dépression. Mais je ne sais pas s'ils ont beaucoup travaillé sur l'aspect culturel de la question. Ils ont étudié ce travail de soins collaboratifs au sein de certains groupes minoritaires ou groupes à haut risque. Je pense que cela s'est avéré efficace ».*
- Un ergothérapeute ayant des compétences en matière de travail transculturel explique : *« je fais généralement une recherche sur Google lorsque j'ai un patient et que moi et le travailleur social essayons de trouver des ressources pour ce patient ».*
- Une infirmière de santé mentale exprime : *« Il faut que ces services se parlent et nous parlent, vous savez, qu'ils travaillent ensemble ».*

Les protocoles, politiques et procédures organisationnelles :

- *« Si le travailleur social n'est pas là et que c'est l'infirmière responsable qui s'occupe de la famille à ce moment-là, elle a*

tellement de responsabilités... elle n'a pas la même capacité de s'asseoir et de parler et de dire "d'accord, de quoi avez-vous besoin ? ».

- *Un travailleur social souligne : « la population à laquelle nous avons affaire est marginalisée, transitoire et si difficile à contacter une fois qu'elle a quitté le service... si nous ne pouvons pas... les mettre en contact pendant qu'ils sont là, il peut être très difficile d'essayer de les mettre en contact avec les ressources ».*
- *Une infirmière gestionnaire de cas déclare que : « notre programme est merveilleux ici, mais s'ils ne parlent pas anglais, c'est perdu d'avance. Ils ne peuvent vraiment pas offrir une thérapie intensive à quelqu'un qui ne parle pas la langue. Et les trois quarts de nos immigrants arrivent avec des traumatismes ».*

Les besoins systématiques et de formation en matière de soins de santé :

- *Une infirmière déclare : « j'ai besoin de le faire sur mon temps libre... parfois nos vies le permettent ou ne le permettent pas ».*
- *Un psychologue souligne le manque de preuve des formations aux compétences culturelles : « rien ne prouve que ce type de formation ait un impact durable. ... ces choses doivent être des campagnes constantes, continues et pluriannuelles ; il faut donc mettre l'accent sur de multiples aspects afin de mettre en œuvre un quelconque changement ».*
- *Une infirmière gestionnaire de cas déclare que l'hôpital « est une zone très occupée, un environnement très actif, vous savez, dans lequel ils entrent. Il faudrait peut-être prévoir une zone séparée, moins stimulante, plus isolée... disposer d'une sorte d'espace plus sensible à leurs besoins.... Je veux dire que nous avons beaucoup de traumatismes dans notre propre culture, mais ce sont des traumatismes très spécialisés, spécifiques, que les gens n'ont pas, vous savez. J'ai un patient dans ma tête qui n'arrête pas - il est arrivé au Canada de Syrie et avait une entreprise très prospère. Tout d'un coup, le traumatisme le frappe et, bien sûr, la Syrie est en pleine guerre. Il regarde toutes ces choses à la télévision, ce qui le traumatise encore plus. Des membres de sa famille sont tués. Il arrive, ne se souvient pas comment il est arrivé ici. Vous savez, il a été retenu en captivité pendant longtemps, prisonnier de guerre. La sécurité entre. Il passe par le toit. La porte doit être ouverte pendant l'entretien. Il surveille constamment la porte. On ne peut pas mener un entretien avec succès de cette manière ».*
- *Un travailleur social note que les hôpitaux « vivent indépendamment du reste de la communauté... nous ne savons pas nécessairement ce qu'ils font à l'extérieur et ils ne savent pas nécessairement ce que nous faisons ici ».*
- *Une infirmière de santé mentale recommande une approche proactive pour assurer la résilience du système de santé dans des circonstances difficiles : « nous sommes vraiment - et ce n'est pas une surprise - une société réactive. Et ce serait vraiment bien si, même à partir de vos recherches ou de ce qui va suivre, les gens commençaient à se réveiller et à adopter*

	<p><i>une approche plus proactive. En poussant et en plaidant pour une meilleure compréhension de la culture, de l'immigration et de ces défis. Nous sommes presque obligés de présenter les choses sous l'angle de l'argent et des ressources, donc de la responsabilité. Quels sont les principaux problèmes de responsabilité liés à l'absence de formation du personnel ? Qu'est-ce que l'hôpital pourrait perdre si nous n'organisons pas cette formation ? ».</i></p>	
<p>30. Cohérence des données et des résultats</p>	<p>L'accès perçu aux soins : Les personnes interrogées ont convenu que le nombre de personnes accédant aux soins était inférieur aux besoins. De nombreux participants ont suggéré que cette lacune était due à une série de défis comme le soutien culturel limiter, les barrières linguistiques, la stigmatisation et les différences dans la compréhension de la santé mentale, les défis dans l'orientation dans le système de santé mentale et le manque de mécanismes organisationnels ou de politiques pour identifier les besoins.</p> <p>La coordination entre les prestataires de soins : Plusieurs répondants ont noté que la coordination des soins entre les prestataires de soins est touchée par un manque de clarté concernant les responsabilités et les ressources disponibles entre les différentes professions, les services et les lieux de soins. Les prestataires de soins de santé qui travaillent dans les hôpitaux ont du mal à orienter les patients une fois que leurs problèmes aigus ont été traités. Ces lacunes amènent le personnel hospitalier à renvoyer les patients sans les mettre en relation avec leurs homologues de santé communautaires, compromettant la continuité des soins. Le manque de conscience, de communication, de confiance et de clarté concernant les responsabilités sont les symptômes d'un système de santé fonctionnant en silos. Ces défis ont un impact conséquent sur les populations vulnérables.</p> <p>Les liens entre les patients et les organisations communautaires : De nombreux participants ont noté que les organisations communautaires sont une ressource importante pour les réfugiés. Les liens entre les patients et ces organisations sont précieux pour permettre la résilience du système et des prestataires.</p> <p>La planification coordonnée des soins : Les personnes interrogées ont indiqué que les relations interpersonnelles positives entre les prestataires, les patients et les représentants des organisations communautaires facilitent la continuité des soins aux patients. Bien que les processus informels de coordination de soins se montrent efficaces, ils ne garantissent pas le suivi, pourtant nécessaire. La formalisation des processus de coordination favoriserait des transitions plus efficaces.</p> <p>Les protocoles, politiques et procédures organisationnelles : Les deux préoccupations principales liées aux protocoles, politiques et procédures organisationnelles au sein du système de soins aigus sont l'accès au travail social et les systèmes d'orientations vers les organismes communautaires. Les travailleurs sociaux et les infirmières connaissent mieux les ressources disponibles pour les réfugiés mais leurs services ne sont pas toujours disponibles. Ainsi,</p>	<p>p. 72-74</p>

	<p>cela ajoute de la pression pour les autres professionnels de la santé. Il y a des occasions manquées de répondre aux besoins des patients lorsque ces derniers ne présentent pas de symptômes évidents. De plus, les professionnels de la santé ne connaissent pas toujours les politiques ou les protocoles organisationnels pour répondre aux besoins de cette population.</p> <p>Les besoins systématiques et de formation en matière de soins de santé : Les professionnels de la santé ont reconnu qu'il y avait des lacunes et ont fait des recommandations afin d'améliorer la continuité des soins auprès des réfugiés. Certains suggèrent d'améliorer la formation aux soins transculturels alors que d'autres expriment le manque de temps pour la formation. Bien que les répondants reconnaissant les limites de la formation actuelle, la plupart sont d'accord sur le fait qu'il faudrait améliorer cette formation et d'établir des normes pour la prestation de soins de santé mentale pour les réfugiés.</p>	
31. Clarté des thèmes principaux	<p>Oui, les résultats ont été classés selon 6 thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'accès perçu aux soins • La coordination entre les prestataires de soins • Les liens entre les patients et les organisations communautaires • La planification coordonnée des soins • Les protocoles, politiques et procédures organisationnelles • Les besoins systématiques et de formation en matière de soins de santé 	p. 72-74
32. Clarté des thèmes secondaires	Les résultats ne présentent pas de thèmes secondaires.	-
33. Limites mentionnées par les acteurs	Non mentionnés.	-
34. Limites observées	<p>L'article n'est pas clair au sujet des thèmes ou questions abordées lors des discussions de groupe. Il n'est pas clairement explicité si les sujets abordés étaient les mêmes que lors des entretiens semi-structurés. L'article ne mentionne aucune limite.</p> <p>L'article a pour but d'identifier les obstacles auxquels font face les requérants d'asile mais il ne s'intéresse pas au point de vue de cette population. Il s'intéresse seulement à celui des professionnels.</p>	-

N°Item	Cultural competence in practice: the example of the community nursing care of asylum applicants in Scotland	N° page
Référence complète aux normes APA :		
Quickfall, J. (2014). <i>Cultural competence in practice : The example of the community nursing care of asylum applicants in Scotland</i> . 11(3). https://doi.org/10.21767/2049-5471.100013		
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	Quickfall Julia.	p.247
2. Titres académiques	Quickfall Julia (BA).	p.247
3. Activité	Quickfall Julia : <ul style="list-style-type: none"> Formerly Nurse Director, The Queen's Nursing Institute, Scotland 	p.247
4. Genre	Une femme.	web
5. Expérience et formation	Non mentionné.	-
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Non mentionné.	-
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	<u>Objectif de recherche</u> : Établir les principes sous-jacents de la compétence culturelle et découvrir comment les infirmières travaillant en santé communautaire appliquent les compétences culturelles dans leur profession auprès des demandeurs d'asile à Glasgow.	p.250
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Risque de biais d'enquêteur non signalé : l'auteur a mené elle-même les entretiens et les observations. Risque de biais de résultats non signalé : l'auteur n'a pas mentionné un retour aux participants.	p.250
Domaine 2 : conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Il s'agit d'une étude qualitative ethnographique. Les données ont été recueillies auprès de 39 demandeurs d'asile et 21 professionnels par des observations, des entretiens individuels semi-structurés (en face à face) et des groupes de discussion. Les données ont été analysées selon leur contenu catégoriel.	p.247
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Le type d'échantillonnage n'est pas mentionné dans l'article, mais nous pouvons supposer qu'il s'agit d'un échantillonnage de convenance. Les critères d'inclusion sont les suivants :	p.250

	<ul style="list-style-type: none"> • Les demandeurs d'asile doivent représenter des cas types que peuvent prendre en soins les infirmières en santé communautaire ou faisant partie de la classe ESOL • Les professionnels sont des : médecins, visiteurs, infirmiers (familial, puéricultrice, praticienne), auxiliaire de santé et assistante administrative. 	
11. Prise de contact	Non mentionné.	-
12. Taille de l'échantillonnage	60 participants dont 39 demandeurs d'asile et 21 professionnels de santé.	p.250
13. Non-participation	Non mentionné.	-
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	L'auteur se base sur le modèle de Papadopoulos permettant le développement des compétences culturelles en cinq étapes. Ce modèle inclut la considération institutionnelle, la conscience culturelle, la sensibilité culturelle, la connaissance culturelles, compétence culturelle.	p.248-249
15. Présence de non-participants	Non mentionné.	-
16. Description de l'échantillonnage	<p>39 demandeurs d'asile :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 27 représentent des cas types que peuvent prendre en soins les infirmières travaillant en santé communautaire • 12 font partie de la classe ESOL (English for Speakers of Other Languages) <p>21 professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 médecins généralistes • 8 visiteurs de santé • 1 infirmière familiale • 4 infirmières • 1 infirmière praticienne • 1 infirmière puéricultrice • 2 auxiliaires de santé • 1 assistante administrative 	p.250
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	<p>L'auteur a elle-même réalisé la collecte des données. Elle a réalisé 25 séances d'observation entre les 21 professionnels et les 39 demandeurs d'asile. Après chaque observation, un ou plusieurs entretiens avec chaque professionnel se réalisait, avec la présence d'un interprète si besoin.</p> <p>Les données d'observation ont été enregistrées manuellement alors que les notes de terrain ont été rédigées électroniquement dans les 24h afin de réduire des erreurs de la part de l'auteur.</p>	p.250
18.	Non mentionné.	-

Entretiens répétés		
19. Enregistrement audio/visuel	L'auteur explique qu'elle a préféré enregistrer les données d'observation manuellement car les demandeurs d'asile étant méfiants de l'autorité n'auraient pas accepté l'enregistrement audio.	p.250
20. Cahier de terrain	Non mentionné.	-
21. Durée	Non mentionné.	-
22. Seuil de saturation	Non mentionné.	-
23. Retour des retranscriptions	Non mentionné.	-
Domaine 3 : analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	L'auteur a codé les données.	p.250
25. Description de l'arbre de codage	L'arbre de codage n'a pas été décrit. L'analyse des données a été réalisée tout au long de l'étude pour identifier et étudier les thèmes émergents. Le modèle en cinq étapes a ensuite permis de fournir un cadre pour examiner les résultats et identifier les défis de la prestation de soins infirmiers aux demandeurs d'asile.	p.250
26. Détermination des thèmes	Les résultats de l'étude ont été mis en lien avec le modèle en cinq étapes, permettant de faire ressortir les thèmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Considération institutionnelle • Conscience culturelle • Sensibilité culturelle • Connaissances culturelles 	p.250-252
27. Logiciel	Non mentionné.	-
28. Vérification par les participants	Non mentionné.	-
Rédaction		
29. Citation présentée	Considération institutionnelle : <ul style="list-style-type: none"> • June, un professionnel (visiteur de santé) a évalué la charge de travail : <i>“La visite [d'aujourd'hui]... à durer une heure, un interprète ayant été utilisé. Elle n'aurait normalement duré qu'une demi-heure pour un membre de la population indigène.”</i> • <i>“ L'intégration de tous les demandeurs d'asile dans les services généraux nécessite un modèle de visite médicale plus</i> 	p.250-252

compétent sur le plan culturel afin de mettre en place des services non discriminatoires et une formation supplémentaire pour transmettre les connaissances et les compétences nécessaires. “

Conscience culturelle :

- Cynthia, une professionnelle (visiteur de santé), met en avant l'importance de prodiguer des soins centrés sur la personne : *“J’essaie de rencontrer mes clients à mi-chemin. J’essaie de sentir les choses et de demander aux clients comment ils résoudraient normalement cela à la maison.”*
- Cynthia donne un conseil aux parents de Hasan un enfant atteint de cancer du sein et qui présente des difficultés à se coucher le soir : *“ Vous devez donner à Hasan une routine plus ferme à l’heure du coucher. Cela lui donnera confiance et lui permettra de s’adapter plus facilement à l’école.”*

Sensibilité culturelle :

- Un demandeur d’asile a souligné l’importance de la communication non verbale : *“ Même si les opérateurs du service NHS 24 peuvent accéder à un service de ligne linguistique avec interprète, il est difficile d’utiliser les services téléphoniques sans les signaux non verbaux”*
- Une infirmière affirme : *“Je demande un interprète lorsque je crains que le mari ne puisse filtrer la conversation pour sa femme.”*
- L’auteure a observé Cathy, une aide-soignante expliquer au patient comment appliquer de la crème sur des zones sèches de la peau et dire : *“Voilà ce qu’il faut faire”*.
- Une infirmière affirme : *“J’utilise les mots et des phrases clés pour simplifier le message. L’interprète ne comprend pas toujours le message si j’utilise des phrases complexes”*.

Connaissances culturelles :

- Un demandeur d’asile s’exprime et dit : *“Je ne pense pas trop aux choses sinon j’ai l’impression que ma tête explose”*.
- Wilma, une demandeuse d’asile âgée de 35 ans a parlé d’un incident qui l’a fait pleurer. Elle faisait ses courses et quelqu’un s’est permis de placer ses courses devant les siennes, Wilma a dit : *“Excusez-moi, mais il y a une file d’attente”* et la personne était ivre et lui a répondu : *“Vous n’êtes qu’un demandeur d’asile et vous n’avez pas le droit d’être ici”*.
- Cynthia, le visiteur de santé, citée tout à l’heure déclare : *“L’un des problèmes courants de protection de l’enfance que j’ai rencontrés est celui de laisser les enfants seuls à la maison. Par exemple, une femme afghane avait laissé ses deux enfants, âgés de cinq ans et de trois ans, seuls dans l’appartement pendant qu’elle allait faire des courses. Lors de ma visite, les enfants m’ont invitée à entrer dans l’appartement. J’ai attendu avec eux que leur mère vienne et je leur ai expliqué que, bien que cela puisse se faire en toute sécurité en Afghanistan, les parents britanniques ne sont pas autorisés à laisser leurs enfants*

	<i>seuls à la maison. La mère a compris les dangers et a accepté de prendre des dispositions appropriées pour la garde de ses enfants à l'avenir".</i>	
30. Cohérence des données et des résultats	<p>Considération institutionnelle : Le fait de promouvoir un accès équitable aux soins primaires au Royaume-Uni, pour les demandeurs d'asile engendre un cout, généré par les services d'aides linguistiques et les consultations prolongées. Pour limiter cela, des soins de santé primaire et des services spécialisés ont été mis en place. Afin d'intégrer les demandeurs d'asile dans les services de soins généraux, les professionnels se doivent de développer des compétences culturelles.</p> <p>Conscience culturelle : Les compétences de sensibilisation culturelle dans la pratique infirmière nécessite le développement de relations interpersonnelles afin de prendre en considération les croyances et les valeurs du patient en termes de santé. Les infirmières ont souvent relaté que les demandeurs d'asile se méfiaient des personnes en position d'autorité. Ainsi, le fait de discuter avec eux de leur parcours de vie a permis de créer une relation de confiance.</p> <p>Sensibilité culturelle : La sensibilité culturelle demande de développer des compétences en termes de communication (verbale et non-verbale). En l'absence d'un interprète, les professionnels peuvent tenter de mimer pour pallier les barrières linguistiques. De plus, faire appel à un interprète engendre un cout supplémentaire et peut mettre du temps à organiser. Les membres de la famille peuvent également faire office d'interprète mais cela représente un risque car les éléments traduits peuvent être modifiés par la personne.</p> <p>Connaissances culturelles : Les demandeurs d'asile sont souvent soumis à un niveau de stress élevé en lien avec leur histoire de vie. Cela peut être nuisible pour leur santé psychologique sur du long terme. Les demandeurs d'asile ont souvent exprimé avoir subi des attitudes racistes de la part de la population. Ainsi, le processus d'adaptation peut être complexe et prendre du temps.</p>	p.250-252
31. Clarté des thèmes principaux	<p>Oui les résultats sont classés selon les thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considération institutionnelle • Conscience culturelle • Sensibilité culturelle • Connaissances culturelles 	p.250-252
32. Clarté des thèmes secondaires	Non mentionné.	-
33. Limites mentionnées par les acteurs	<p>L'étude présente les limites suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au transfert des résultats de l'étude car elle a été réalisée dans une seule région de l'Ecosse, le Glasgow • Glasgow est la seule ville qui accueillait les demandeurs d'asile à cette époque 	p.250
34. Limites observées	L'auteur n'est pas explicite concernant les sujets abordés lors des entretiens.	-

	<p>Les entretiens ont été enregistrés manuellement. Ainsi, il est possible que les données présentées ne soient pas tout à fait identiques à ce qui a été mentionné par les participants. La taille de l'échantillon est faible.</p>	
--	--	--

N°Item	Association between post-traumatic stress symptoms and functional health among internally displaced people in Myanmar	N° Page
Référence complète aux normes APA :		
Kim, G.-U., Jung, E., Shim, M.-S., & Kim, G. S. (2022). Association between post-traumatic stress symptoms and functional health among internally displaced people in Myanmar. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 29(4), 555-567. https://doi.org/10.1111/jpm.12837		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	Go-Un Kim, Eunyoung Jung, Mi-So Shim, Gwang Suk Kim.	p. 555
2. Titres académiques	Non mentionné.	-
3. Activité	Go-Un Kim : <ul style="list-style-type: none"> Assistant Professor at College of Nursing, Inje University, Busan, South Korea Eunyoung Jung : <ul style="list-style-type: none"> Korea Armed Forces Nursing Academy, Deajeon, South Korea Mi-So Shim : <ul style="list-style-type: none"> College of Nursing, Yonsei University, Seoul, South Korea Gwang Suk Kim : <ul style="list-style-type: none"> Mo-Im Kim Nursing Research Institute Yonsei University, Seoul, South Korea 	p. 555 + web
4. Genre	Inconnu.	-
5. Expérience et formation	Non mentionné.	-
Analyse STROBE		
6. Résumé	<p>Les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays [PDI] par la contrainte, les symptômes de stress post-traumatique sont très fréquents.</p> <p>L'objectif de cette étude est d'étudier les symptômes de traumatisme et la santé fonctionnelle des PDI déplacés au Myanmar et d'identifier les facteurs associés à leur santé fonctionnelle en fonction de la présence ou de l'absence de symptômes de stress post-traumatique.</p> <p>Il s'agit d'une étude transversale concernant 201 PDI, ayant répondu à un questionnaire sur la santé fonctionnelle, le syndrome de stress post-traumatique, la résilience, le soutien social et l'espoir.</p> <p>Concernant les résultats, 1/3 des participants souffraient du syndrome de stress post-traumatique avec de faibles scores de santé fonctionnelle. Plus la résilience est grande, meilleure est la santé fonctionnelle. Plus le PTSS des participants était élevé, plus leur santé</p>	p. 555-556

	fonctionnelle était mauvaise. Il y avait une interaction significative entre la résilience et le syndrome de stress post-traumatique.	
Introduction		
7. Contexte/justification	Les PDI sont confrontées à des défis physiques, psychologiques et sociaux aussi graves que ceux auxquels sont confrontés les réfugiés. Plusieurs études ont montré que la résilience, le soutien social et l'espoir affectent l'état de santé des PDI de manière indépendante mais très peu ont examiné l'association entre ces variables et les TSPT. Les auteurs mettent en avant qu'il est nécessaire d'élargir les connaissances en explorant les effets d'interaction des variables sur la santé des PDI. Ainsi, la littérature existante est insuffisante pour déterminer les services de santé nécessaires dans les camps de DPI.	p.556-557
8. Objectifs	Les objectifs de l'étude sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l'association entre les symptômes de stress post-traumatique et la santé fonctionnelle chez les PDI au Myanmar (plus particulièrement, chercher à savoir si un taux élevé de TSPT altère de manière plus importante la santé fonctionnelle) • Identifier les facteurs associés à la santé fonctionnelle (résilience, soutien social, espoir) en fonction de la présence ou l'absence de symptômes de stress post-traumatique (déterminer si les PDI souffrant de TSPT ont une santé fonctionnelle plus altérée par rapport aux PDI ne souffrant pas de TSPT) 	p.557
Méthode		
9. Conception de l'étude	Cette étude a adopté une conception transversale. Les participants ont été recrutés par le biais d'un échantillonnage de commodité.	p.557
10. Contexte	Les données ont été collectées entre avril et juin 2019 dans trois centres de PDI de l'état de Kachin. Les PDI de l'état de Kachin ont vécu des événements traumatisants dus aux conflits armés et à la violence. Ainsi, la population cible a été considérée comme appropriée pour cette étude.	p.557
11. Population	Les critères d'inclusion sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Âge de 19 à 65 ans • Être en mesure de comprendre l'étude et de répondre aux questions de l'enquête • Être en mesure de consentir volontairement à participer Les critères d'exclusion sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> • L'impossibilité de répondre en raison d'une maladie mentale grave • Analphabétisme 	p.557
12. Variables	Les indicateurs de résultats sont : <ul style="list-style-type: none"> • La santé fonctionnelle • Le TSPT • La résilience • Le soutien social • L'espoir 	p.558-559
13. Sources de données/mesures	La santé fonctionnelle : mesurée à l'aide du Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST) Les TSPT : évalués à l'aide de l'échelle Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)	p.558-559

	<p>La résilience : mesurée avec l'échelle de résilience Connor-Davidson Resilience Scale 25 (CD-RISC)</p> <p>Soutien social : évalué avec le Berlin Social Support Scales (BSSS)</p> <p>Espoir : évalué en additionnant les scores des sous échelles de la Trait and State Hope Scales</p>	
14. Biais	Risque de biais de résultat non mentionné : les participants peuvent avoir répondu au questionnaire de manière à donner des réponses socialement attendues.	-
15. Taille de l'étude	Le nombre de participants nécessaire afin d'augmenter la fiabilité de l'étude a été pris en compte, il s'agissait de 118. Ainsi, 300 personnes ont été recrutées pour l'étude, en supposant un taux d'abandon de 60%.	p. 557
16. Variables quantitatives	<p>La santé fonctionnelle : 58 questions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Élimination : 2 questions • Perception de la santé/gestion de la santé : 13 questions • Cognition/perception : 8 questions • Stress/coping : 8 questions • Rôle/relation : 8 questions • Activité/exercice : 4 questions • Perception de soi/concept de soi : 7 questions • Sommeil/repos : 2 questions • Sexualité/reproduction : 2 questions • Valeurs/croyances : 2 questions • Nutrition/métabolisme : 4 questions <p>TSPT : 16 questions</p> <p>Résilience : 25 questions</p> <p>Soutien social : 17 questions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutien social perçu : 8 questions • Besoin de soutien : 4 questions • Recherche de soutien : 5 questions <p>Espoir :</p> <p>Traits d'espoir : 12 questions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réflexion sur les voies à suivre : 4 questions • Organisation des pensées : 4 questions • Remplissage servant de distracteurs : 4 questions <p>Statut de l'espoir : 6 questions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réflexion sur les voies à suivre : 3 questions • Organisation des pensées : 3 questions 	p. 558-559
17. Analyses statistiques	Une analyse de régression linéaire multiple a été réalisée pour prédire la santé fonctionnelle en fonction de l'état de TSPT : Les données démographiques (âge, niveau d'éducation, type d'exposition au traumatisme, résilience, soutien social, espoir, résilience	p.559-560

	<p>et TSPT, soutien social et TSPT, espoir et TSPT ont été introduits dans le modèle.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La régression pour la santé fonctionnelle était significative (F : 18.20, P <0.001) • La résilience était associée à l'amélioration des niveaux de santé fonctionnelle • Le TSPT était associé à une réduction des niveaux de santé fonctionnelle • L'interaction entre la résilience et le TSPT avait un effet négatif sur la santé fonctionnelle (B : -0.32, P <0.001) • La relation d'influence entre la santé fonctionnelle et la résilience était plus forte que celle entre la santé fonctionnelle et la résilience dans le cas d'un faible PTSS que dans le cas d'un TSPT élevé • L'espoir n'était pas significatif dans le modèle de régression, mais son interaction avec le TSPT était significative <p>Une analyse a également été faite pour les 2 modèles (le groupe ayant un TSPT et celui sans TSPT).</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'espoir était associé à l'amélioration de la santé fonctionnelle dans le modèle de régression du groupe PTSS (B : 0.16, P <0.001) 	
Résultats		
<p>18. Population</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 300 personnes ont été initialement recrutées pour l'étude, dans trois camps de réfugiés différents. • 16 participants ont été exclus par leur âge et 83 ont été éliminés car les questionnaires comportaient des réponses vides ou des données manquantes. • Il y a au total 201 participants restants (109 hommes et 92 femmes) provenant de 3 camps différents : <ul style="list-style-type: none"> - 59 (29 hommes, 30 femmes) - 67 (32 hommes, 35 femmes) - 75 (48 hommes, 27 femmes) 	<p>p.557-558</p>
<p>19. Données descriptives</p>	<p>Les données démographiques de l'échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Âge moyen : 36,9 ans (de 20-65 ans) • 32,8% des participants avaient un revenu actuel provenant de l'agriculture, de l'élevage, de la production et de la vente temporaire • Adeptes d'une croyance religieuse : <ul style="list-style-type: none"> - 87,1% chrétiens - 2% catholiques - 0,5% bouddhistes - 2,4% autres • 33,8% des participants ont déclaré avoir des maladies chroniques : <ul style="list-style-type: none"> - 13,9% maladies articulaires dégénératives - 11,4% maladies psychiatriques - 10,9% maladies gynécologiques - 10,9% maladies cardiovasculaires et urinaires 	<p>p.559-560</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - 10% maladies endocriniennes - 4,5% cancer • 79,8% des participants sont arrivés directement dans le camp mais 6,4% des participants ont mis plus d'un an à entrer dans le camp • 70,6% des participants ont subi des persécutions et traumatismes de guerre après 18 ans • 29,4% des participants ont subi des persécutions et traumatismes de guerre avant 18 ans 	
20. Données obtenues	Mentionné dans les principaux résultats.	p.559-560
21. Principaux résultats	<p>La santé fonctionnelle : mesurée à l'aide du Functional Health Pattern (FHPAST) par 57 questions. Elles ont été évaluées sur une échelle de Likert en 4 points allant de 1 : jamais à 4 : systématiquement. Le score total est une moyenne de toutes les questions, 3 étant considéré comme le seuil indiquant un niveau sain de santé fonctionnelle.</p> <p><u>Résultats</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le score moyen de la santé fonctionnelle était de 2.67 points, inférieur au seuil de 3 : les PDI sont donc vulnérables • Le score du sommeil et du repos a été évalué faible <p>PTSD : mesurée avec l'échelle Harvard Trauma Questionnaire (HTG) par 16 questions basées sur la semaine précédant l'enquête. Elles ont été évaluées sur une échelle de Likert en 4 points allant de 0 : pas du tout / 2 : un peu / 3 : assez / 4 : extrêmement. Le score total est une moyenne. Les valeurs de 2.5 ou plus indiquent une forte probabilité de syndrome de stress post traumatique.</p> <p><u>Résultats</u> :</p> <p>Sur les 201 participants 75 souffrent de PTSD.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 39 femmes et 36 hommes • 55 mariés et 20 célibataires-séparé-veuf-divorcé • 53 étant au collège ou aux niveaux inférieurs d'éducation et 22 au lycée ou aux niveaux supérieurs niveaux d'éducation • 67 ont une croyance religieuse et 8 n'ont pas de croyance religieuse • 18 travaillent et 57 ne travaillent pas • 30 sont malades et 45 sont en bonne santé • 14 ont été exposés à des traumatismes avant l'âge de 18 ans et 61 à l'âge de 18 ans ou plus <p>Sur les 201 participants 126 ne souffrent pas de TSPT.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 53 femmes et 73 hommes • 76 mariés et 50 célibataires-séparé-veuf-divorcé • 71 étant au collège ou aux niveaux inférieurs d'éducation et 55 au lycée ou aux niveaux supérieurs niveaux d'éducation 	p.558-559

- 118 ont une croyance religieuse et 8 n'ont pas de croyance religieuse
- 48 travaillent et 78 ne travaillent pas
- 38 sont malades et 88 sont en bonne santé
- 45 ont été exposés à des traumatismes avant l'âge de 18 ans et 81 à l'âge de 18 ans ou plus
- 37.3% des PDI souffrent de TSPT
- Les PDI déclarent avoir des symptômes tels que l'intrusion, l'évitement, des altérations cognitives et de l'humeur et une altération de l'éveil et de la réactivité
- 24.9% des participants ont vécu des conflits armés et de la violence avant l'âge de 18 ans

Résilience : mesurée avec l'échelle Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) par 25 questions basées sur les sentiments des participants au cours du dernier mois.

Elles ont été évaluées sur une échelle de Likert en 5 points allant de 0 : pas du tout vrai à 4 : vrai presque tout le temps.

Le score plus élevé correspond à un niveau de résilience plus élevé.

Résultats :

- La résilience est significativement associée à la santé fonctionnelle pour le groupe souffrant de TSPT
- L'apparition d'un traumatisme est plus présente chez les femmes, les jeunes adultes, les personnes ayant vécu plusieurs événements traumatisants et les personnes ayant une faible estime de soi
- Les PDI sont fiers d'eux et ont confiance en eux dans leurs choix
- Les PDI se sous-estiment concernant les facteurs de rétablissement suite à une maladie ou blessure et à leurs gestions des émotions

Soutient social : mesuré avec la Berlin Social Support Scales (BSSS) par 17 questions.

Elles ont été évaluées sur une échelle de Likert en 4 points allant de 1 : pas du tout d'accord à 4 : tout à fait d'accord.

Des scores élevés indiquent des niveaux de soutien social plus élevés.

Résultats :

- Le soutien social n'est pas significatif en ce qui concerne la santé fonctionnelle
- Les PDI nécessitent des besoins : l'aide financière, le logement, la sécurité alimentaire, les soins médicaux, les vêtements, le travail et l'éducation des enfants
- Le besoin de soutien et la recherche de soutien étaient significativement différents entre les PDI souffrant de TSPT et les PDI ne souffrant pas de TSPT

Espoir : évalué en additionnant les scores de l'échelle des traits de l'espoir et de l'échelle de l'espoir.

	<p>L'échelle des traits de l'espoir se compose de 12 questions. Elles ont été évaluées sur une échelle de Likert en 4 points allant de 1 : absolument faux à 4 : absolument vrai.</p> <p>L'échelle de l'espoir se compose de 6 questions. Elles ont été évaluées sur une échelle de Likert en 8 points allant de 1 : tout é fait faux à 8 : tout à fait vrai.</p> <p>Des scores plus élevés indiquent des niveaux d'espoir plus élevés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'espoir est un facteur protecteur et est positivement associé à la santé fonctionnelle • Les PDI trouvent important de se concentrer sur l'avenir et de penser positivement • Les PDI choisissent la meilleure option par une réflexion volontaire et ne se soucient pas des obstacles 	
22. Autres analyses	Non mentionné	-
Discussion		
23. Résultats clés	<p>Sur la base des caractéristiques liées au déplacement des différences significatives ont été observées entre les participants avec et sans symptômes de stress post-traumatique.</p> <p>Des différences significatives ont été observées sur le plan de la santé fonctionnelle entre les groupes avec symptômes de stress post-traumatique et le groupe sans symptômes (perception et la gestion de la santé, le stress et l'adaptation, la perception et l'image de soi, le sommeil et le repos, traumatisme).</p> <p>La santé fonctionnelle était significativement corrélée à la résilience, au soutien social, à l'espoir et au syndrome de stress post-traumatique.</p> <p>Une analyse de régression linéaire multiple a été réalisée afin de prédire la santé fonctionnelle en fonction du taux de PTST, elle met en avant que : la résilience améliore le niveau de santé fonctionnelle et que les symptômes de stress post-traumatique diminuent la résilience.</p> <p>L'influence entre la santé fonctionnelle et la résilience dans le TSPT bas est plus forte que celle entre la santé fonctionnelle et la résilience dans le TSPT élevé, et la résilience améliore la santé fonctionnelle.</p>	p.559-560
24. Limitations	<p>Cette étude présente plusieurs limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les causes des TSPT et la fréquence d'exposition aux événements traumatiques (autres que les conflits armés et la violence) n'ont pas été étudiés. • Certaines données concernant la santé fonctionnelle liée à la sexualité et la reproduction étaient manquantes, c'est pourquoi il est important de prendre en compte les caractéristiques culturelles du Myanmar. • Il est difficile de confirmer les relations de cause à effet entre la santé fonctionnelle et d'autres variables en raison de la conception transversale de l'étude nécessitant une recherche longitudinale. • Un biais sélectif a pu affecter les résultats car les participant ont été sélectionnés à l'aide d'un échantillonnage de commodité dans des camps de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays dans certaines régions du Myanmar. 	p.564

	<ul style="list-style-type: none"> • Étant donné que les valeurs de cohérence interne des sous-échelles de l'instrument de mesure de la santé fonctionnelle et de l'instrument de mesure du soutien social n'étaient pas satisfaisantes, les recherches futures devront utiliser ces outils après avoir établi la fiabilité des sous-échelles, y compris l'ajout de questions pour s'assurer que la cohérence interne est examinée de manière adéquate. • Cette étude a impliqué des personnes ayant vécu un traumatisme. • L'étude ne traite pas de l'impact de la pauvreté et l'accès limité aux services de soins et d'aide sociale sur la santé fonctionnelle des PDI. 	
25. Interprétation	Non mentionné.	-
26. « Généralisabilité »	Les résultats de l'étude amènent des suggestions d'intervention systématiques et spécifiques potentielles pour améliorer la santé fonctionnelle.	p.564
Autre information		
27. Financement	Cette recherche a été soutenue par le projet Brain Korea 21 FOUR, financé par la Fondation national de la recherche de Corée et par l'école d'infirmières de l'Université de Yonsei.	p.564-565

N°Item	Nursing students' experiences with refugees with mental health problems in Jordan: A qualitative content analysis	N° page
Référence complète aux normes APA :		
Dotevall, C., Winberg, E., & Rosengren, K. (2018). Nursing students' experiences with refugees with mental health problems in Jordan : A qualitative content analysis. <i>Nurse Education Today</i> , 61. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.025		
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	Camilla Dotevall, Elin Winberg, Kristina Rosengren.	p.155
2. Titres académiques	Non mentionné.	-
3. Activité	Camila Dotevall : <ul style="list-style-type: none"> Sahlgrenska Academy, Institute of Health and Care Sciences, University of Gothenburg, Sweden Elin Winberg : <ul style="list-style-type: none"> Sahlgrenska Academy, Institute of Health and Care Sciences, University of Gothenburg, Sweden Kristina Rosengren : <ul style="list-style-type: none"> Sahlgrenska Academy, Institute of Health and Care Sciences, University of Gothenburg, Sweden 	p.155
4. Genre	3 femmes.	web
5. Expérience et formation	Non mentionné.	-
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Non mentionné.	-
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	<u>Objectif de la recherche</u> : Cette étude a pour but de décrire l'expérience des étudiants infirmiers jordaniens qui prennent en soins des réfugiés souffrants de problèmes de santé mentaux.	p. 155
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Risque de biais d'enquêteur non signalé : les auteurs ont mené eux-mêmes les entretiens (CD et EW). Risque de biais de résultats non signalé : les auteurs n'ont pas mentionné un retour aux participants.	p. 157
Domaine 2 : conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Il s'agit d'une étude qualitative. Elle est axée sur les informateurs ainsi que sur l'observation et l'interprétation artistique. Une méthodologie inductive a été utilisée pour analyser les données des neuf entretiens basés sur le contenu des pensée et des	p. 156

	expériences des étudiants en soins infirmiers concernant la maladie mentale.	
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Échantillonnage de commodité. Les critères d'inclusion sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Être étudiant en soins infirmiers en dernière année d'étude au (niveau licence) à l'université de Jordanie • Être âgés de plus de 18 ans • Avoir une expérience des soins aux requérants d'asile • Être capable de comprendre et de parler l'arabe et l'anglais 	p.157
11. Prise de contact	Un coordinateur international de l'école d'infirmiers de l'université de Jordanie a envoyé une demande de réunion, et les étudiants intéressés par l'étude ont dû contacter deux des auteurs (Camilla Dotevall & Elin Winberg) les 9 premiers étudiants ont été inclus.	p.157
12. Taille de l'échantillonnage	9 participants dont 2 hommes et 7 femmes (20-24 ans).	p.157
13. Non-participation	L'un des participants a été exclu en raison de son manque d'expérience du point de vue des réfugiés.	p.157
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Des entretiens ont été menés auprès de 9 étudiants. La collecte de données s'est concentrée sur cinq aspects : la prise en charge des problèmes de santé mentale, les compétences infirmières concernant les réfugiés, les activités de soutien, l'utilisation de stratégies infirmières et les aspects futurs concernant les réfugiés souffrant de problèmes de santé mentale.	p.157
15. Présence de non-participants	Non mentionné.	-
16. Description de l'échantillonnage	2 hommes et 6 femmes entre 20 et 24 ans.	p.157
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Les entretiens ont commencé sur des informations personnelles de chaque participant (l'âge, l'éducation et leurs expériences en matière de soins de santé en particulier les soins de santé mentale). La suite des entretiens se concentre sur les 5 points suivants : <ol style="list-style-type: none"> 1. La prise en charge des problèmes de santé mentale 2. Les compétences infirmières concernant les réfugiés 3. Les activités de soutien 4. L'utilisation de stratégies infirmières 5. Les aspects futurs concernant les réfugiés ayant des problèmes de santé mentale. Les entretiens ont commencé par les questions suivantes : " <i>si je vous dis maladie mentale, à quoi pensez-vous ?</i> " et " <i>Parlez-moi de votre expérience de réfugiés souffrant de problème de santé mentale ?</i> "	p.157

	<p>En fonction des réponses, des questions supplémentaires ont été posées. Des exemples de situations telles que les aspects positifs et négatifs des soins infirmiers ont été explorés, et des clarifications ont été apportées.</p> <p>Ils ont été menés individuellement par deux des auteurs (Camilla Dotevall & Elin Winberg).</p>	
18. Entretiens répétés	Non mentionné.	-
19. Enregistrement audio/visuel	Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits mot à mot.	p.157
20. Cahier de terrain	Non mentionné	-
21. Durée	Chaque entretien durait entre 10 et 30 minutes.	p.157
22. Seuil de saturation	Non mentionné.	-
23. Retour des retranscriptions	Non mentionné.	-
Domaine 3 : analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Non mentionné.	-
25. Description de l'arbre de codage	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les entretiens écrits ont été lus et relus pour s'assurer de la compréhension et de la familiarité du contenu 2. Les unités de sens (phrase/paragraphe) correspondant à la prise en charge des réfugiés souffrant de problèmes de santé mentale ont été sélectionnés à l'aide d'une méthode inductive. Concernant (a) les soins infirmiers (b) les soins en santé mental) 3. Chaque unité de sens a été condensé en tant que description de la prise en charge des réfugiés souffrant de problème de santé mental et étiquetée avec l'une des 52 codes 4. Les sous-catégories ont été identifiées et regroupées en fonction des 52 codes 5. Des catégories ont été identifiées : être confronté aux problèmes de santé mentale des réfugiés, et trois sous-catégories ont été regroupées : gestion des besoins de réfugiés en matière de santé mentale, être affecté par le santé mentale des réfugiés, et améliorer les soins de santé mentale pour les réfugiés 	p.157
26. Détermination des thèmes	<p>Les thèmes généraux étaient pré-identifiés dans les questions des interviews :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questions sur la perception de ce qu'est la maladie mentale 	p.156-159

	<ul style="list-style-type: none"> • Questions sur les expériences vécues auprès des réfugiés souffrant de troubles mentaux. <p>Les données obtenues ont ensuite été classées en une catégorie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être confronté aux problèmes de santé mentale des réfugiés <p>Puis en trois sous-catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gérer les besoins de santé mentale des réfugiés • Être affecté par la santé mentale des réfugiés • Améliorer les soins de santé mentale pour les réfugiés 	
27. Logiciel	Non mentionné.	-
28. Vérification par les participants	Non mentionné.	-
Rédaction		
29. Citation présentée	<p>Oui des citations ont été utilisées pour illustrer chaque thème secondaire.</p> <p>Gérer les besoins de santé mentale des réfugiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenant 1 : « <i>Je parle de maladie mentale liée à la schizophrénie mais les patients n'aiment pas parler de maladie mentale parce que c'est euh (...) les patients ici n'aiment pas, euh, n'aiment pas parler de maladies mentales parce que c'est lié à la schizophrénie</i> ». • Intervenant 4 : « <i>J'ai une maladie, je suis fou ? Euh, je lui ai dit non, ce n'est pas de la folie c'est une gestion de crise</i> ». • Intervenant 6 : « <i>Oui ils reçoivent les mêmes soins que tous les autres patients, sans différence, et leurs médicaments, ils parlent aux médecins et avec nous, et nos activités infirmières ne font pas de différence</i> ». <p>Être affecté par la santé mentale des réfugiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenant 1 : « <i>De nombreux patients sont stigmatisés par la dépression et soulignent que ce n'est pas socialement (...) accepté dans la communauté</i> ». • Intervenant 4 : « <i>Il a perdu toute sa famille et ses amis (...) c'est très stressant et comme c'est un patient qui se souvient de tout à tout moment, il s'est mis à pleurer et à pleurer et c'est très dur</i> ». • Intervenant 5 : « <i>Après le cours théorique, quand vous l'avez vu d'une manière pratique... J'ai changé d'avis, ce sont des gens normaux comme n'importe quel patient</i> ». <p>Améliorer les soins de santé mentale pour les réfugiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenant 6 : « <i>... Peut-être sur euh leur esprit, comment pensent-ils, ou s'ils ont peur, ont encore peur de la situation, ou qu'ils pensent encore à la situation en Syrie, ou à un autre</i> ». 	p. 157-159

	<p><i>endroit d'où ils viennent, euh je, comment faire, comment les traiter plus que d'autres personnes ici (Jordanie) »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Intervenant 4 : « Je veux connaître son expérience réelle, plus que rencontrer trois patients atteints de maladie mentale ; c'est juste, ce n'est pas assez pour moi. J'aime ce cours, mais peut-être qu'avec le temps (...) je veux en savoir plus que l'expérience des patients psychiatriques ».</i> 	
<p>30. Cohérence des données et des résultats</p>	<p>Être confronté aux problèmes de santé mentale des réfugiés : cette catégorie est décrite comme des interventions infirmières fondées sur des techniques de communication, de distraction et de relaxation. Les étudiants infirmiers participants à l'étude déclarent que le manque de formation concernant les problèmes de santé mentaux chez les réfugiés complique les rencontres avec les patients. Ils mettent en évidence l'importance d'une prise en soins individuelle pour développer les soins infirmiers aux patients souffrants de troubles mentaux.</p> <p>Gérer les besoins de santé mentale des réfugiés : Les participants ont exprimé que la dépression, le stress, et l'anxiété n'étaient pas autant expliqués que d'autres maladies mentales comme la schizophrénie par exemple. En effet, le diagnostic du stress post-traumatique est moins connu. Ils soulignent également la complexité et l'incertitude face aux problèmes de santé mentale. Le traumatisme est décrit comme une conséquence naturelle des expériences traumatisantes comme la guerre, la perte d'un proche, plutôt qu'une mauvaise santé mentale. Les participants soulignent qu'un réfugié qui traverse une crise dans sa vie ne souffre pas forcément de troubles mentaux. Il est mis en évidence dans cette étude qui se déroule en Jordanie, que le fait que les pays voisins partagent la même culture, la même religion, les mêmes traditions ou la même langue, cela facilite les soins de santé auprès des réfugiés. Les intervenants utilisent des techniques de relaxation (ex : la musique, techniques de respiration), la distraction est essentielle pour gérer les situations complexes vécues par les réfugiés. Enfin, les étudiants mettent en avant l'importance de rencontrer, parler et d'écouter les expériences des réfugiés afin de créer une relation de confiance et qu'il ne faut pas seulement se concentrer sur le « traitement médical ».</p> <p>Être affecté par la santé mentale des réfugiés : Les étudiants décrivent leur implication émotionnelle lors des rencontres avec les réfugiés souffrant de problèmes de santé mentale. Certains décrivent que la stigmatisation parmi les réfugiés atteints de troubles mentaux existe alors que d'autres pensent le contraire. Les étudiants expliquent que souvent, les réfugiés veulent oublier leur vécu mais qu'en tant qu'infirmier, afin de traiter et gérer les plans de soins, il est difficile de ne pas leur rappeler cela. Les informateurs ont fait part de leur chagrin au travail, conscients de la situation des réfugiés. De plus, le comportement des patients affecte les étudiants qui peuvent ressentir du stress.</p> <p>Améliorer les soins de santé mentale pour les réfugiés : Les étudiants soulignent le besoin de développer/d'améliorer l'éducation à la santé mentale pour les étudiants, les patients et les proches. Ils</p>	<p>p.157 - 159</p>

	<p>mettent en avant que l'éducation des patients est un élément fondamental des soins infirmiers pour expliquer et gérer la santé mentale des réfugiés. C'est un moyen d'informer et de soutenir les patients. Les étudiants décrivent également que l'enseignement comprend la communication et la gestion des sentiments. La formation à la santé mentale est jugée inadéquate : les connaissances théoriques sont de bonne qualité mais il y a un manque concernant les diagnostics (dépression, stress), combiné à une expérience limitée avec les patients atteints de maladies mentale. D'où la nécessité d'une formation clinique plus approfondie. Les étudiants soulignent que les professionnels de santé en général manquent de connaissances sur la santé mentale. En outre, ils mettent en avant la nécessité de disposer de professionnels de la santé ayant une expertise particulière pour s'occuper de patients souffrant de troubles de santé mentale.</p>	
31. Clarté des thèmes principaux	<p>Oui, les résultats ont formé une catégorie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être confronté aux problèmes de santé mentale des réfugiés 	p. 157
32. Clarté des thèmes secondaires	<p>Les résultats ont ensuite été divisés en trois sous-catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gérer les besoins de santé mentale des réfugiés • Être affecté par la santé mentale des réfugiés • Améliorer les soins de santé mentale pour les réfugiés 	p.157
33. Limites mentionnées par les acteurs	<p>La petite taille de l'échantillon a limité la possibilité de généraliser l'étude à d'autres contextes. La validité de l'étude peut également être discutée dans la mesure où la procédure de collecte des données impliquent un nombre limité d'entretien. De plus, les différentes expériences vécues par les étudiants en soins infirmiers concernant les réfugiés souffrant de troubles mentaux et les compétences en anglais peuvent aussi être une limite.</p>	p.159
34. Limites observées	<p>L'article se base sur la perception d'un petit échantillonnage d'étudiants. De plus, elle ne s'intéresse pas au point de vue des réfugiés quant à leurs expériences.</p>	-

N°Item	Problems faced by Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland	N° page
Référence complète aux normes APA :		
Kiselev, N., Pfaltz, M., Schick, M., Bird, M., Hansen, P., Sijbrandij, M., Graaff, A. M. de, Schnyder, U., & Morina, N. (2020). Problems faced by Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. <i>Swiss Medical Weekly</i> , 150(4344), Art. 4344. https://doi.org/10.4414/smw.2020.20381		
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	Kiselev Nikolai, Pfaltz Monique, Schick Matthis, Bird Martha, Hansen Pernille, Sijbrandij Marit, de Graaff Anne M., Schnyder Ulrich, Morina Naser.	p.1
2. Titres académiques	Kiselev Nikolai (BA, MS, PhD), Pfaltz Monique (BSc, MSc, PhD), Schick Matthis (PhD, MA), Bird Martha (MA), Hansen Pernille (Inconnu), Sijbrandij Marit (MA), de Graaff Anne M. (Inconnu), Schnyder Ulrich (Inconnu), Morina Naser (MSc, MA, PhD).	web
3. Activité	<p>Kiselev Nikolai :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychologist • Department of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland • PluSport, Umbrella Organization of Swiss Disabled Sports, Volketswil, Switzerland <p>Pfaltz Monique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Head Psychologist at the University Hospital of Zurich • Department of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland <p>Schick Matthis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychiatry and Psychosomatics consultant • Department of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland <p>Bird Martha :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Senior Advisor, University of Copenhagen • International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Denmark <p>Hansen Pernille :</p> <ul style="list-style-type: none"> • International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Denmark <p>Sijbrandij Marit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Professor of Clinical Psychology, University Amsterdam, Netherlands • Department of Clinical, Neuro- and Developmental Psychology, Amsterdam Public Health Research Institute, 	p.1 + web

	<p>Vrije Universiteit Amsterdam and Amsterdam, Public Health Institute, The Netherlands</p> <p>de Graaff Anne M. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Department of Clinical, Neuro- and Developmental Psychology, Amsterdam Public Health Research Institute, Vrije Universiteit Amsterdam and Amsterdam, Public Health Institute, The Netherlands <p>Schnyder Ulrich :</p> <ul style="list-style-type: none"> • University of Zurich, Zurich, Switzerland <p>Morina Naser :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Co-Head pf Outpatient Clinic bei USZ, University of Zurich • Department of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland 	
<p>4. Genre</p>	<p>Cinq femmes et quatre hommes.</p>	<p>web</p>
<p>5. Expérience et formation</p>	<p>Kiselev Nikolai :</p> <ul style="list-style-type: none"> • July 2021 – Present : PluSport, Umbrella Organization of Swiss Disabled Sports, Volketswil, Switzerland • September 2014 – Present : Psychologist / Project manager : People with psychiatric disorders disabled. Zurich area, Switzerland • March 2022 – Present : Swiss Institute for Public Health and Addiction Research ISGF, Zurich, Switzerland • January 2013 – Present : Organization of medical services in Switzerland for patients of the former USSR and related services : translations. Zurich, Switzerland • January 2020 – Juin 2022 : Project Advisor, University Hospital Zurich <p>Pfaltz Monique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • August 2013 – Present : Head Psychologist, University Hospital Zurich • October 2011 – July 2013 : Psychology Department, Harvard University • September 2008 – September 2011 : Senior assistant <p>Schick Matthis : Inconnu</p> <p>Bird Martha :</p> <ul style="list-style-type: none"> • January 2023 – Present : Senior Advisor, University of Copenhagen • October 2021 – January 2023 : Project officer • January 2019 – September 2021 : Chief Consortium Lead, Research & Innovation, IFRC Reference Centre for Psychosocial Support 	<p>web</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • March 2011 – December 2018 : Advisor, International Federation of Red Cross and Crescent Societies • March 2011 – December 2011 : Coordinator, IFRC Reference Centre for Psychosocial Support <p>Hansen Pernille : Inconnu</p> <p>Sijbrandij Marit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • January 2021 – Present : Full professor Clinical Psychology, University of Amsterdam, Netherlands • September 2019 – Present : Co-director WHO Collaborating Center for Research and Dissemination of Psychological Interventions, Amsterdam, Netherlands • August 2016 – January 2021 : Associate Professor Clinical Psychology • November 2016 – Present : President Elect, International Society of Traumatic Stress Studies, Greater Chicago Area • November 2016 – November 2021 : Board Member, International Society of Traumatic Stress, Greater Chicago Area • July 2013 – October 2013 : Research Internship, WHO, Geneva, Switzerland <p>De Graaff Anne M. : Inconnu</p> <p>Schnyder Ulrich : Inconnu</p> <p>Morina Naser :</p> <ul style="list-style-type: none"> • February 2018 – Present : Co-Head Outpatient for Victims of Torture and War, University of Zurich • Juin 2008 – Present : Psychotherapist • Juin 2008 – Present : Research Collaborator • January 2017 – Present : Principal Investigator Strengths, Horizon 2020 Project, University of Zurich 	
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Non mentionné.	-
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	<u>Objectif de recherche</u> : Cette étude vise à identifier les problèmes auxquels les réfugiés et les demandeurs d'asile syriens sont confrontés au quotidien lors de leur arrivée en Suisse, dans le but d'informer l'adaptation d'une brève intervention psychologique.	p.1
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Risque de biais de sélection non signalé : l'étude a été réalisée auprès de réfugiés qui étaient déjà en contacts avec les centres d'accueil suisses. L'étude ne prend pas en compte les réfugiés qui ne sont pas en contact avec ces centres.	-
Domaine 2 : conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Il s'agit d'une étude qualitative transversale. Des entretiens semi-structurés ont été réalisés auprès de 30 réfugiés et demandeurs	p.1

Orientation méthodologique et théorie	d'asile syriens adultes. Les données ont ensuite été analysées à l'aide d'une analyse thématique.	
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Échantillonnage en boule de neige. Les critères d'inclusion sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Réfugiés ou requérants d'asile syriens visant en Suisse depuis le début de la guerre civile syrienne en 2011 	p.3
11. Prise de contact	Les participants ont été recrutés à l'aide d'un échantillonnage en boule de neige. Les enquêteurs ont informé leurs contacts personnels de l'étude et les ont encouragés à contacter le coordinateur de l'étude au sujet de leur participation. Aucun participant n'a été recruté par le biais de services de santé mentale.	p.3
12. Taille de l'échantillonnage	30 participants.	p.3
13. Non-participation	Non mentionné.	-
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Les données ont été collectées selon le module 1 du Manual for Design, Implementation, Monitoring and Evaluation [DIME] à (Procédures d'une évaluation qualitative afin d'identifier les problèmes prioritaires d'un point de vue local et d'explorer la compréhension des participants de santé mentale et des problèmes psychosociaux). Ce module contient trois étapes : <ol style="list-style-type: none"> 1. Entretiens sur liste libre 2. Entretiens avec des informations clés 3. Discussion en groupe Cette étude se concentre sur la première étape c'est-à-dire les entretiens de liste libre, les requérants syriens se voit poser 30 questions ouvertes.	p.3
15. Présence de non-participants	Non mentionné.	-
16. Description de l'échantillonnage	Les participants étaient des demandeurs d'asile syriens adultes vivant en Suisse depuis le début de la guerre civile syrienne en 2011. Ils étaient originaires de sept cantons germanophones (notamment Zurich). Les données démographiques de l'échantillon : <ul style="list-style-type: none"> • Âge moyen : 34 ans (de 18 à 76 ans) • Genre : 36,7% de femmes, 63,3% d'hommes • Affiliation religieuse : 70% étaient de confession musulmane, 23,3% chrétiens, 3,3% Zoroastriens, 3,3% sans affiliation religieuse 	p.3-4
Recueil des données		

<p>17. Guide d'entretien</p>	<p>Les entretiens ont été menés par 6 assistants de recherche qui ont été recrutés (4 femmes et 2 hommes) à la suite d'e-mail dans les universités suisses locales. Ces assistants devaient répondre aux caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir comme langue maternelle le syrien • Maitriser l'anglais ou l'allemand • Être inscrit où être titulaire d'un diplôme universitaire <p>Aucun enquêteur n'avait étudié la psychologie ou les sciences sociales. Les assistants de recherches ont reçu une journée de formation (donnée par Morina Naser [NM] – Kiselev Nikolai [NK]) sur Les sujets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduction à l'étude et à la manière dont elle s'inscrit dans le programme et le cycle de recherche • Les principes de la recherche • La question de la confidentialité et le respect de la vie privée • Les méthodes de recherche • La gestion de la détresse pendant les entretiens • La gestion des données • Formation à l'entretien <p>Les participants ont d'abord répondu à des questions démographiques (âge, religion, éducation et sexe) puis des questions de ce type ont été posées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Quels sont les problèmes qui affectent les réfugiés syriens et les demandeurs d'asile vivant en Suisse ? » • « Pensez-vous à d'autres problèmes qui affectent les réfugiés syriens et les demandeurs d'asile en Suisse ? » 	<p>p.3</p>
<p>18. Entretiens répétés</p>	<p>Non mentionné.</p>	<p>-</p>
<p>19. Enregistrement audio/visuel</p>	<p>Les entretiens n'ont pas été enregistrés.</p>	<p>p.8</p>
<p>20. Cahier de terrain</p>	<p>Non mentionné.</p>	<p>-</p>
<p>21. Durée</p>	<p>Chaque entretien durait entre 30 et 45 minutes.</p>	<p>p.4</p>
<p>22. Seuil de saturation</p>	<p>Non mentionné.</p>	<p>-</p>
<p>23. Retour des retranscriptions</p>	<p>Non mentionné.</p>	<p>-</p>
<p>Domaine 3 : analyse et résultats</p>		
<p>Analyse des données</p>		
<p>24.</p>	<p>Les résultats ont été codés par un des auteurs. En effet, NK a codé l'ensemble des données conformément au cadre de codage final.</p>	<p>p.3</p>

Nombre de personnes codant les données		
25. Description de l'arbre de codage	Dans un premier temps MB et PH ont examinée l'ensemble des données, ils ont identifié les thèmes centraux et les ont présenté au sein du consortium STRENGTHS. Par la suite un étudiant en psychologie à crée les codes et a intégré leur regroupement dans le concept plus l'étude sous la supervision de MB et PH. Dans un deuxième temps l'équipe de recherche (auteur présent sur l'article). Pour finir NK à codé l'ensemble des données selon le cadre de codage finale. Le codage final a été vérifié par l'équipe de recherche et les cas ambigus ou incertains ont fait l'objet d'une nouvelle discussion au sein de l'équipe de recherche.	p.3
26. Détermination des thèmes	<p>MB et PH ont examiné l'ensemble des données afin d'en identifier les thèmes centraux.</p> <p>Plusieurs problèmes ont été identifiés et classés dans les catégories de thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les problèmes pratiques • Les problèmes psychologiques • Les problèmes de santé physique <p>Dans la catégorie des problèmes pratique, deux sous-thèmes ont émergés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les problèmes socioculturels • Les problèmes structurels 	p. 4-6
27. Logiciel	Le codage a été effectué à l'aide du logiciel NVivo 12.	p.3
28. Vérification par les participants	Non mentionné.	-
Rédaction		
29. Citation présentée	<p>Oui, des citations ont été utilisée pour illustrer chaque catégorie.</p> <p>Les problèmes pratiques :</p> <p>Les problèmes structurels :</p> <p><u>Permis de séjour :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“ je suis suisse depuis un an et demi et je n'ai toujours pas de permis de séjour.”</i> • <i>“Le délai d'attente pour qu'un réfugié obtienne un permis de séjour en Suisse peut durer des années”</i> • <i>“Peur constante d'obtenir un permis de séjour F”</i> • <i>“ nous sommes titulaire d'un permis de séjour F, ce qui signifie que nous ne sommes pas autorisées à quitter la Suisse bien que nous ayons des membres de notre famille dans les pays européens voisins”</i> 	p. 4-7

- *“Mes quatre enfants vont à l’école mais ma femme et moi n’avons pas le droit d’apprendre la langue parce que nous n’avons pas de permis de séjour”.*

Problèmes avec le gouvernement et les autorités et problèmes avec les prestataires

- *“Crier au visage du réfugié, ne pas lui laisser le temps d’expliquer son problème ou son point de vue et ne pas lui apporter de soutien.”*
- *“Mais pour mes problèmes avec l’état, j’ai beaucoup de mal à les résoudre car la municipalité ne me répond pas et ne me respecte pas, bien que je travaille à 100%”*
- *“Chaque fois que je parle à l’assistant social pour qu’il m’aide à poursuivre mes études supérieures, il refuse et me dit que je n’ai pas le droit d’aller à l’école. Supérieures, il refuse et me dit que je dois d’abord travailler”.*
- *“J’ai suivi un cours d’allemand et je me suis inscrite à l’école quatre mois plus tard, mais je n’ai pas étudié toutes les matières, seulement certaine. Maintenant que je veux travailler, ils ne sont pas d’accord et me disent que je dois encore suivre des cours comme la physique, la chimie, les sciences, l’histoire et la géographie.”*

Barrière de la langue :

- *“J’ai fréquenté une école de langues mais je n’ai pas pu apprendre parce que c’était difficile pour moi. Je l’ai quitté au bout d’un certain temps parce que j’avais mal à la tête et que je n’en tirais aucun bénéfice. Je ne peux pas communiquer avec les gens ici à cause de la barrière de la langue”*
- *“Je ne peux pas aider mes enfants dans leurs études à cause de la barrière de la langue”.*

Problèmes liés à un seul problèmes :

- *“Parce que je n’ai toujours pas permis de séjour, je ne peux ni apprendre la langue ni recevoir une éducation décente pour commencer une nouvelle vie”.*
- *“ La personne instruite souffre d’une grande difficulté, voire de l’impossibilité, d’obtenir l’équivalence du certificat [...]. L’état s’emploie à détruire votre ambition.”*
- *“[...] mais je n’avais pas le droit de travailler parce que je n’avais toujours pas de permis de séjour”.*
- *Obliger les gens à travailler dans un domaine qui n’a aucun rapport avec ce qu’ils ont étudié ou ce qu’ils ont appris dans leur vie”*
- *“Difficultés à trouver un emploi”.*
- *“Notre famille se compose d’un père d’une mère et de trois enfants, qui partagent une maison avec d’autres personnes, nous partageons également les toilettes. Nous souffrons de nombreuses maladies dues au manque d’hygiène et de l’agitation constante due au grand nombre de résidents dans la même maison.”*
- *“L’exiguïté de l’espace et le partage d’une chambre causent beaucoup de détresse psychologique et de difficultés, car un garçon ou une fille a besoin de sa propre chambre pour*

étudier, pratiquer ses loisirs ou même s'isoler et avoir du temps pour soi, surtout en raison du stress psychologique dû à la nouveauté de la situation.

Les problèmes sociaux culturelles

Problèmes d'intégration :

- *“Le problème, c'est que la langue utilisée par les suisses est très différente de la langue que j'apprends”*
- *“Certains syriens refusent de s'intégrer aux suisses et préfère ne fréquenter que des syriens.”*
- *“Les suisses ne s'intéressent pas aux réfugiés, à son intégration dans la société et au fait de lui permettre de travailler en fonction de son diplôme et de ses capacités.”*
- *“En outre, je suis hijabite et les gens ici ne l'acceptent pas beaucoup essaient de me convaincre d'enlever mon hijab, auquel je crois et que je considère comme une partie de mon identité.”*
- *“Bien que je sois chrétienne, j'ai été humiliée par mon professeur athée, qui m'a dit que je venais d'un pays du tier-monde, d'un pays moins développé.”*

Différences culturelles

- *“La poignée de main n'est pas autorisée entre les hommes et les femmes”.*
- *“Les jeunes syriens sont exposés et tentés par le style de vie, les filles et l'alcool”.*
- *“Ces coutumes et traditions ne sont pas les notre et nous sommes incapable de les intégrer/internaliser”.*

Problèmes familiaux

- *“La difficulté à trouver un emploi entraîne de mauvaises relations familiales”.*
- *“Le chômage conduit le couple à passer plus de temps avec l'autre par conséquent, il y a beaucoup de problèmes.”*
- *“Il n'y a pas assez d'argent pour faire des courses ou d'autres activités ce qui crée donc un manque de vie sociale. Ce qui entraîne une détresse psychologique, parfois jusqu'à la folie et le déséquilibre dans la vie, ce qui conduit à des troubles et des problèmes et ainsi la désintégration de la famille.”*
- *“De nombreuses familles vivent dans un seul appartement, ce qui cause de gros problèmes entre elles qui dégénèrent parfois en bagarre physique”.*

Les problèmes psychologiques

Symptômes de troubles mentaux :

- *“Peurs inexplicables avec palpitations cardiaques et incapacité à respirer”.*
- *“J'ai toujours des rêves très effrayants, je n'arrive pas à dormir, ni la nuit ni le jour, et j'ai commencé à fumer”.*

	<p>Sentiments de détresse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Je suis toujours anxieux et inquiet car mon avenir est très incertain”.</i> • <i>“La difficulté de se rendre au Liban et les pays voisins, surtout pour ceux qui viennent par l’agence de l’Organisation des Nations Unis [ONU]. De nombreux membre de la famille sont encore au Liban et la nostalgie de ma famille me tue”.</i> • <i>“Parce que je vis seule et que mes enfants ne demandent jamais de mes nouvelles, et que je n’ai pas de compagnie/amis ici, je m’ennuie beaucoup.”</i> <p>Sentiments de position marginale perçue dans la société :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Il y a une grande différence de salaires, il n’y a pas de justice”.</i> • <i>“Un syrien a l’impression d’être traité comme s’il venait d’un pays d’arrière alors qu’il sait qu’il est acculturé, et éduqué”.</i> • <i>“Les fonctionnaires sociaux contrôlent la vie du réfugié syrien, sans prendre en considération ou respecter son point de vue”.</i> • <i>“Le gouvernement devrait accorder plus d’attention aux personnes âgées”.</i> <p>Méfiance envers le système (gouvernemental)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“La personne aura peur de se plaindre à la police car c’est un mauvais endroit”</i> • <i>“Je n’ai pas confiance dans les institutions gouvernementales en raison du manque de confiance dans le personnel”.</i> • <i>“Nous avons entendu dire que la Suisse était le pays les plus humain au monde mais nous ne l’avons jamais ressenti.”</i> • <i>“Avant de venir ici on m’avait promis que ma situation s’améliorerait considérablement, mais j’ai été choquée après mon arrivée [...] je n’arrête pas de les supplier de m’implanter des membres artificiels pour que je puisse devenir indépendant et trouver en emploi, mais ils n’arrentent pas de me dire que l’assurance ne le couvre pas. J’ai également demandé de me fournir un fauteuil roulant électrique, mais je n’ai rien reçu”.</i> <p>L’impact émotionnel de la guerre</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“[...] mais je n’oublie pas ce que j’ai vécu en Syrie en termes de détention et d’injustice”.</i> • <i>“Je suis psychologiquement fatigué quand je pense à tout ce qui s’est passé, mais elle [les autorités suisses] ne prennent pas cet état d’esprit en considération”.</i> <p>Les problèmes de santé physique</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“J’ai des problèmes de santé”:</i> • <i>“Tout ce stress affecte mes dents et génère des abcès dans la bouche et des douleurs”.</i> 	
<p>30.</p>	<p>1. Les problèmes pratiques :</p> <p>Les problèmes structurels :</p>	<p>p. 4-7</p>

**Cohérence des données
et des résultats**

Permis de séjour : Il est le premier problème mentionné dans la plupart des cas. La plupart des participants (67%) ont fait part du long délai d'attente pour recevoir le permis. Les participants ont également associé le permis à d'autres restrictions de la vie quotidienne (interdiction de voyager, manque d'accès aux cours de langue).

Problèmes avec le gouvernement et les autorités et problèmes avec les prestataires : les participants semblaient différencier ces deux points mais qu'ils sont quelques peu liés. Certaines réponses des participants concernant les problèmes de santé avec les prestataires ont montré que ces problèmes étaient contradictoires du point de vue des participants. En effet, certains participants expriment qu'à chaque fois qu'ils cherchent à faire des études, l'assistant social refuse et leur explique qu'il faut travailler et que lorsque qu'ils cherchent à travailler on leur demande de faire d'abord des études.

Problèmes de langue : Ils comptaient parmi les problèmes les plus courants (57% des participants relataient ce problème). Mais les déclarations ne se concentraient pas uniquement sur la langue, ils étaient également liés à d'autres problèmes (titre de séjour, manque de ressources personnelles pour apprendre la langue, incapacité à effectuer des activités quotidiennes comme par exemple, faire les devoirs avec les enfants).

Problèmes liés à un seul problème : trois des défis suivants ont été mentionnés par la plupart des participants : problèmes d'éducation (57%), d'emploi (57%), de logement (57%). Les problèmes d'éducation étaient principalement liés au permis de séjour et aux restrictions d'accès aux cours de langue ou à la formation professionnelle. De plus, plusieurs participants ont fait remonter les difficultés pour obtenir l'enseignement fait en Syrie officiellement homologué en Suisse. Les problèmes d'emploi étaient similaires, des restrictions de travail existent en lien avec le titre de séjour. Les opportunités d'emploi existantes ne sont souvent pas en lien avec l'éducation ou à l'expérience professionnelle de l'individu. Enfin, les problèmes de logement étaient fortement liés à l'hébergement dans des camps d'asile ou de réfugiés aux conditions défavorables/surpeuplées.

Les problèmes socioculturels :

Problèmes d'intégration : 60% des participants ont signalé des problèmes d'intégration, qui peuvent être divisés en trois sous-types : les problèmes d'intégration liés à la barrière linguistique, les difficultés d'interaction entre les Syriens et les Suisses, la discrimination.

Différences culturelles : Elles sont principalement liées aux différences entre le mode de vie en Syrie et en Suisse.

Problèmes au sein de la famille : Ces problèmes étaient souvent causés par les restrictions ou les difficultés de la vie quotidienne liées

	<p>au statut de réfugiés (exemple : la difficulté à trouver un emploi, le manque d'argent, le logement inadapté), entraînant des tensions au sein de la sphère familiale. D'autres problèmes étaient liés à l'abus de substances et d'alcool. Le passage du système de valeurs de leur pays d'origine à celui de la Suisse exacerbait les problèmes familiaux.</p> <p style="text-align: center;">2. Les problèmes psychologiques :</p> <p>A l'exception de trois participants, tous ont signalés des problèmes psychologiques ou émotionnels.</p> <p>Symptômes de troubles mentaux : 47% des participants ont décrit des symptômes typiques de troubles mentaux (peur, anxiété, troubles du sommeil).</p> <p>Sentiments de détresse : Les participants ont signalé plusieurs sentiments uniques tels que des sentiments d'incertitude (avenir incertain), de frustration et d'isolement.</p> <p>Sentiments de position marginale perçue dans la société : Les participants ont relaté des sentiments d'injustice, de ne pas être compris et des sentiments de marginalisation. Une méfiance à l'égard du système est également mentionnée par 27% des participants. Cependant, après que les participants aient expliqué plus en détail leurs problèmes, il est devenu clair que cette méfiance était causée par l'inadéquation entre leurs attentes et leurs expériences réelles en Suisse. Parfois, ces attentes insatisfaites sont nées de promesses faites par les représentants d'une organisation de réfugiés.</p> <p>Impact émotionnel de la guerre : Cela a été mentionné par 20% des participants. Ces déclarations indiquaient que les participants avaient du mal à se défaire de leurs souvenirs.</p> <p style="text-align: center;">3. Les problèmes de santé physique :</p> <p>Ils ont été mentionnés par 43% des participants. Les problèmes étaient variés et étaient rarement mentionnés plus d'une fois (exemple : thrombose, dialyse, perte de poids, infection chronique du sang...). Ou ils étaient mentionnés de manière générale sans les spécifier.</p>	
<p style="text-align: center;">31. Clarté des thèmes principaux</p>	<p>Oui, les résultats ont été classés selon les thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les problèmes pratiques • Les problèmes psychologiques • Les problèmes de santé physique 	<p style="text-align: right;">p.4-7</p>
<p style="text-align: center;">32. Clarté des thèmes secondaires</p>	<p>Oui, dans le thème des problèmes pratiques, deux sous-thèmes ont émergé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les problèmes structurels • Les problèmes socioculturels 	<p style="text-align: right;">p.4-7</p>

<p>33. Limites mentionnées par les acteurs</p>	<p>Plusieurs limites ont été identifiées par les auteurs :</p> <p>La validité de l'étude peut être remise en question par le fait que les réfugiés et les demandeurs d'asile syriens ont répondu aux questions en fonction de leurs expériences personnelles.</p> <p>La méthode de recrutement a pu créer un biais d'échantillonnage car les participants ont été recrutés via les contacts personnels de l'équipe de l'étude à travers la Suisse.</p> <p>Les entretiens n'ont pas été enregistrés. Ainsi, il est possible que l'ordre original des problèmes signalés ne soit pas le même que celui qui figure sur les feuilles de transcription.</p> <p>Les enquêteurs ont encouragé les participants à citer d'autres problèmes, il est possible que les personnes interrogées aient été incitées à penser et à rapporter des problèmes qui ne sont pas critiques pour la population cible.</p> <p>Le statut d'asile des participants n'a pas été recueilli alors que le fait d'être à des stades différents de la procédure d'asile pourrait avoir un impact significatif sur les problèmes signalés. Cela pourrait affecter la perception qu'ont les participants de la situation et l'attribution de leurs problèmes.</p>	<p>p.8</p>
<p>34. Limites observées</p>	<p>La petite taille de l'échantillon a limité la possibilité de généraliser l'étude à d'autres contextes. De plus, il ne se concentre que sur les réfugiés syriens. Ainsi, les données ne peuvent être généralisées à d'autres contextes de personnes réfugiées.</p> <p>La petite taille de l'échantillon a limité la possibilité de généraliser l'étude à d'autres contextes. De plus, il ne se concentre que sur les réfugiés syriens. Ainsi, les données ne peuvent être généralisées à d'autres contextes de personnes réfugiées.</p>	<p>-</p>

N°Item	Demonstrating cultural competence within health-visiting practice: working with refugee and asylum-seeking families	N° page
Référence complète aux normes APA :		
Burchill, J., & Pevalin, D. J. (2014). Demonstrating cultural competence within health-visiting practice : Working with refugee and asylum-seeking families. <i>Diversity & Equality in Health and Care</i> , 11(2), Article 2.		
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	John Burchill, David J Pevalin.	p.151
2. Titres académiques	John Burchill (DPH (Diplôme de Pharmacie d'Hôpital)), David J Pevalin (PhD).	p.151
3. Activité	John Burchill : <ul style="list-style-type: none"> Central London Community Healthcare NHS Trust, London, UK David J Pevalin : <ul style="list-style-type: none"> Professor, School of Health and Human Sciences, University of Essex, Colchester, UK 	p.151
4. Genre	Deux hommes.	web
5. Expérience et formation	Non mentionné.	-
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Non mentionné.	-
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	<u>Objectif de recherche</u> : Explorer les expériences des visiteurs de santé travaillant avec des familles de réfugiés et de demandeurs d'asile et à évaluer les dimensions de leur compétences culturelles.	p.151
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Risque de biais de sélection : l'étude a été réalisée auprès de réfugiés qui étaient déjà en contacts avec les centres d'accueil suisses. L'étude ne prend pas en compte les réfugiés qui ne sont pas en contact avec ces centres.	-
Domaine 2 : conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Il s'agit d'une étude qualitative. Les données ont été analysées à l'aide de l'approche Framework. C'est une méthode interprétative et thématique se concentrant sur le contenu substantiel des entretiens plutôt que sur la structure des récits.	p.153
Sélection des participants		

10. Échantillonnage	Le type d'échantillonnage n'est pas mentionné dans l'article, mais nous pouvons supposer qu'il s'agit d'un échantillonnage de convenance. Les critères d'inclusions sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Les participants devaient être des visiteurs de santé qualifiés • Ils devaient avoir assisté à la présentation • Ils devaient avoir travaillé dans l'arrondissement étudié pendant au moins deux ans. 	p.153
11. Prise de contact	Les visiteurs de santé ont été approchés lors d'une rencontre professionnelle, où une présentation a fourni les détails de l'étude avec une demande de participation.	p.153
12. Taille de l'échantillonnage	14 visiteurs de santé.	p.151
13. Non-participation	Non mentionné.	-
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Des entretiens approfondis ont été menés dans les différents centres de santé dans lesquels les participants travaillaient et ont tous été enregistrés.	p.153
15. Présence de non-participants	42 visiteurs ont participé à la présentation et 14 visiteurs ont finalement participé à l'étude.	p.153
16. Description de l'échantillonnage	Les visiteurs de santé sont des infirmiers titulaires d'une qualification post-inscription dans la pratique de la santé publique. Ils travaillent dans les soins primaires, avec des familles qui ont des enfants de moins de cinq ans.	p.153
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Les entretiens approfondis ont été menés dans les différents centres de santé dans lesquels les participants travaillent. Un guide thématique composé de dix questions ouvertes a façonné les entretiens. Ce guide était basé sur des concepts identifiés lors d'une première revue de littérature et a été remis aux participants avant l'entrevue afin qu'ils puissent réfléchir aux enjeux à traiter et à leurs expériences. À la fin de l'entretien, chaque participant a pu participer à un débriefing pour discuter de tout problème qui aurait pu survenir. Ce débriefing a commencé une fois que le magnétophone était éteint.	p.153
18. Entretiens répétés	Non mentionné.	-
19. Enregistrement audio/visuel	Les entretiens ont tous été enregistrés à l'aide d'un magnétophone.	p.153
20. Cahier de terrain	Non mentionné.	-

21. Durée	Non mentionné.	-
22. Seuil de saturation	Non mentionné.	-
23. Retour des retranscriptions	Non mentionné.	-
Domaine 3 : analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Non mentionné	-
25. Description de l'arbre de codage	<p>Les données qualitatives de cette étude ont été analysées à l'aide de l'approche du cadre Ritchie et Spencer développé au National Centre for Social Research au Royaume-Uni. Il s'agit d'une méthode interprétative et thématiques, qui se concentre sur le contenu substantif des entretiens plutôt que sur la structure ou sur les outils linguistiques utilisé dans le cadre de ces entretiens. Le cadre est utilisé pour analyser les méthodes de recherche appliquée dans la mesure ou, plutôt que de tester, de généré ou de d'améliorer la pensée au sein d'une discipline particulière il s'agit de contribuer à la compréhension d'une question contemporaine.</p> <p>Chaque a entretien a d'abord été transcrit, puis analysé à l'aide de cadre. Cela a impliqué une approche comparative constante tout au long de l'analyse. Les thèmes identifiés ont été comparés à travers les données et les interprétations ou été discutées entre l'intervieweur (John Burchill [JB]) et les chercheurs externes composés d'un superviseur académique et d'un étudiant en doctorat.</p>	p.153
26. Détermination des thèmes	<p>Les thèmes qui ont été identifiés ont été comparés à travers les données, et les interprétations ont été discutées entre l'enquêteur JB et des chercheurs externes composés d'un superviseurs académiques et d'un doctorant.</p> <p>Les données obtenues ont été classées selon les étapes du modèle de Quickfall :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étape 1 : Considération institutionnelle • Étape 2 : Conscience culturelle • Étape 3 : Sensibilité culturelle • Étape 4 : Connaissances culturelles • Étape 5 Compétence culturelle 	p.153-158
27. Logiciel	Non mentionné.	-
28. Vérification par les participants	Non mentionné.	-

Rédaction		
29. Citation présentée	<p>Oui, des citations ont été utilisées pour illustrer chaque thème.</p> <p>Étape 1 : Considération institutionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interview 9 : « <i>Il s'agit de renvoyer des cas par le biais du Forum sur la violence domestique si vous aimez les personnes que je connais qui travaillent dans le logement et qui prennent les décisions ou influencent les personnes qui prennent des décisions là-bas... donc si vous avez un très bon travailleur social qui connaît les problèmes domestiques violence, ils sauraient qu'ils ont le devoir de s'occuper de la mère et pourraient interpréter cela comme s'occupant également de l'enfant, auquel cas ils passeraient très facilement par l'unité des sans-abri et seraient relogés ... si vous travaillez avec des gens dans d'autres domaines qui ne comprennent pas ces problèmes et interprètent ces lois différemment, alors vous avez des familles qui reçoivent des billets pour rentrer chez elles si vous le souhaitez, parce que personne ne l'interprète comme leur devoir de rester</i> ». • Interview 9 : « <i>[Sessions d'enseignement en équipe de spécialistes] est le genre de chose dont les gens ont besoin pour les aider à acquérir une base de connaissances, et je suppose, le soutien pour se rendre compte qu'il y a d'autres personnes à qui ils peuvent parler, pour les aider et les signaler, ou les aider pour orienter leurs clients dans la bonne direction</i> ». • Interview 6B : « <i>Il y a une cliente qui est arrivée au refuge qui avait 21 ans de Somalie, elle avait subi des violences domestiques, elle était donc dans le refuge et lors de mon évaluation de santé, j'ai demandé si elle avait subi une Mutilation génitale féminine [MGF], elle n'était pas tout à fait sûre mais quand elle a parlé de ses problèmes de santé, il a été établi qu'elle avait en fait subi une MGF assez grave et qu'elle avait même des problèmes de menstruation ... elle était incapable de faire passer du sang à peine, elle avait été tellement recousue, alors je l'ai référée à ... et nous sommes allés ensemble pour une réunion conjointe ... FORWARD [une organisation caritative de campagne et de soutien des femmes] est spécialisée dans les MGF et je l'ai fixée pour un rendez-vous là-bas et elle a été référée à une infirmière spécialisée ... qui a pu examiner la partie potentiellement inverse de la FGM et la cliente était heureuse que cela se produise et y a effectivement participé</i> ». • Interview 7 : « <i>... la MGF est très difficile. ... J'ai eu des clients avec ça et ça pose la question et je pense encore une fois que j'ai trouvé que les quelques personnes à qui j'ai demandé assez souvent l'avaient eu ... quand on leur a demandé, ils étaient très ouverts à ce sujet et je me souviens l'avoir été, jusqu'à ce que J'ai eu la formation là-</i> 	p.153-158

dessus, je n'étais pas sûr de demander et j'ai trouvé cela vraiment, vraiment, vraiment utile à faire. »

- Interview 13 : *«... la façon dont je comprends le divorce, c'est que vous et votre partenaire ne vous revoyez plus, mais ensuite je suis allé lui rendre visite avec un troisième enfant du même homme ... ils veulent obtenir des prestations sociales autant que possible, parce qu'ils ont encore vraiment et vraiment une relation avec leur partenaire, tels sont les types d'abus sur lesquels je pense qu'il faut se pencher ».*
- Interview 3 : *« Je me demande combien de personnes optent ensuite pour des mariages arrangés afin de se qualifier en tant que conjoint et ensuite le fardeau de déclarer quand il y a des enfants et de la violence domestique plus tard, ou pas d'engagement de la responsabilité parentale... c'est à peu près pourquoi les gens assument la responsabilité parentale, l'idée que si vous avez un bébé, cela pourrait renforcer votre dossier [d'asile]. »*
- Interview 5 : *« En tant que professionnel de la santé, combien de temps puis-je consacrer à cette famille quand je sais qu'elle a peut-être besoin de plus, c'est tout, combien dois-je investir pour répondre vraiment à leurs besoins identifiés alors qu'il y a d'autres familles qui sont nouvelles, qui sont résidents, qui ont droit à des services, donc c'est découvrir mon propre genre de préjugés, cela a soulevé beaucoup de mon propre système de croyances sur la moralité et les besoins de jugement, parce que vous savez que vous n'avez que sept ans et demi-heures par jour et combien pouvez-vous consacrer aux familles ? »*

Étape 2 : Conscience culturelle

- Interview 2 : *« Je n'ai pas vécu de choc culturel en sortant, mais je ressens toujours un choc culturel en revenant dans ce pays, oui je suis très consciente de la façon dont les gens perçoivent la Grande-Bretagne, au fond, j'ai du mal à m'y remettre... le choix, les supermarchés me jettent toujours vraiment, juste l'élément de choix ... ce changement si vous venez d'une culture où la religion est vraiment important pour venir dans une culture où ce n'est pas très difficile de s'y habituer, et aussi la famille, juste le changement... en venant ici il n'y a pas de famille autour de vous et les réseaux de soutien sont très étendus ».*

Étape 3 : Sensibilité culturelle

- Interview 7 : *« J'ai eu récemment de très mauvais exemples d'interprètes où ils ont en fait commencé à donner leur avis, ce qui a été un cauchemar, et je suppose parce qu'ils pourraient potentiellement*

appartenir à la même culture, au même type de formation et ils commencent à ajouter leurs points de vue ».

- Interview 3 : *« Je comprends que dans certaines cultures, vous ne vous contentez pas de dire "Bonjour", vous devez poser des questions sur la famille, la maison, etc., donc si vous êtes avec une femme, par exemple, qui est palestinienne et peut avoir été en Grande-Bretagne pendant 25, 30 ans, elle va encore faire ce processus en tant que traductrice, même si vous ne le lui avez pas demandé ».*
- Interview 12 : *« Des conseils sur une alimentation saine de ce genre pourraient être quelque chose qu'ils ne voient pas vraiment dans leur pays... Je devrais penser que ce serait peut-être plus ce que vous avez appris de votre famille avant et que vous le transmettez plutôt que la campagne gouvernementale ».*

Étape 4 : Connaissances culturelles

- Interview 10 : *« J'avais une famille que je vois encore, elle a perdu son appel, elle était du Kosovo, elle a perdu son appel trois fois, elle est toujours là... et le problème était qu'à l'origine l'enfant ne mangeait pas, l'enfant n'avait que six ans environ mois et ne mangeait pas du tout, la mère était très, très déprimée et le père était aussi, avait une sorte de handicap, boitant très mal, jeune homme, et donc à l'origine la visite que j'ai commencé à faire, c'était pour faire avec de la nourriture, vous savez sevrer le bébé et il ne se nourrissait pas et il [lait maternel] ne sortait pas, c'est comme ça que ça a commencé et puis lentement au fur et à mesure que les choses se sont déroulées, elle devenait plus gravement déprimée et elle n'avait aucun, aucun droit dans ce pays bien qu'elle soit mariée, la déportation lui trotte dans la tête ».*
- Interview 13 : *«... celle avec qui j'ai travaillé était très pathétique, elle a été placée dans un camp de réfugiés selon elle et elle a affirmé qu'elle avait été violée pendant la nuit et n'a pas pu identifier la personne, bien sûr qu'elle avait un bébé, vous savez, à la suite de ce viol, cela l'a beaucoup affectée émotionnellement et j'ai travaillé avec elle après qu'elle ait eu le bébé pendant environ deux mois et elle a été relogée en dehors de Londres et c'est comme ça que j'ai perdu le contact avec elle, mais elle pleurait constamment vous savez, qu'est-ce que je vais dire à mes parents, qu'est-ce que je vais dire à mes proches ».*
- Interview 11 : *« Je pense que quelque chose est assez difficile et ce n'est pas seulement confiné aux réfugiés mais je pense que c'est culturellement une sorte de concept de jeu et la façon dont vous traitez les enfants est ce jeu, euh je pense que ça n'existe tout simplement pas de la même manière dans pays où il y a beaucoup plus d'espace, il y a beaucoup plus de concept culturel selon lequel tout le monde s'occupe en quelque sorte des*

	<p><i>enfants des autres et donc les enfants forment presque leurs propres groupes de jeu par eux-mêmes sous l'œil d'une tante ou d'une grand-mère ou quelque chose comme ça et ils juste en quelque sorte continuer, euh, et donc l'idée d'une interaction structurée avec votre enfant est un concept assez difficile à faire passer ».</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Interview 13 : « ... la façon dont certaines cultures africaines croient qu'elles peuvent battre leurs enfants et c'est tout à fait acceptable, donc devoir leur expliquer que ce n'est pas acceptable ici, vous savez, certaines familles avec lesquelles j'ai travaillé laissent simplement leurs enfants à la maison et ils vont faire des courses et ils ont un enfant de 2 ou 3 ans tout seul à la maison, puis encore en Afrique c'est parfaitement acceptable, mais ici ce n'est évidemment pas le cas ».</i> <i>Interview 10 : « ... il voulait parler de ce qui lui était arrivé à un point où c'était presque, ce n'était pas confortable et il est venu, c'était un peu comme ... il en a presque fait une carrière, je me sentais juste vraiment inconfortable ».</i> <p>Étape 5 Compétence culturelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Interview 8 : «...ils ne le perçoivent pas comme un tabou, donc c'est mon problème en quelque sorte, mais quand je l'ai soulevé récemment avec une famille, j'ai eu l'occasion de le faire parce qu'un de leurs enfants avait un handicap mineur, et donc j'ai pu parler de leurs inquiétudes concernant les proches par rapport à leurs enfants... et ils avaient vraiment envie d'en parler, ils étaient vraiment contents d'en parler et puis ils ont bien dit qu'ils avaient déjà vraiment réservé certains proches que leurs enfants se marient et qu'ils étaient vraiment très honnêtement prêts à reconsidérer leur décision ».</i> <i>Interview 4 : «... en fait, ils ont cinq enfants qui font l'école buissonnière, la mère est impliquée dans des trafiquants de drogue, elle a des hommes chez elle pour une raison quelconque ... nous en avons un autre, le père est un gros trafiquant de drogue dans la région et le garçon de 12 ans vient d'être fait pour vol à main armée, donc vous savez que vous avez des problèmes vraiment complexes ».</i> 	
<p>30. Cohérence des données et des résultats</p>	<p>Étape 1 : Considération institutionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les participants étaient conscients que les réfugiés/demandeurs d'asile pouvaient être confrontés à la discrimination et à des désavantages. Souvent, les participants ont montré qu'ils étaient disposés à répondre aux besoins de santé de cette population, mais les politiques refusant les droits des demandeurs d'asiles au Royaume-Uni ont parfois entravé leurs efforts. L'échec des demandes d'asile signifiait que des familles se retrouvaient sans abri. Dans certains cas, les services sociaux offraient aux familles un logement 	<p>p.153-158</p>

	<p>pour seulement cinq nuits et un vol gratuit vers le pays d'origine mais qu'ils refusaient la plupart du temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les participants ont mentionné de nouvelles pratiques facilitant l'accès aux services. Par exemple, il y avait une équipe de spécialistes qui s'est concentrée sur l'accès aux soins de santé pour les personnes les plus vulnérables. • Certains participants ont expliqué qu'ils étaient moins capables de répondre aux besoins des réfugiés/demandeurs d'asile, notamment lorsque les patients s'attendaient à plus de ressources non disponibles. • Les visiteurs médicaux se sentent parfois incapables de fournir des soins de la même qualité qu'aux clients «ordinaires» <p>Étape 2 : Conscience culturelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les participants ont développé des connaissances sur différentes cultures. Certains ont eu l'occasion de travailler à l'étranger, ce qui a été avantageux pour leur travail. Ces expériences ont permis aux professionnels d'être plus efficace dans leur travail auprès des réfugiés/demandeurs d'asile. Cela leur a également permis de développer l'empathie. <p>Étape 3 : Sensibilité culturelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le recours à un interprète était considéré comme un moyen productif d'échanger des informations. Certains problèmes ont tout de même été évoqués notamment lorsque l'individu ne souhaitait pas divulguer des informations sensibles par le biais d'un interprète ou si ce dernier a été perçu comme pas efficace dans son rôle. • Certains participants ont expliqué avoir tenté d'apprendre certains mots en différentes langues tandis que d'autres ont exprimé qu'il était important d'encourager les personnes à apprendre l'anglais pour favoriser leur intégration. • Certains participants ont réalisé des tâches supplémentaires qui n'étaient pas de leur ressort dans le but de gagner la confiance de la famille et d'évaluer les besoins. • La promotion de la santé est considérée comme difficile. En effet, de nombreux patients venaient de pays où il y avait très peu de campagnes de santé publique. <p>Étape 4 : Connaissances culturelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les participants mentionnent que les réfugiés/demandeurs d'asile ont des besoins distincts et complexes qui diffèrent de la population générale. Certains des besoins de santé étaient en lien avec le pays d'origine (tuberculose, VIH, problèmes psychiatriques...) et d'autres sont liés aux mauvaises conditions de vie auxquelles ils sont soumis dans le pays d'accueil. 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • La santé mentale des patients était une préoccupation pour les participants, y compris l'impact du processus sur celle-ci. • L'intégration dans la société était aussi un problème. Un sentiment d'isolement, la difficulté à communiquer, la discrimination, le chômage, le choc culturel... sont des éléments souvent mentionnés. • La mauvaise parentalité était une problématique commune. Les participants pensaient que cela était lié à des difficultés à s'adapter à une culture différente. <p>Étape 5 Compétence culturelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cette cinquième étape combine l'équité, la promotion interculturelle de la santé et les approches sociales inclusives. 	
31. Clarté des thèmes principaux	<p>Oui, les données obtenues ont été classés selon les étapes du modèle de Quickfall :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étape 1 : Considération institutionnelle • Étape 2 : Conscience culturelle • Étape 3 : Sensibilité culturelle • Étape 4 : Connaissances culturelles • Étape 5 : Compétence culturelle 	p.153-158
32. Clarté des thèmes secondaires	<p>L'analyse du cadre de référence a révélé que la compétence culturelle était un sous-thème des facilitateurs de la pratique.</p>	p.154
33. Limites mentionnées par les acteurs	<p>La prise en compte de la diversité des différences culturelles entre les professionnels de santé entre eux et les professionnels et les familles peut être considéré comme limité. En effet, au fur et à mesure que la main-d'œuvre se diversifie, le concept de soins culturellement compétent pourrait évoluer. Des recherches supplémentaires sur les modèles de compétence culturelle dans divers contextes de soins primaires peuvent permettre de répondre à cette question.</p>	-
34. Limites observées	<p>L'article se base sur des données provenant de sources secondaires comme le modèle de Quickfall, pouvant influencer l'interprétation des résultats.</p> <p>Le nombre de participants étant faible, il est difficile de généraliser les résultats au reste de la population.</p>	-

