

Contenu

Résumé.....	2
Avis au lecteur.....	3
1. Introduction.....	5
2. Problématique et question clinique.....	5
2.1 Origine de la question de recherche.....	5
2.2 Différents statuts.....	6
2.3 Soins et requérants d’asile.....	7
3. Méthodologie.....	9
3.1 Les articles professionnels.....	9
3.2 Les articles scientifiques.....	10
4. Résultats.....	12
4.1 Présentation des articles retenus.....	13
4.2 Comparaison des résultats.....	19
5. Discussion et perspective.....	26
5.1 Réponse à la problématique et mise en perspective.....	26
5.2 Les éléments inattendus.....	29
5.3 Enjeux de notre travail.....	29
5.4 Limites de la revue de littérature.....	30
6. Conclusion.....	31
7. Sources.....	33
7.1 Liste de références bibliographiques.....	33
7.2 Liste bibliographique.....	35
Annexe 1.....	37
Annexe 2.....	37
Annexe 3.....	37
Annexe 4.....	38
Annexe 5.....	39

1. Introduction

Ce travail de Bachelor est le symbole de l'aboutissement de nos études de Bachelor en Soins Infirmiers. Il nous permet de nous familiariser à la recherche scientifique. Caractérisé comme une revue de littérature, il amène à développer des compétences dans la recherche et l'analyse critique.

L'origine de ce travail vient d'un intérêt partagé pour le domaine de l'interculturalité et les populations vulnérables. Nous avons donc choisi de nous intéresser aux requérants d'asile. Il nous tenait à coeur également de refléter une partie de la mission de l'infirmière vis-à-vis de la personne. D'après le code déontologique de notre profession, " la responsabilité primordiale de l'infirmière consiste à donner des soins infirmiers aux personnes qui en ont besoin. Dans l'exercice de sa profession, l'infirmière crée une ambiance dans laquelle les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et les croyances spirituelles de l'individu, de la famille et de la collectivité sont respectés. (...) L'infirmière plaide pour l'équité et pour la justice sociale dans la répartition des ressources et dans l'accès aux soins de santé et aux autres services sociaux et économiques "(Conseil international des infirmières, 2012). Dans notre travail de fin d'études, nous cherchions à mettre en lien tous ces aspects.

Ce travail s'articule en plusieurs chapitres et sous-chapitres. Dans un premier temps, nous allons expliquer les motivations à l'origine de notre questionnement et de la problématique. Les concepts principaux de notre thématique ainsi que le contexte socio-sanitaire qui l'entoure vont être présentés. Puis, nous exposerons la méthodologie qui nous a permis de trouver la documentation nécessaire à la réalisation de ce document. Après une analyse critique des articles sélectionnés, les résultats de ces derniers seront comparés à l'aide d'un tableau. Suite à cela, dans notre chapitre "discussion et perspectives", nous rassemblerons les résultats et ferons un parallèle avec le modèle culturel de Quickfall. Les impacts de notre travail pour la clinique infirmière, le domaine de la recherche et de l'enseignement seront abordés. Puis, nous exposerons les limites de notre travail de Bachelor.

Nous concluons avec l'exposition des compétences développées et avec un bref récapitulatif des points principaux abordés.

2. Problématique et question clinique

Cette première partie du travail présente la question de recherche et explique les éléments nécessaires à sa compréhension. Avant de clarifier les termes de notre thématique, nous allons nous pencher sur ce qui a fait émerger notre question.

2.1 Origine de la question de recherche

Toutes deux originaires d'une famille de migrants, nous sommes sensibles aux questions ethniques et culturelles. Lors de notre formation, nous avons pu toutes les deux participer à la SummerUniversity organisée par l'école. Durant ces semaines, la question des personnes migrantes a été abordée et illustrée par un témoignage. Suite à cela, nous nous sommes questionnées sur les difficultés que pouvaient rencontrer les migrants en arrivant en Suisse. De plus, lors de nos stages, nous avons eu la possibilité de côtoyer des personnes migrantes dont la prise en charge s'est révélée complexe ; des difficultés de communication et de compréhension des attitudes du patient, entre autres, ont été rencontrées.

Depuis l'été 2015, le sujet de la migration et/ou des requérants d'asiles est omniprésent dans les médias. La Suisse, par sa stabilité politique, son économie florissante et son respect des droits humains, est vue comme une possible terre d'accueil par des personnes persécutées pour leur opinion ou religion (Schwendener, 2015). Dans les médias, tels que *Le Temps*, Radio Télévision Suisse (RST) et *Le Matin*, nous avons réciproquement trouvé les titres suivants : "La Suisse prête à accueillir 1500 requérant d'asile" (2015), "Toujours plus de requérant d'asile vivent dans les bunkers" (2015) et "Les demandes d'asile ont augmenté de 66 % en 2015" (2016). Ce sujet d'actualité touche également les soins comme le suggère le titre du journal *Le Temps* : "Le défi des soins aux migrants" (2015).

L'actualité de la problématique de la migration et l'incidence sur les soins sont corroborées par les propos recueillis auprès de Mme Ninane Françoise¹ (Interview en annexe 2). Par ailleurs, lors de notre rencontre, elle nous a expliqué la difficulté du canton de Vaud face à l'hébergement de cette population grandissante. Migrants, requérants d'asile ou réfugié, qu'elle est la différence? Il est important de définir ces termes avant de continuer dans la problématique.

2.2 Différents statuts

Dans le langage courant, il est commun d'employer les mots "étrangers", "migrants", "réfugiés" ou "requérants d'asile" indifféremment sans tenir compte de leur définition (Service communautaire de la Planchette, 2015). Dans les faits, chacun de ces mots recouvre des réalités différentes. Selon Fibbi (1999), cité par le Service communautaire de la Planchette, les autorités suisses définissent l'étranger comme toute personne vivant en Suisse sans avoir la nationalité suisse (2015).

Le terme "migrant", quant à lui, est très large puisqu'il englobe les réfugiés, les détenteurs de permis (B,C,N) ainsi que les personnes qui bénéficient d'une admission provisoire (permis F), les clandestins et les bénéficiaires d'une retraite (Service communautaire de la Planchette, 2015). Parmi toutes ces catégories de personnes, il est important pour ce travail de différencier les réfugiés des requérants d'asile. La Loi fédérale sur l'asile du 1^{er} octobre 1998, définit le statut de réfugié ainsi (=LAsi, RS 142.31, art. 3) :

1 Sont des réfugiés les personnes qui, dans leur Etat d'origine ou dans le pays de leur dernière résidence, sont exposées à de sérieux préjudices ou craignent à juste titre de l'être en raison de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un groupe social déterminé ou de leurs opinions politiques.

2 Sont notamment considérées comme de sérieux préjudices la mise en danger de la vie, de l'intégrité corporelle ou de la liberté, de même que les mesures qui entraînent une pression psychique insupportable. Il y a lieu de tenir compte des motifs de fuite spécifiques aux femmes.

3 Ne sont pas des réfugiés les personnes qui, au motif qu'elles ont refusé de servir ou déserté, sont exposées à de sérieux préjudices ou craignent à juste titre de l'être. Les dispositions de la Convention du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés sont réservées.

¹ Infirmière cheffe d'unité de soins, Centre des populations vulnérables (CPV), (90%) Unité de Soins aux Migrants (USMi)

Un réfugié est un requérant d'asile reconnu. Dès lors, le requérant d'asile est une personne qui a déposé une demande d'asile et qui attend une réponse du Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM) (Puig, Ninane & Bodenmann, 2009).

S'il existe une définition particulière pour chaque "statut" cité, c'est parce que les droits diffèrent selon ce dernier et ce également au niveau de la santé (voir chapitre 2.3 ci-dessous).

Le dépôt d'une demande d'asile donne le droit de rester sur le territoire suisse durant toute la période de procédure dans l'un des cinq centres fédéraux d'enregistrement et de procédure (CEP) se trouvant à Bâle, Chiasso, Kreuzlingen, Vallorbe et Altstätten. Le séjour dans ces centres peut durer jusqu'à 90 jours (Organisation suisse d'aide aux réfugiés, 2009).

Après une première audition, les requérants sont répartis dans les cantons et se voient octroyé le permis N. Lors d'une seconde audition, ils doivent expliquer en détails les raisons de leur demande et appuyer leurs explications de documentation et de preuves. Le SEM va ensuite examiner la demande. Si l'asile est refusé, la personne est renvoyée dans son pays (Organisation suisse d'aide aux réfugiés, 2009).

Les personnes ayant le statut de requérant ont le droit au minimum légal de la part de l'aide sociale (Organisation suisse d'aide aux réfugiés, 2009). Cette dernière fournit préférentiellement des prestations en nature ; les prestations sont inférieures à celles octroyées aux indigènes et jusqu'à 40 % plus basses que les directives de la Confédération Suisse des institutions d'action sociale (CSIAS) (Caritas, 2016). Une autorisation de travail leur est délivré au plus tôt, trois mois après le dépôt de la demande (Organisation suisse d'aide aux réfugiés, 2009). A partir de ce moment, l'activité lucrative est possible sous certaines conditions (Ordonnance relative à l'admission, au séjour et à l'exercice d'une activité lucrative 24 octobre 2007 (= OASA, RS 142.201, art. 52), annexe 1). Il est important de relever qu'il est très difficile pour les requérants d'asile d'avoir une activité lucrative. Seuls 6-12 % des requérants d'asile travaillent et cela dans un domaine différent de leur formation. En effet, ils trouvent souvent des emplois mal payés et sous-qualifiés (Malka & al., 2015).

Les requérants actifs professionnellement doivent payer une taxe spéciale de 10% sur leur revenu en plus des impôts réguliers. Ceux qui ne peuvent pas subvenir à leurs besoins ont le droit à l'aide sociale. La qualité de vie, le travail influencent l'état de santé de tout un chacun. Dans l'article "la perception des liens travail/santé", les auteurs indiquent que le travail et ses conditions "peuvent contribuer à construire, préserver ou développer la santé" (Bouffartigue, Pendariès & Bouteiller, 2010).

Qu'en est-il alors de la santé des requérants d'asile?

2.3 Soins et requérants d'asile

Au même titre que tout résident en Suisse, les requérants d'asiles doivent contracter une assurance maladie. Les coûts liés aux primes d'assurance sont normalement pris en charge par les pouvoirs publics (État) ; ils sont inclus dans les indemnités forfaitaires payées par la confédération (art. 88, al. 2, LAsi). Le choix des caisses maladies, des médecins et hôpitaux peut être restreint par le canton comme c'est le cas dans le canton de Vaud (Organisation suisse d'aide aux réfugiés, 2009). Les requérants ont droit aux mêmes prestations que la population résidente.

Dans le canton de Vaud, le Réseau de santé et migration (RESAMI) est responsable de fournir des prestations de santé à tous les bénéficiaires de l'établissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM). Au sein de ce réseau, composé de plus de 170 médecins de premier recours, l'Unité de soins aux migrants (USMi) "est une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmiers (...), d'une équipe administrative et de médecins spécifiquement formés dans la prise en charge des migrants" (RESAMI, 2014). Elle prend en charge les requérants d'asile à leur arrivée sur le Canton de Vaud. Les infirmières de l'USMi font un bilan de santé à chaque requérant dans les jours suivants leur arrivée et les orientent, si besoin, vers le réseau médico-sanitaire vaudois (RESAMI, 2014).

Le bilan de santé a pour but d'évaluer l'état de santé du requérant arrivant dans le canton de Vaud. Il dure entre une heure et une heure et demie. Il permet également de donner les informations nécessaires aux nouveaux arrivants quant au fonctionnement de RESAMI, de proposer les différents vaccins ainsi que de faire de la prévention des infections sexuellement transmissibles (Ambrosino, 2012).

Selon Premand « Les requérants d'asile constituent une population particulièrement vulnérable aux problèmes de santé mentale » (2013, cité dans Koller, 2013). Le phénomène migratoire est source de stress et de souffrance surtout quand il s'agit de migration forcée ce qui est le cas pour la plupart des requérants d'asile (Chimienti, Efiyayi & Losa, 2001). La récurrence d'épisodes violents vécus, de déchirements affectifs ainsi que les conditions offertes dans le pays d'accueil et l'incertitude liée au statut de requérant d'asile sont des facteurs favorisant l'apparition de troubles psychiatriques (Koller, 2013). Outre les pathologies mentales, les recherches démontrent que les troubles somatiques les plus répandus chez les requérants d'asile sont "la tuberculose, les problèmes dentaires, les maladies infectieuses, les parasitoses, les maladies sexuellement transmissibles ainsi que les carences alimentaires" (Mauranne, 2013).

L'accès aux soins peut être freiné par la barrière culturelle et/ou linguistique, l'incertitude quant à l'avenir, le sentiment de méfiance ou de honte, voire une mauvaise compréhension du système sanitaire. La complexité de ce dernier peut également être un obstacle pour l'entrée en soins de cette population (Macedo Fraga, Kozuch-Lyzwa & Vieru, 2012). C'est d'ailleurs souvent dans l'urgence que les requérants d'asile ont recours à notre système de santé. Le personnel médical se trouve alors face à une population vulnérable dont les représentations de la santé et de la maladie diffèrent potentiellement des leurs (Mauranne, 2013).

La prise en soin de cette population est complexe; établir une relation est difficile tout comme élaborer un projet thérapeutique. Une approche holistique est indispensable (Maurianne, 2013). Dès lors, l'infirmière doit tenir compte du contexte socio-culturel. La culture ainsi que le vécu influencent les attitudes, les comportements ainsi que les réactions du soigné tout comme l'expression des différentes symptomatologies (Nicholl & Thompson, 2004). L'aide d'un interprète communautaire est nécessaire. Il intervient dans un dialogue afin d'apporter une traduction socioculturelle aux interlocuteurs présents. Les interprètes peuvent interférer avec l'établissement de la relation ou paraphraser les dires de chacun ce qui constitue un biais. Absent des lieux de soins, la demande d'interprètes doit être faite à l'avance (Mauranne, 2013).

L'infirmière se retrouve alors souvent seule face au requérant d'asile. Des incompréhensions mutuelles peuvent apparaître, le professionnel de santé doit adapter sa communication en tenant compte de la différence linguistique et culturelle. Afin d'avoir une prise en soins holistique, il est indispensable d'avoir une anamnèse complète. Faute de temps, les

souffrances vécues dans le pays d'origine, le départ forcé voire les mauvais traitements, susceptibles d'influencer la prise en soins, ne sont parfois que peu ou pas abordés. Dans un cadre de restriction budgétaire, il est, de plus en plus, demandé aux soignants de diminuer les coûts de la santé et ceci passe parfois par une réduction du temps accordé aux patients (Mauranne, 2013). Madame Ninane Françoise nous a d'ailleurs fait part d'une future adaptation du bilan de santé qui devrait permettre de dépister des problèmes de santé de façon plus rapide.

Madame Ninane nous a également expliqué que le flux migratoire reste important. Les structures d'accueil et de soins mises en place avant 2015 se révèlent insuffisantes pour accueillir toutes ces personnes. Une réadaptation des infrastructures sanitaires et du système de santé est nécessaire. Nous posons l'hypothèse que l'afflux migratoire va également mener à un ajustement de la gestion des finances de l'État. L'augmentation du nombre de requérants d'asile conduit à une augmentation de bénéficiaires de prestations de base ainsi que des coûts de la santé. Les primes d'assurance maladie étant payées par l'État cela augmente les dépenses de celui-ci.

Le flux migratoire implique également une augmentation des requérants d'asile parmi les patients. Les infirmières de RESAMI, spécialisées dans les soins aux migrants, peuvent mobiliser des compétences ethnographiques afin d'établir un lien avec le requérant et l'accompagner pendant son séjour. Le personnel infirmier du système de santé n'a souvent pas ces compétences comme le soulève l'article "Caractéristiques épidémiologiques des étrangers en Suisse" (Chimienti, Efiouy & Losa, 2001). Certaines mesures existent déjà pour faciliter la prise en soins des requérants. Cependant, elles montrent certaines limites. Notre question est donc la suivante :

Comment améliorer la prise en soins infirmière des requérant d'asile au sein des services hospitaliers?

3. Méthodologie

Avant d'exposer les résultats de nos recherches et de répondre à notre question, il est important d'expliquer la méthodologie suivie pour la réalisation de ce travail. Deux types de documents ont été utilisés : des articles professionnels et des articles scientifiques. Pour construire notre problématique, nous avons surtout recherché de la documentation professionnelle. Puis, pour répondre à notre question de recherche, nous nous sommes tournées vers la documentation scientifique.

Afin d'avoir une idée plus précise sur le thème que nous voulions aborder, nous avons rencontré et interviewé l'infirmière Ninane Françoise en novembre 2015 (annexe 2). Cette dernière nous a expliqué le fonctionnement de son service et a orienté nos recherches. Selon ses recommandations, nous avons procédé de la manière expliquée ci-dessous.

3.1 Les articles professionnels

Les articles professionnels ont été trouvés grâce à la base de données Google. Nous avons choisi cette dernière, car elle nous a paru adéquate pour accéder à la documentation professionnelle, mais également, car nous maîtrisons très bien cet outil de recherche. Les combinaisons de mots utilisées ont été les suivantes : "santé et migrant Suisse", "soins migrants

Suisse”, “santé mentale requérants d’asile”, “réfugié ou requérant d’asile”, “requérant d’asile Suisse”, “procédure d’asile”, “droit d’asile” et “santé et migrants”.

Pour affiner la recherche, la base de données des websites *asile.ch* et *caritas.ch* a été utilisée. Ces derniers ont été choisis, car ils sont directement en lien avec notre problématique ainsi qu’avec la prise en charge des migrants. Les mots clés suivants ont été entrés dans la base de recherche : “requérants d’asile statistiques” et “requérants d’asile”.

Des documents médiatiques étaient nécessaires. Nous avons donc utilisé les bases de données des Websites *letemps.ch*, *lematin.ch* et *rts.ch*. Dans le moteur de recherche la combinaison suivante a été rentrée : “requérants d’asile 2015”.

Pour formuler la question de recherche, nous avons utilisé la méthode PICO. Cet outil de travail amène à réfléchir sur la population, l’intervention, le contexte et les objectifs de la question. En d’autres termes, il permet de rendre la question plus spécifique.

3.2 Les articles scientifiques

Afin d’affiner notre problématique, nous avons eu recours à Google Scholar où nous avons utilisé les mots clés “travail influence santé”. Le titre et le résumé étant pertinents avec ce que nous recherchions, un article a été retenu et utilisé.

CINHAL, NCBI PubMed, Embase et BDSP sont les bases de données utilisées pour répondre à notre question de recherche. Nous avons d’abord eu recours à CINHAL qui est une base de données spécialisée dans le domaine des sciences infirmières puis NCBI PubMed qui est spécialisé dans le domaine biomédical. Peu d’articles ont été retenus, nous avons donc étendu la recherche en utilisant les deux autres bases de données citées.

Nous avons limité nos recherches aux textes intégraux ainsi qu’à dix ans d’ancienneté (2006 à 2016) et précisé l’âge de la population (18 ans et plus). Lors de nos recherches, un texte de 2005 a été retenu. En effet, cet article était pertinent et adéquat par rapport à notre question de recherche et très bien construit. Le contenu de l’article a primé sur la date de parution en ce qui concerne la sélection de cet article.

Les mots-clés utilisés pour nos recherches sont les suivants :

Français	Anglais
Requérant d’asile Réfugié ou asile politique	Refugees (inlcus: Asylum Seeker)
Immigrants	Immigrants
Hospitalisé	Inpatients Inpatient care
Hospitalisation	Hospitalization Hospitalisation Hospital
Soins d’urgence	Emergency Nursing

Soins transculturel	Transcultural Care Transcultural nursing Leininger's Theory of culture care Diversity and Universality
Compétence Culturel	Cultural Competence
Soins infirmiers	Nursing care Nursing Nurse Nurs*
Rôle infirmier	Nursing role Nurse's role

Sur CINHALL, les équations suivantes ont été introduites: MH Emergency Nursing AND MH Refugees, MH Leininger's Theory of culture care Diversity and Universality AND Refugees, MH Refugees AND Inpatient Care, MH Refugees, MH Cultural Competence AND Refugees AND Nursing Care, MH Transcultural Nursing AND MH Refugees, Transcultural Nursing AND Hospital AND (Refugees OR Immigrants), MW Inpatients AND MW Refugees, MW Nursing Role AND MW Refugees.

Sur NCBI PubMed, les équations suivantes ont été introduites: Refugees (MESH) AND Nursing (MESH), Refugees (MESH) AND Transcultural Nursing [Majr], Refugees [Mesh Terms] and (nurs*[Title/Abstract] OR Nurse's Role [Mesh Terms] OR Nurse [Mesh Terms] OR Nursing [Mesh Terms]).

Sur BDSP, les équations suivantes ont été introduites : (Réfugié OU Asile politique) Mcl=[Hospitalisation], (Réfugié OU Asile politique) Mcl=[soins].

Sur Embase, les équations suivantes ont été introduites: Réfugee AND Nursing Care, Hospitalisation AND Refugee.

Le résultat de l'utilisation de chaque base de données et équation est expliqué dans le chapitre qui suit. Nous y expliquons également comment nous avons trié les articles obtenus afin de n'en retenir que six pour répondre à notre question de recherche.

4. Résultats

Base de données	Date de la recherche	Mots-clés, MESH, opérateurs booléens	Nombre d'articles obtenus	Articles écartés (titre et/ou résumé non pertinent)	Articles lus (Texte intégral)	Articles retenus et analysés
CINHAL	09 Mai 2016	MH Refugees	172	152	20	1
		MH Refugees AND Inpatient Care	7	4	3	0
	12 Mai 2016	MH Leininger's Theory of culture care Diversity and Universality AND Refugees	5	4	1	0
		MH Emergency Nursing AND MH Refugees	10	6	4	1
		MH Cultural Competence AND Refugees AND Nursing Care	10	9	1	1
		MH Transcultural Nursing AND MH Refugees	23	21	2	1
		Transcultural Nursing AND Hospital AND (Refugees OR Immigrants)	21	17	4	1
	23 Mai 2016	MW Inpatients AND MW Refugees	10	10	0	0
		MW Nursing Role AND MW Refugees	35	34	1	0
Pubmed	19 Mai 2016	Refugees (MESH) AND Nursing (MESH)	20	15	5	1
	25 Mai 2016	Refugees [Mesh Terms] AND (nurs*[Title/Abstract] OR Nurse's Role [Mesh Terms] OR Nurse[Mesh Terms] OR Nursing [Mesh Terms])	57	57	0	0
	25 Mai 2016	Refugees (MESH) AND Transcultural Nursing [Majr]	0	0	0	0
BDSP	25 Mai 2016	(Réfugié OU Asile politique) Mcl=[Hospitalisation]	10	10	0	0
		(Réfugié OU Asile politique) Mcl=[soins]	33	33	0	0

Embase	25 mai 2016	Refugee AND Nursing Care	1	1	0	0
		Hospitalisation AND Refugee	6	6	0	0

Tableau n°1 : A. Oulevey Bachmann, A. Ortiz ,C. Cohen & H. Verloo (communication personnelle [Présentation PowerPoint], 12 mai 2016), Présentation des résultats et discussion. Adapté par les auteurs de ce travail le 13 mai 2016.

Les articles retenus ont été analysés grâce à une grille d'analyse (exemple vierge en annexe 3, en annexe 4 grilles remplies). Ils vont maintenant être présentés brièvement ; l'analyse est incorporée dans la présentation de chaque article.

4.1 Présentation des articles retenus

ARTICLE N° 1: Morris, M. D., Popper, S. T., Rodwell, T. C., Brodine, S. K., & Brouwer, K. C. (2009). Healthcare Barriers of Refugees Post-resettlement. *Journal of Community Health*, 34(6), 529–538. <http://doi.org/10.1007/s10900-009-9175-3>

Cette étude pilote qualitative publiée en 2009 se déroule dans le comté de San Diego. Écrite par quatre auteurs, le premier fait parti du département de médecine de Global Public Health et le second est diplômé postgrade de l'école de la santé publique de San Diego. L'étude cherche à comprendre ce qui entrave l'accès complet aux soins chez les réfugiés. Les résultats mettent en évidence des pistes d'interventions pour la pratique infirmière qui réduisent les obstacles et améliorent la prise en charge de cette population. Dans cette étude, le mot réfugié englobe plusieurs communautés dont les requérants d'asile.

Quarante informateurs âgés de minimum 18 ans ont été interviewés. Ceux-ci sont des employés des organismes de réinstallation volontaire (VOLAGS), d'aide mutuelle (MAA), des fournisseurs de soins de santé (PS) qui s'occupent régulièrement de réfugiés et des réfugiés installés aux Etats-Unis depuis un à cinq ans et issus de pays spécifiques. Les critères d'inclusion sont définis, ils permettent d'avoir une population bien définie. La méthode d'échantillonnage est cohérente avec celle d'une recherche qualitative.

Les chercheurs ont réalisé des entretiens individuels semi-structurés en présence d'un interprète si besoin. Ils ont essayé de faire correspondre le genre de tous les interlocuteurs pour faciliter l'expression des participants. Une triangulation est faite entre les informations des deux communautés formant la population accessible et la littérature. Deux analyses ont mené à l'identification des deux thèmes suivants : les problèmes de santé émergents et récurrents identifiés chez les réfugiés après leur réinstallation dans le pays d'accueil et les principaux obstacles à l'accès aux soins (la langue et la communication, les difficultés d'acculturation et les croyances culturelles sur la santé et les soins). Chaque problématique est expliquée et illustrée par des verbatim. Les chercheurs expliquent que la généralisation des résultats n'est pas possible, cependant les nombreux parallèles avec la littérature montrent le contraire. Les résultats sont crédibles, fiables, transférables et ont été confirmés par les pairs. Non exhaustifs, ils ont pu être limités par la population choisie : les participants sont habitués à travailler avec des réfugiés et les fournisseurs de santé étaient toutes des femmes. Les interviews ont été traduites en anglais, des biais peuvent avoir eu lieu lors de la traduction.

L'étude a été examinée et approuvée par les conseils d'examen institutionnel de l'Université de Californie. Le consentement éclairé a été obtenu par oral et enregistré sur bande audio. Les participants ont reçu une rémunération ; la somme équivaut presque au double du

salaire moyen par heure à San Diego. Malgré ce dernier aspect, nous avons jugé l'article éthiquement acceptable.

L'étude apporte une réponse partielle à notre question de recherche. Malgré les limites de généralisation, des similitudes sont présentes entre les Etats-Unis et la Suisse; les interventions peuvent être adaptées à notre système de santé.

ARTICLE N° 2 : Hultsjö, S., & Hjelm, B. K. S. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 56, 278–285.

Étude qualitative exploratrice parue en 2005 qui se déroule dans l'hôpital régional du sud de la Suède. L'étude est décrite par deux infirmières qui mènent également les entretiens en focus groupes. Le but est de déterminer si le personnel des soins d'urgence somatique et psychiatrique rencontre des problèmes lors de la prise en charge de migrants et, si oui, de comparer les difficultés rencontrées. Dans cette étude, le terme migrant est utilisé pour désigner toute personne non originaire de Suède, les requérants d'asile compris.

La population accessible travaille, depuis minimum deux ans, dans un des trois services de soins suivants : ambulanciers, urgences somatiques et soins intensifs psychiatriques. Les participants (n=35) sont volontaires ; plus de 50 % sont infirmiers et les deux genres sont représentés de façon égale. Les critères d'inclusion sont définis et les caractéristiques de la population visible. La méthode d'échantillonnage est adéquate pour une recherche qualitative.

Les entretiens de groupe semi-structurés ont permis le recueil de données. Ils ont cessé quand la saturation a été atteinte. Après deux analyses des données indépendantes, les résultats montrent que le personnel soignant rencontre des problèmes communs lors de la prise en charge des migrants surtout lorsqu'il s'agit de requérants d'asiles. Les professionnels éprouvent des difficultés face aux comportements culturels différents et lors du contact avec les proches. Les ambulanciers expliquent que leur uniforme génère parfois un sentiment de menace difficile à gérer chez les migrants. L'organisation complexe du système de santé est également une difficulté pour les professionnels qui ne savent pas comment orienter les patients ; surtout dans les services d'urgences somatiques. Le genre du personnel soignant pose également problème tout comme la communication. Le personnel soignant éprouve une certaine difficulté dans la compréhension de la personne migrante et de son histoire. Ces résultats sont expliqués, illustrés par des verbatim et un tableau récapitulatif et comparatif. Ils émergent d'une triangulation entre les notes prises pendant les entrevues, les dires des participants ainsi que la littérature. Ils sont fiables, crédibles, confirmés par la littérature et peuvent être transférables.

Cette étude est unique ; elle explore le domaine somatique et psychiatrique et les compare. Il y a peu d'études s'intéressant au personnel soignant dans le domaine des soins aux requérants d'asile. La taille du groupe peut être un facteur limitant à l'obtention des résultats. L'étude a été validée par le comité d'éthique de l'université de Lund. Les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit.

Les résultats permettent d'apporter une réponse partielle à notre question de recherche. Malgré le fait que l'étude soit faite en Suède, les problématiques et interventions sont transposables à la Suisse.

ARTICLE N° 3 : Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Gipson, T., Volpe, E., & Jean-Pierre, P. (2007). Caring for Somali women: Implications for clinician–patient communication. *Patient Education and Counseling*, 66(3), 337–345. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2007.01.008>

Étude qualitative parue en 2012 qui se déroule à Rochester (New York). L'étude est écrite par six auteurs ; le principal chercheur travaille au département de la médecine des familles et au centre du cancer ; il est également en lien avec l'université de Rochester. L'étude cherche à savoir quels sont, d'après les femmes somaliennes réfugiées, les caractéristiques et les comportements associés à une communication et à un traitement adéquats dans les services de soins de prévention ?

La population a été choisie parmi la communauté féminine Bantous et Somalienne par la méthode de bouche à oreille puis de boule de neige. Les deux communautés sont équitablement représentées dans l'étude. Pour participer, les femmes devaient avoir plus de 18 ans, être née en Somalie et résider à New York depuis au moins 2 mois et pas plus de 9 ans. Les critères d'inclusions permettent d'avoir une population bien définie ; un tableau montre les caractéristiques de celle-ci. La méthode d'échantillonnage est adéquate pour une recherche qualitative.

Des entretiens individuels semi-structurés avec interprète féminin ont permis le recueil de données. Les questions utilisées sont inspirées d'études antérieures sur les thèmes similaires et réadaptées selon les conseils des informateurs. Les entretiens ont été stoppés quand la saturation par répétitions des concepts a été atteinte. Enregistrées, puis transcrites, les entrevues ont été codées par des programmes de codages. Deux analyses indépendantes ont été réalisées pour assurer l'exactitude des résultats. Regroupés sous deux thèmes avec des sous-catégories, ces derniers montrent l'importance des interprètes féminins pour une prise en charge optimale de cette population. L'ouverture d'esprit, la patience et l'intérêt pour la culture d'autrui sont les caractéristiques des cliniciens appréciées par les Somaliennes et Bantous. En contrepartie, l'impatience ou un examen physique inadéquat sont vus comme des pratiques irrespectueuses. Les Somaliennes relèvent le besoin d'améliorer l'éducation à la santé. Il y a peu de différence entre les Bantous et les Somaliennes qui se trouvent sous les mêmes conditions aux USA. Une triangulation entre la littérature, les dires des participants et les notes prises lors des entretiens permet d'avoir des résultats crédibles. Ces derniers sont également confirmés par les pairs et la population accessible. Ils sont fiables et transférables.

Les interviews sont menées par des professionnels de santé qui ont pu influencer les résultats. Les chercheurs ont mis en place des moyens pour réduire les limites identifiées. Le protocole d'étude a été validé par l'université de Rochester (Research Subjects Review Board). Les participants ont reçu des snacks et une carte d'épicerie d'une valeur de 10 \$. Les transports ont été remboursés. Ceci est un dédommagement symbolique qui ne remet pas en cause l'éthique de la recherche. Il n'y a pas de notion sur l'obtention d'un consentement éclairé. Cependant, les auteurs parlent de participation volontaire des participants ce qui nous fait penser que le consentement a été obtenu.

L'étude permet d'améliorer la prise en charge de cette population spécifique aux USA. Les problèmes que rencontrent cette dernière coïncident avec les observations faites dans d'autres recherches sur d'autres populations de réfugiés ou requérants d'asile. Il est possible de transposer les résultats au système de santé Suisse et donc d'apporter une réponse partielle à notre problématique.

ARTICLE N°4: Quickfall, J. (2014). Cultural competence in practice: the example of the community nursing care of asylum applicants in Scotland. *Diversity & Equality in Health and Care*, 11, 247–253.

Cette étude ethnographique parue en 2014, se déroule dans la ville de Glasgow en Ecosse. Elle a été écrite par l'ancienne directrice des infirmières du Queen's Nursing. Le but de l'étude est d'établir les principes sous-jacents de la compétence culturelle. En 2004, l'auteur de cet article a développé une théorie intermédiaire comprenant cinq étapes qui permet d'offrir des soins transculturels aux requérants d'asile. L'article de 2014 cherche à savoir comment les infirmières communautaires ont utilisé les concepts de cette théorie pour offrir des soins transculturels aux requérants d'asile.

La chercheuse a effectué 25 séances d'observation auprès de 21 prestataires de soins primaires et 39 demandeurs d'asile. 27 d'entre eux étaient des cas quotidiens et 12 faisaient partie des classes d'anglais pour les personnes non anglophones. Chaque observation était suivie d'un ou plusieurs entretiens avec un traducteur si nécessaire. Les notes des observations et des entretiens ont été prises manuellement pour éviter d'augmenter l'anxiété des requérants. Puis elles ont été écrites électroniquement 24h après pour éviter les biais. L'auteur ne définit pas clairement les critères d'inclusion de la population. La méthodologie est claire et adéquate.

L'approbation éthique a été obtenue auprès du NHS Greater Glasgow et du comité d'éthique de Clyde Research. Une triangulation entre les entrevues, les notes et la littérature a permis d'obtenir les résultats exposés décrits selon les 5 critères de la théorie intermédiaire. Les résultats démontrent l'importance d'avoir dans les services un modèle permettant d'être culturellement compétent et la nécessité d'avoir un interprète pour offrir des soins équitables. Les compétences culturelles peuvent être rentables. Trois grands thèmes émergent de l'étude : la nécessité de fournir un service équitable, la promotion interculturelle de la santé comme un processus de partenariat et l'aide à l'acculturation. Ceux-ci influent sur la prestation de compétence culturelle.

Les résultats sont fiables et crédibles. Ils sont confirmés par la triangulation. L'auteur exprime une limite dans la transférabilité des résultats. Cependant, il n'exclut pas le fait qu'il existe des thèmes communs dans d'autres contextes. Le modèle mis en évidence dans l'étude est tout à fait pertinent avec notre thème; il permet d'avoir une vision plus approfondie. Illustré par des interventions, le modèle développé peut servir de fil conducteur pour répondre à notre problématique.

ARTICLE N°5: Plaza del Pino, F. J., Soriano, E., & Higginbottom, G. M. (2013). Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography. *BMC Nursing*, 12(1), 14. <http://doi.org/10.1186/1472-6955-12-14>

Étude qualitative publiée en 2013 dans la revue BioMed Nursing utilise une méthodologie ethnographique ciblée et située dans le paradigme interprétatif. Elle se déroule dans les hôpitaux publics du sud de l'Espagne. L'étude est menée par deux auteurs espagnols et un auteur canadien, elle cherche à savoir comment les infirmières perçoivent leur communication avec les patients marocains et identifier les obstacles existant dans la prestation de soins culturellement compétents.

La population participant à cette étude est composée de 6 infirmiers et 26 infirmières. Tous travaillent dans un service de soins généraux et ont plus d'une année d'expérience dans ce service. Les participants sont volontaires et un consentement libre et éclairé a été obtenu. La taille de l'échantillonnage a été obtenue par saturation des informations recueillies lors des entretiens semi-structurés. Un code a été donné à chaque participant afin d'assurer l'anonymat. L'approbation éthique a été obtenue auprès du sous-comité de recherche de la qualité, de la recherche et de la gestion Torrecardenas Complex Hospital à Almeria. La méthode d'échantillonnage est adaptée à la recherche qualitative et les critères d'inclusion sont définis.

Les chercheurs ont mené des entretiens semi-structurés auprès des participants. Des enregistrements audios ont été faits lors des entretiens. Une traduction en quatre étapes a été faite afin d'assurer l'exactitude de cette dernière. Ceci permet de confirmer la fiabilité et crédibilité des résultats. Ces derniers sont regroupés sous quatre thèmes principaux et illustrés par des verbatim. Les résultats sont transférables ; les liens avec les écrits littéraires nous le montrent.

Bien que cette étude ne s'intéresse pas aux requérants d'asile, nous avons décidé de la garder, car le but est proche de notre question de recherche. Les recommandations proposées par les auteurs sont spécifiques aux soins infirmiers et répondent en partie à notre problématique.

ARTICLE N°6: Omeri, A. (2006). Beyond Asylum: Implications for Nursing and Health Care Delivery for Afghan Refugees in Australia. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(1), 30–39. <http://doi.org/10.1177/1043659605281973>

Cette recherche qualitative parue en janvier 2006 a été faite dans la ville de la Nouvelle-Galles du Sud en Australie. Elle a été menée par trois doctorants en soins infirmiers travaillant dans les universités de Sydney. Les buts de l'étude sont de connaître les obstacles que rencontrent les réfugiés afghans pour accéder aux services de santé, de savoir dans quelles mesures ces services répondent à leurs besoins et si les questions de réinstallation affectent la santé et le bien-être de ce groupe de réfugiés.

Pour construire l'échantillonnage, les chercheurs ont contacté l'association du réseau communautaire afghan. Au total, 38 participants ont répondu à l'étude. La population accessible a été divisée en 2 groupes : informateurs clés (13 personnes) et informateurs généraux (25 personnes). Les critères d'inclusion pour les informateurs clés étaient les suivants : être né en Afghanistan et avoir migré en Australie, avoir 18 ans ou plus, vouloir participer à l'étude, avoir des connaissances sur la culture afghane et le domaine de l'enquête, être capable de parler un peu anglais et en Dari ou en Persan. Le consentement des participants a été obtenu par la signature d'un formulaire de consentement traduit en Dari. La méthode d'échantillonnage est adéquate. Les auteurs auraient pu spécifier la période de résidence de la population afghane en Australie qui dans cette étude va de 1 an à 16 ans.

Les chercheurs ont mené trois focus groupes ainsi que des entretiens semi-structurés auprès de la population afghane et des personnes répondant aux besoins de santé de cette population. Deux focus groupes étaient composés de 7 femmes et un, de 9 hommes. Les chercheurs ont fait appel à un interprète afin de faciliter la communication avec la population afghane. Les entretiens se sont déroulés dans une salle communautaire ou chez l'un des

participants afghans afin de faciliter l'accessibilité aux participants. Les résultats regroupés par thèmes montrent que le manque de confiance et de confidentialité dans la tenue des dossiers ainsi que les services culturellement incompatibles sont des freins à l'accès aux services de santé pour la population afghane.

Les difficultés rencontrées par la population afghane en Australie sont similaires aux différentes populations de migrants dans les pays occidentaux. Les recommandations proposées nous semblent adéquates. Certaines sont transposables dans les services de santé en Suisse. Les résultats ainsi que les recommandations proposées nous ont convaincu de garder cet article. Il apporte une réponse partielle à notre problématique. La plus-value de cet article est que la population afghane propose certaines interventions pour améliorer les compétences culturelles des soignants.

4.2 Comparaison des résultats

Nous allons maintenant comparer les résultats obtenus dans les articles à l'aide du tableau ci-dessous.

Article	Population	Intervention	Comparaison	Impact pour la pratique	En quoi l'article répond à notre question de recherche ?
N°1	n=40 Réfugiés réinstallés aux USA, employés des organismes de réinstallation volontaire, des organismes d'aide mutuelle et fournisseurs de soins de santé prenant souvent en charge des réfugiés	<p>Suggestions pour alléger les barrières de langues : Augmenter la qualité des services d'interprétation (agir sur la formation de ces derniers). Améliorer l'utilisation des services de traduction : services en ligne, service de vidéo. Accroître la disponibilité des cours d'anglais pour les réfugiés.</p> <p>Stratégies pour diminuer les obstacles d'accoutumance : Fournir plus de soutien social et économique. Réajuster les objectifs de promotion de la santé. Inclure les besoins culturels et linguistiques dans les soins.</p> <p>Stratégies pour réduire l'impact de la culture sur les soins :</p>	<p>L'article met en parallèle le point de vue médical avec celui des réfugiés. Le mot "réfugié" englobe une population très large dont les requérants d'asile. L'étude aborde le domaine de prévention et l'accès aux soins. Les auteurs identifient les problématiques majeures de la population réfugiée; certaines se retrouvent dans les autres articles.</p>	<p>L'article met en évidence les secteurs de santé susceptibles d'être plus côtoyés par les réfugiés. Ce sont les endroits où il est plus urgent de faire des réformes. La recherche permet à l'infirmière d'avoir en tête les principales problématiques de santé et sociales que peut avoir un réfugié. L'article fait des recommandations pour l'infirmière et le collectif.</p>	<p>L'article répond en partie à notre question. Il propose des interventions spécifiques à l'accès aux soins, mais certaines sont transposables à une prise en charge hospitalière.</p>

		<p>Adapter ses soins à la culture de la personne soignée.</p> <p>Le personnel soignant doit être sensible culturellement (il faut agir sur la formation).</p> <p>Informez les patients des traitements et des soins alternatifs pour rendre les réfugiés plus autonomes dans leurs interactions avec le système de santé.</p>			
N°2	<p>n = 35</p> <p>Infirmières et soignants de trois unités : ambulanciers, urgences somatiques et soins intensifs psychiatriques. Plus de 50 % sont infirmières ; les deux genres sont représentés de façon égale.</p>	<p>L'infirmière doit être culturellement compétente.</p> <p>L'organisation du système de santé et son fonctionnement comme réseau doivent être développés.</p> <p>Des informations sur le système de santé doivent être données aux requérants ; les infirmières doivent se rendre dans les lieux qui accueillent les requérants.</p> <p>Le personnel d'interprétation devrait être disponible 24h/24 (téléphone ou autres techniques). Des routines de communication devraient être développées (protocole).</p> <p>L'infirmière doit intérioriser le fait que les comportements non verbaux et verbaux dépendent de la culture et se référer aux modèles de soins culturels lors d'une prise en charge.</p>	<p>Le point de vue et les difficultés des professionnels de santé face à la population migrante sont mis en évidence.</p> <p>Le mot "migrant" utilisé dans l'article comprend les requérants.</p> <p>La population accessible n'inclut pas les requérants d'asile.</p> <p>L'étude fait référence à différents modèles de soins transculturels comme Leininger, Campinha-Bacote ou Giger et al.'s.</p>	<p>L'article montre le besoin d'avoir de bonnes structures et d'utiliser des modèles de soins dans la prise en charge de requérants d'asile.</p> <p>Il aborde les difficultés que peuvent rencontrer les professionnels de santé face à cette population ainsi que leurs besoins.</p> <p>L'étude donne des pistes d'interventions pour le personnel soignant.</p>	<p>L'article est réalisé par deux infirmières et met en évidence les difficultés de prise en charge des migrants du personnel soignant (surtout composé d'infirmiers). Des propositions pour améliorer la pratique sont soulevées. Cet article peut donc nous aider à répondre à une partie de notre problématique.</p> <p>L'article fait référence à plusieurs modèles transculturels que nous pouvons utiliser dans notre discussion.</p>

		Il faut promouvoir la recherche dans le domaine.			
N°3	<p>n= 34</p> <p>Femmes somaliennes et bantoues</p> <p>44 % sont Bantoues, le reste sont des Somaliennes.</p>	<p>Utiliser des outils de rappel comme des cartes de rendez-vous, des appels téléphoniques.</p> <p>Maintenir la continuité des soins.</p> <p>Utiliser une communication Patient centered.</p> <p>Avoir une attitude non verbale positive, respecter et valoriser la personne, son histoire et culture. Montrer de l'intérêt pour la personne et sa culture/langue, faire preuve de patience.</p> <p>Faire appel à des interprètes compétents et si possible connus de la population.</p> <p>Faire correspondre le genre de la patiente avec celui des soignants et interprètes.</p> <p>Avoir en tête l'importance de l'examen physique et de la médication pour cette population.</p> <p>Respecter la vie privée de la patiente.</p> <p>Donner des explications claires sur ce qui va être fait, ce qui est fait et pourquoi on le fait (surtout pour les examens physiques, tests,...).</p> <p>Informers les patientes sur le</p>	<p>Le groupe étudié est très spécifique.</p> <p>La question permet d'avoir l'avis des participantes sur leur prise en charge. Elles font des propositions d'amélioration des soins par rapport à leur vécu.</p>	<p>Permet d'améliorer les services de soins de santé aux femmes somaliennes et bantoues.</p>	<p>Donne des pistes d'intervention intéressantes qui permettent de répondre à notre problématique. Les résultats sont transposables à notre problématique.</p>

		<p>système de santé et les soins pour qu'elles puissent agir comme intermédiaires au sein de leur communauté.</p> <p>Faire preuve de flexibilité et s'adapter aux changements de vie de la personne.</p> <p>Considérer la personne comme un individu sans l'enfermer dans une culture.</p> <p>Être culturellement compétent.</p>			
N°4	<p>n=60</p> <p>39 = Demandeurs d'asile de la ville de Glasgow.</p> <p>21 = prestataires de soins primaires.</p>	<p>Le personnel devrait utiliser un modèle culturellement compétent et avoir une formation complémentaire.</p> <p>Développer des relations interpersonnelles afin de mieux comprendre les croyances et les valeurs de santé du patient.</p> <p>Évaluer le niveau d'anglais des demandeurs d'asile.</p> <p>Assurer un soutien linguistique en faisant appel à un interprète si besoin.</p> <p>Si pas d'interprète disponible, utiliser des mimes pour surmonter la barrière linguistique.</p> <p>Utiliser des mots et des phrases clés pour faciliter la communication.</p> <p>Identifier, par le non-verbal, les</p>	<p>L'article met en lumière l'utilisation d'un modèle transculturel.</p> <p>Le point de vue des professionnels de santé ainsi que des demandeurs d'asile est recueilli.</p> <p>Évoque l'institution et son rôle dans la prise en charge des requérants.</p>	<p>Permet aux infirmières de réaliser qu'il y a un large éventail de croyances de santé afin d'offrir des soins culturellement compétents.</p> <p>Donne des pistes d'action qui illustrent ce qu'est être culturellement compétent.</p> <p>Permet de guider l'infirmière dans l'élaboration de son projet de soins.</p>	<p>L'article met en avant l'importance d'utiliser un modèle culturel afin d'offrir des soins équitables aux requérants d'asile.</p> <p>Les recommandations sont mises en lien avec ce modèle. L'article illustre la compétence culturelle.</p>

		<p>traductions incorrectes.</p> <p>Utiliser un modèle interculturel pour amener le patient à être partenaire de soins. Offrir un service équitable.</p> <p>Aider dans ce processus en permettant l'accès aux classes ESOL (cours d'anglais) et en renforçant les normes et les attentes sociales des patients vivant en Ecosse.</p> <p>Aider les requérants à s'adapter à un nouvel environnement grâce à des services sociaux compétents.</p>			
N°5	<p>n= 32</p> <p>Infirmières travaillant dans les unités des soins généraux.</p>	<p>Utiliser des gestes et faire appel à un autre patient pour communiquer.</p> <p>Les infirmières doivent maîtriser la communication interculturelle afin d'offrir des soins culturels de qualité.</p> <p>Recruter des traducteurs dans les hôpitaux.</p> <p>Écarter les stéréotypes et les préjugés.</p> <p>Utiliser un modèle pour améliorer les compétences culturelles.</p> <p>Former les infirmières à utiliser un modèle culturel.</p>	<p>Parle de la communication avec les patients marocains.</p> <p>L'étude a été menée en milieu hospitalier.</p> <p>L'article cherche à savoir comment les infirmières perçoivent leur communication avec la population marocaine.</p>	<p>Les recommandations proposées sont spécifiques aux soins infirmiers. L'article évoque l'importance de la formation culturelle pour surmonter les stéréotypes et préjugés.</p>	<p>L'article met en évidence les difficultés rencontrées par les infirmiers pour communiquer avec la population marocaine et la comprendre. Les infirmières en Suisse rencontrent des problèmes similaires avec les requérants. Certaines propositions d'intervention peuvent être introduites dans les unités de soins en Suisse.</p>
N°6	n= 38	Faire correspondre le genre du soignant à celui du patient (surtout	L'article met en évidence les difficultés	Met en évidence les difficultés de cette	L'article met en évidence les obstacles rencontrés par les migrants afghans

	<p>Population afghane ayant migré en Australie.</p>	<p>pour le domaine de la reproduction).</p> <p>Fournir des brochures d'informations en Dari ou Persan.</p> <p>Aider dans le logement et l'hébergement.</p> <p>Améliorer les services de proximité.</p> <p>Inclure les enseignements islamiques dans les services offerts.</p> <p>Disponibiliser un centre de relaxation et un centre d'accueil pour résoudre les problèmes immédiats de l'arrivée.</p> <p>Améliorer les services de langues et d'interprétation.</p> <p>Renforcer les relations interpersonnelles entre les différents groupes culturels Afghans.</p> <p>Encourager les membres du service public à apprendre et à étudier le Dari et Pushto.</p> <p>Faire appel aux mosquées afin de promouvoir la compréhension des pratiques islamiques et de leur influence sur le maintien de la santé.</p> <p>Participer à l'élaboration des politiques relatives à la planification des services de soins de santé.</p>	<p>rencontrées par la population afghane ayant migré en Australie.</p> <p>Les recommandations sont données par la population afghane.</p> <p>L'article n'est pas spécifique aux requérants d'asile.</p>	<p>population spécifique ; permet à l'infirmière de les avoir en tête.</p> <p>Propose diverses recommandations qui peuvent guider l'infirmière dans sa prise en charge.</p>	<p>quant à l'accès aux services de santé. Il aborde également les éléments entravant une prise en charge compatible culturellement. Certaines des interventions proposées par la population afghane peuvent être utilisées pour répondre à notre problématique.</p>
--	---	--	---	---	---

		Offrir des financements et de bourses aux Afghans parlant Dari et Pushto pour entreprendre des études dans différentes disciplines de la santé (soins infirmiers, le travail social, la réadaptation, le conseil).			
--	--	--	--	--	--

Tableau n°2 : A. Oulevey Bachmann, A. Ortiz ,C. Cohen & H. Verloo (communication personnelle [PrésentationPowerPoint], 12 mai 2016), Présentation des résultats et discussion. Adapté par les auteurs de ce travail le 13 mai 2016.

Grâce à l'analyse des articles et la comparaison des résultats, nous avons une vision de l'ensemble des aspects touchant notre problématique. Le chapitre suivant vise à discuter les éléments trouvés, à les mettre en relation avec une théorie de soins infirmiers, à aborder les impacts de notre travail pour la clinique, la recherche et l'enseignement et à exposer les limites de ce travail de fin d'études.

5. Discussion et perspective

5.1 Réponse à la problématique et mise en perspective

Les résultats trouvés apportent une réponse partielle à notre question de recherche. Parmi les articles retenus, un seul porte exclusivement sur les requérants d'asiles. Intuitivement, nous savons que la prise en charge de cette population inclut des interventions plus spécifiques que celles développées ci-dessous. Comme expliqué dans l'article n°2, les requérants ont des problèmes spécifiques qui complexifient la prise en charge.

Par nos recherches, nous avons réalisé que les problématiques de prise en charge principales des requérants d'asile étaient similaires à celles rencontrées lors des soins aux migrants en général. Les interventions infirmières émergeant des articles pourraient apporter une amélioration dans la prise en charge hospitalière des requérants d'asile et des migrants.

Tous les articles s'accordent à dire que les soins aux migrants doivent être culturellement congruents. Pour ce faire, les infirmières doivent développer une compétence culturelle. Selon l'article n°4, cette compétence permet de prodiguer des soins équitables, accessibles et non discriminatoires aux patients. Les infirmières éprouvent la nécessité d'être formées dans ce sens, comme mentionné dans les articles n°1,2,3 et 5. L'étude n°4 expose un modèle culturel en cinq niveaux développé par l'auteur à partir de la littérature infirmière. Les cinq niveaux sont le regard institutionnel, la conscience culturelle, la sensibilité culturelle, la connaissance culturelle et la compétence culturelle (Schéma en annexe 5). Les interventions proposées dans les différentes études peuvent s'articuler avec ces niveaux.

Le premier niveau est l'institution ; seul l'article 4 aborde directement ce point. Les interventions portent sur la prise en compte des questions de santé au niveau de l'asile, l'influence médiatique positive, la planification effective des ressources et du personnel ainsi que la surveillance de l'équité de l'accès aux services de soins. Les interventions infirmières découlent de la vision de l'institution. L'amélioration des prestations peut passer par des changements institutionnels. Pour prodiguer des soins équitables aux requérants d'asile, la durée des consultations doit être prolongée et les services linguistiques inclus dans les soins. Augmenter la durée des prestations permettrait au soignant de faire un recueil de données complets et d'aborder les aspects relatifs à la migration. Comme expliqué dans le chapitre 2.3 de notre travail, un recueil de données complet est un élément essentiel pour une bonne prise en charge. Accorder plus de temps aux requérants d'asile implique une augmentation des coûts de la santé et une réorganisation au sein du service. Cependant, cela peut contribuer à la diminution de la durée et/ou du nombre d'hospitalisations tout comme la réduction du nombre d'interventions. L'article n°3 appuie cette conclusion.

Lorsque l'infirmière prend en charge un patient requérant d'asile, dans le canton de Vaud, il est nécessaire qu'elle connaisse le réseau RESAMI et l'incluse dans la prise en charge afin de pouvoir mobiliser toutes les ressources nécessaires. L'article n°2 évoque la difficulté des soignants à comprendre le réseau de soins spécifiques aux migrants. L'organisation de réseau prend du temps et coûte de l'argent, mais c'est une démarche nécessaire afin d'être efficient dans sa prise en charge.

Le deuxième niveau est la conscience culturelle. Les articles n° 3 et 6 proposent des interventions complémentaires à celles proposées dans l'étude n°4. Pour avoir une conscience culturelle, l'infirmière doit reconnaître ses propres valeurs ainsi que celles des autres et intérioriser l'existence de variations culturelles au niveau des croyances sur la santé, de la religion ou de l'alimentation par exemple (article n°4). L'infirmière doit construire une relation interpersonnelle avec le requérant d'asile, souvent méfiant. Les soins "person-centred" sont d'une importance primordiale pour faire émerger la confiance. L'article n°3, indique que le soignant doit avoir une attitude non verbale positive, respecter et valoriser la personne, son histoire et sa culture, montrer de l'intérêt pour la personne et sa culture/langue et faire preuve de patience. Certains de ces aspects se retrouvent également dans l'article n°6. Ceci peut aider le requérant à devenir partenaire de soins (article n°4).

Selon l'étude n°5, la compréhension mutuelle et les relations interpersonnelles se construisent tout au long d'une hospitalisation et sont favorisées par la continuité des soins (article n°3). Ce dernier aspect est difficile à assurer à cause du changement des équipes. De plus, les articles 1,2,3 et 6 s'accordent à dire qu'il faut faire correspondre le genre du soignant avec celui du soigné et, si possible, avec celui de l'interprète. Ceci surtout pour les soins aux femmes ou lors des examens physiques comme le précise l'article n°3. Les infirmières étant majoritairement des femmes, cet aspect peut être inclus facilement dans la prise en charge. En ce qui concerne les autres intervenants, cela peut être plus difficile. Par exemple, la difficulté à trouver des interprètes peut conduire à faire appel à un homme.

Le troisième niveau est la sensibilité culturelle. Tous les articles abordent des aspects s'intégrant dans ce niveau axé sur la spécificité des soins et l'évaluation des besoins sociaux. Selon l'article 4, l'infirmière doit assurer une bonne communication et recourir à des interprètes pour promouvoir le partenariat ainsi que donner des informations adéquates sur la santé.

Tous les articles mentionnent l'importance d'avoir des interprètes et la difficulté à les trouver. Cet aspect avait également été relevé dans notre problématique. Malgré tout, les articles n°1 et 2 mettent en évidence que l'appel aux services linguistiques n'est pas systématique. Avoir recours à un interprète coûte de l'argent et prend du temps. L'évaluation des compétences linguistiques du requérant d'asile est nécessaire afin d'éviter des coûts excessifs et permettre un gain de temps.

L'impossibilité d'inclure des interprètes dans la prise en charge peut mener à l'utilisation d'autres moyens de communication. Dans les articles n°4 et 5, les professionnels de la santé évoquent la possibilité d'utiliser les mimes ou les gestes. Selon l'article n°5, cela est souvent suffisant pour évaluer les besoins basiques comme la faim ou les soins d'hygiène. Même si le non-verbal peut être utile, il est important de garder en tête que ce dernier est influencé par la culture, comme spécifié dans l'étude n°2. Le recours à la famille et/ou amis voire à d'autres patients sont d'autres méthodes proposées dans les articles n°4,6 et 5 afin de pallier au manque d'interprètes. Même si ce sont des alternatives peu coûteuses, elles peuvent rendre le requérant mal à l'aise et limiter le recueil de données ou susciter de l'inconfort chez les soignants. Ces derniers sont garants du secret professionnel et ne peuvent confirmer la véracité des informations traduites (articles 1,2, 3 et 6).

Tous les articles abordent la difficulté à communiquer les informations à la population migrante, notamment à cause de la barrière linguistique. L'article n°3 met en évidence que les

outils comme les cartes de rendez-vous sont utiles pour faciliter la communication. Indépendamment de la présence d'un interprète, les informations doivent être communiquées de façon claire et directe comme le spécifie l'article n°4 et 5. Des mots ou des phrases clés peuvent être utilisés pour simplifier les informations (article n°4). Dans ce sens, l'étude n°2 propose d'instaurer des routines de communications comme des protocoles. L'article n°6, quant à lui, conseille de fournir des brochures d'informations écrites dans la langue première du soigné. Cette dernière intervention n'est pas réalisable ; il faudrait faire des brochures dans beaucoup de langues/dialectes différents. Cela prendrait du temps à réaliser, car il faut trouver des interprètes pour les traductions et coûte de l'argent. De plus, il faudrait de la place pour ranger toute la documentation. Les autres méthodes exposées permettent à notre sens d'arriver au même but à moindre coût. Cependant, il est vrai qu'il serait nécessaire que les documents officiels comme les consentements éclairés soit rédigés voire traduits dans la langue maternelle du soigné.

Le quatrième niveau est la connaissance culturelle. Les interventions en relation avec ce niveau visent à améliorer l'équité verticale, diminuer les inégalités de soins, promouvoir l'intégration sociale et maintenir une sécurité culturelle. Les requérants d'asile sont une population vulnérable particulièrement au niveau de la santé mentale. La marginalisation et/ou le racisme peuvent être des facteurs amplifiant le stress mental dans lequel ils se trouvent. L'acculturation est difficile et longue. Ce processus peut être suppléé par les infirmières communautaires en permettant l'accès à des cours de langue et aidant à adapter les normes et attentes des requérants à celles du pays qui accueille. L'article n°1 soutient le fait que l'infirmière doit participer à l'acculturation. Lors d'une hospitalisation, l'aide à l'acculturation peut être faite par l'organisation de réseaux ou l'orientation du requérant vers des structures d'aide.

La compétence culturelle est le dernier niveau ; elle englobe l'ensemble des quatre niveaux précédents et se manifeste par des soins équitables.

Certaines propositions d'interventions retrouvées dans les articles n'ont pas été incluses dans ce chapitre. Soit elles n'étaient pas réalistes ou réalisables soit elles n'étaient pas transférables au milieu hospitalier. L'article n°6 recommande un certain nombre d'interventions qui ne peuvent être mises en place malgré le fait d'être en adéquation avec les cinq niveaux présentés (voir le tableau comparatif des résultats).

Il est recommandé d'utiliser un cadre théorique pour le travail de Bachelor est de faire le lien avec celui-ci. Au début de notre travail, nous avons pensé aborder la théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture de Madeleine Leininger. Durant la Seconde Guerre Mondiale, le monde devenait multiculturel; les Etats-Unis ont accueilli un flux migratoire important composé des requérants d'asile. Leininger voyait dans sa pratique que les infirmières avaient besoins de connaissances transculturelles pour la prise en charge des nouveaux arrivants. Elle développe alors cette théorie afin d'orienter les infirmières dans leur prise en charge, de protéger et respecter les besoins culturels et les styles de vie des bénéficiaires de soins (Naoufal, 2013). Le contexte d'apparition de la théorie est proche du contexte actuel. C'est pour cette raison que nous avons choisi cette théorie. Comme démontré ci-dessus, l'article n°4 met en évidence un modèle théorique créé par l'auteur. Ce modèle nous paraît tout aussi pertinent et cohérent avec notre problématique. Nous avons utilisé ce modèle pour mettre en lien les résultats de recherche. Le modèle de Leininger a donc été laissé de côté.

5.2 Les éléments inattendus

Lorsque nous avons effectué nos recherches, nous avons été surprises de la pauvreté de la revue scientifique concernant les soins aux requérants d'asile hospitalisés. Comme l'immigration forcée n'est pas un thème nouveau, nous pensions trouver de nombreuses études correspondant à notre thématique. Nous nous sommes aperçues que l'immigration forcée est un phénomène auquel les chercheurs s'intéressent de façon ponctuelle. Les dates des recherches coïncident avec les flux migratoires massifs. Il est possible de trouver des articles qui datent des années 90 ; années de Guerre en Ex-Yougoslavie. Puis, peu de recherches ont été effectuées jusqu'en 2006.

La difficulté à trouver des articles pour notre problématique viendrait de ce phénomène. Notre thématique serait trop actuelle ; les recherches recommencent à être effectuées. Un infirmier étudiant en Master effectue en ce moment une recherche sur la prise en charge des femmes africaines en milieu hospitalier. Nous espérons que cette recherche apporte de nouveaux éléments de réponse à notre problématique.

5.3 Enjeux de notre travail

Les compétences culturelles sont aussi importantes que les compétences cliniques dans une prise en charge infirmière. Les soins ont adopté une politique de réduction des coûts et ont parfois des ressources limitées. Cependant, les compétences culturelles sont essentielles et sont rentables (article n°4). Être culturellement compétent permet d'éviter les malentendus et au final les sous-évaluations, sur-prescriptions ou sur-utilisations des services de santé comme le démontrent les articles n°4 et 5.

Même si certaines interventions sont difficilement réalisables en milieu hospitalier, d'autres peuvent être mises en place. L'amélioration de la pratique clinique lors de soins aux requérants passe tout d'abord par la prise de conscience de l'existence d'autres cultures et valeurs. Puis, l'infirmière peut mettre en place des interventions en se guidant d'une théorie transculturelle comme celle développée ci-dessus ou celle de Leininger. Le temps accordé aux requérants d'asile devrait être augmenté et le travail en réseau inclus dans la prise en charge. L'infirmière doit établir une relation de confiance avec le soigné. Pour ce faire, la patience et le respect sont primordiaux tout comme la démonstration d'intérêt pour l'autre, sa culture et son vécu. Pour assurer une bonne prise en charge, l'infirmière doit trouver des moyens de communication adéquats. Ceci passe tout d'abord par l'évaluation des compétences linguistiques du soigné. Si ces dernières s'avèrent peu élevées, le recours à un interprète devrait être systématique. Cependant, d'autres techniques peuvent être envisagées à condition que le soignant ait en tête les limites de ces dernières. Une bonne communication permet de transmettre et/ou recueillir les bonnes informations et donc une amélioration de la participation du soigné dans le processus de soins.

Comme évoqué précédemment, les résultats obtenus peuvent être utilisés lors de la prise en charge de tout migrant. Nous pensons avoir développé des éléments essentiels pour répondre à notre problématique. Cependant, nous sommes conscientes que certains aspects spécifiques à la prise en charge de requérants d'asile nous échappent. Faute d'études dans ce domaine, nous restons donc sur notre fin. Nous pensons qu'il serait intéressant de développer une étude phénoménologique au sein d'un hôpital afin de comprendre le vécu et les besoins des

soignants lors de la prise en charge des requérants d'asile. Par ailleurs, nous trouvons intéressant de faire une recherche comparative entre les services utilisant un modèle transculturel dans la prise en charge des requérants d'asile et ceux qui n'en utilisent pas. Ceci afin de ressortir l'influence du modèle dans les soins aux migrants.

Les articles mentionnent souvent l'impuissance ressentie par l'infirmière lors de la prise en charge de migrants. Cette dernière a besoin d'avoir des données pour orienter ses actions. Tous les articles s'accordent sur le manque de recherches dans le domaine des soins aux requérants d'asile et voient la nécessité de stimuler ce domaine. Le manque d'articles spécifiques à notre problématique confirme cette affirmation.

Notre société est une société pluriculturelle. Le personnel soignant doit quotidiennement s'occuper de patients avec des valeurs, croyances et une culture différente. Tous les articles mettent le doigt sur la nécessité de former les soignants à la compétence culturelle. Inclure des formations au sein des institutions de soins coûte de l'argent et augmente la charge de travail du personnel soignant. Cependant, nous pensons qu'il est important que les infirmières aient des connaissances qui leur permettent de prendre en charge des personnes migrantes. Certaines universités ont inclus dans le cursus infirmier des matières comme la socioanthropologie. Ceci permet aux futurs professionnels d'avoir des compétences culturelles et de prendre en charge équitablement les patients étrangers. Dans le cadre de notre formation Bachelor, un modèle culturel pourrait être inclus dans le module Sciences Infirmières par exemple. Un module à options abordant les soins transculturels pourraient également être créés. En effet, la migration est un sujet qui sera toujours d'actualité.

5.4 Limites de la revue de littérature

L'élaboration de ce travail s'est heurtée à certaines limites. Nous allons discuter la validité interne et externe de notre revue de littérature.

Nous débutons dans la recherche d'articles scientifiques ceci est une des premières limites identifiées. Bien que nous ayons demandé de l'aide aux bibliothécaires, ceci a pu restreindre le nombre d'articles obtenus. Pour avoir des résultats fiables, nous avons tout de même écarté certains articles dont la méthode de recherche n'était pas cohérente, claire ou explicitée. Nous avons également exclu les articles ne mentionnant aucun comité d'éthique. La plupart des informations de ces documents ont néanmoins été retrouvées dans les études retenues. Notre revue systématique n'est pas exhaustive.

La population accessible des articles n'appartient pas exclusivement à la communauté des requérants d'asile. Il aurait été intéressant d'avoir des articles abordant exclusivement cette population.

Les études retenues se déroulent dans des pays européens ; les systèmes de santé tout comme la politique de l'asile diffèrent légèrement du système suisse. Ceci modifie un peu les enjeux face auxquels peuvent se retrouver les requérants d'asiles. Les résultats sont transférables, mais doivent être adaptés à notre pays. Pour compléter les recommandations proposées, il aurait été intéressant de trouver un article suisse.

La plupart des articles étaient écrits dans des langues étrangères : anglais ou espagnol. Même si nous maîtrisons les bases de ces deux langues, des incompréhensions ont pu limiter le choix des articles. La compréhension des résultats a pu également être légèrement biaisée.

Nous voulons relever également le fait que la pertinence ou l'efficacité des recommandations n'ont pas été évaluées.

6. Conclusion

La réalisation de ce document nous a permis d'acquérir des connaissances utiles pour notre profession ; nous avons abordé le domaine de la recherche mais également de la clinique. Les connaissances apportées peuvent également être utiles pour la vie personnelle. Nous interagissons tous les jours avec des personnes dont la culture et les valeurs divergent des nôtres.

Grâce à ce travail, nous avons appris à faire des recherches d'articles scientifiques et de mobiliser les bases de données. Ceci nous sera très utile pour notre vie professionnelle. Dans tous les domaines des sciences infirmières, il est important de pouvoir appuyer notre pratique et nos dires avec les recherches scientifiques. Ces compétences vont nous permettre d'argumenter nos actions auprès des autres professionnels mais également auprès des patients. L'analyse des articles ainsi que la discussion des résultats ont permis de développer notre esprit critique et notre capacité d'argumentation. Ceci nous a permis de réaliser qu'il est parfois difficile de trouver des articles pertinents, mais également de les analyser.

La réalisation de ce travail nous a rendues attentives à l'importance de la recherche dans les soins infirmiers. Lorsque l'on veut avoir un impact sur la profession, le passage par la recherche est inévitable. Nous avons conscience maintenant que la valorisation de notre profession implique la mobilisation des recherches scientifiques. Elles permettent de rendre visibles l'importance d'actions infirmières comme les entretiens ou les appels téléphoniques, souvent jugés comme peu efficaces.

Malgré la réalisation de cette revue de littérature, nous sommes conscientes d'être encore des novices dans le domaine de la recherche. Des progrès sont encore à faire que ce soit au niveau de la recherche ou au niveau de l'analyse. Nous sommes convaincues que l'utilisation régulière de ces compétences dans notre pratique va permettre d'affiner de plus en plus notre esprit analytique.

Même si nous sommes contentes d'avoir pu approcher le domaine de la recherche, nous avons surtout apprécié de pouvoir le faire avec une thématique qui nous intéressait. Ce travail a permis de donner du sens à des situations que nous avons rencontrées en stage. Nous avons acquis de nombreuses connaissances sur la situation des requérants d'asile et sur la manière donc nous pouvons agir pour améliorer leur prise en charge. Ceci nous sera utile pour notre pratique, indépendamment du service dans lequel nous nous trouverons. Les résultats obtenus ne sont pas exhaustifs et peuvent paraître évidents. Ils permettent de confirmer scientifiquement nos hypothèses de départ. Tous les articles s'accordent sur l'importance d'avoir recours à des interprètes lors de la prise en charge des migrants ou requérants d'asile. L'autre point essentiel est la concordance du genre entre le soignant et le soigné. D'autres pistes d'interventions sont proposées ; elles aident le soignant à être culturellement compétent.

Malgré les nombreuses recherches effectuées, nous n'avons pas pu trouver d'articles spécifiques aux requérants d'asiles hospitalisés. Nous avons pu nous rendre compte du manque d'études concernant ce thème. Par ailleurs, nous avons réalisé que les recherches sur cette population sont effectuées lors des grands mouvements de migration pendant les guerres. Il semble que les soins à la population migrante ne sont que problématiques lorsque celle-ci augmente. Hors, nous savons que la migration est un phénomène permanent. Rencontrer des migrants est de plus en plus fréquents. Nous sommes conscientes que nous avons choisi une population très spécifique et qui représente 1 % de la population suisse. Cependant, nous espérons qu'à l'avenir de nouvelles recherches vont émerger et permettront de compléter ce travail.

Pour conclure, nous aimerions mettre en évidence que la compétence culturelle n'est pas seulement utile lors de soins aux migrants. Chaque personne est différente et a des valeurs et croyances qui lui sont propres. Lors de la rencontre soignant-soigné, il est important de garder à l'esprit la citation suivante : "Si tu diffères de moi, mon frère, loin de me léser, tu m'enrichis" (de Saint-Exupéry, 2000).

7. Sources

7.1 Liste de références bibliographiques

- Ambrosino, F. (2012). *La consultation infirmière, Expérience dans le centre d'accueil des migrants de Lausanne*. Ecole des hautes études en santé publique. Repéré à : <http://www.infirmiers.com/pdf/ambrosino-travaux-recherche.pdf>
- Bouffartigue, P., Pendariès, J.-R., & Bouteiller, J. (2010). La perception des liens travail/santé: Le rôle des normes de genre et de profession. *Revue française de sociologie*, 51(2), 247. <http://doi.org/10.3917/rfs.512.0247>
- Bradley, S. (2015, November 24). Toujours plus de requérant d'asile vivent dans les bunkers. Repéré à : http://www.swissinfo.ch/fre/troglodytes-par-contrainte_toujours-plus-de-requ%C3%A9rants-d-asile-vivent-dans-des-bunkers/41106514
- Cachin, D., & Erard, A. (2013). *L'accompagnement infirmier de la fratrie en néonatalogie*. Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne.
- CARITAS Suisse. (2016a). Consultation juridique. Caritas Suisse. Repéré à : <https://www.caritas.ch/fr/nos-actions/en-suisse/aide-aux-requerants-et-aux-refugies/consultation-juridique/>
- CARITAS Suisse. (2016b). Hébergement et prise en charge. Caritas Suisse. Repéré à : <https://www.caritas.ch/fr/nos-actions/en-suisse/aide-aux-requerants-et-aux-refugies/hebergement-et-prise-en-charge/>
- Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Gipson, T., Volpe, E., & Jean-Pierre, P. (2007). Caring for Somali women: Implications for clinician–patient communication. *Patient Education and Counseling*, 66(3), 337–345. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2007.01.008>
- Chimienti, M., Efiouyi, D., & Losa, S. (2001). Caractéristiques épidémiologique des étrangers en Suisse. *Forum Suisse Pour L'étude Des Migrations*, 20.
- Conseil international des infirmiers. (2012). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Genève, Suisse, 11.
- de Saint-Exupéry, A. (2000). *Citadelle* (Edition Gallimard). Paris.
- Hultsjö, S., & Hjelm, B. K. S. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 56, 278–285.
- Jaquet, E. (2016, January 28). Les demandes d'asile ont augmenté de 66% en 2015. RTS. Repéré à : <http://www.rts.ch/info/suisse/7451294-les-demandes-d-asile-en-suisse-ont-augmente-de-66-en-2015.html>
- Koller, A. (2013). Soins psychiatriques pour les migrants. *Pulsations*, (juillet-août).

- Le Temps. (2015, September 18). La Suisse prête à accueillir 1500 requérants d'asile. Le Temps. Repéré dans <http://www.letemps.ch/suisse/2015/09/18/suisse-prete-accueillir-1500-requerants-asile>
- Macedo Fraga, J., Kozuch-Lyzwa, D., & Vieru, V. (2012). La satisfaction et le sentiment de solitude des sans-papiers dans l'accès aux soins (Travail de Bachelor). HES Genève. Repéré à : https://doc.rero.ch/record/31683/files/TB_INF_2012_1_Macedo_Fraga.pdf
- Malka, S., Andreetta, N., Hodel, S., Jacquemettaz, F., Ali Aden, F., & Bernardi, N. (2015). Il y a ce qu'on dit sur les réfugiés et il y a la réalité. Vivre Ensemble. Repéré à : [asile.ch](http://www.asile.ch)
- Mauranne, L. (2013). Requérants d'asile : quelles représentations de la santé et de la maladie ? UNIVERSITÉ DE LAUSANNE. Repéré à : https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_S_000000019630.P001/REF
- Minet, P. (2015, October 19). Le déficit des soins aux migrants. Le Temps. Repéré à : <http://www.letemps.ch/sciences/2015/10/19/defi-soins-aux-migrants>
- Morris, M. D., Popper, S. T., Rodwell, T. C., Brodine, S. K., & Brouwer, K. C. (2009). Healthcare Barriers of Refugees Post-resettlement. *Journal of Community Health*, 34(6), 529–538. <http://doi.org/10.1007/s10900-009-9175-3>
- Nicholl, C., & Thompson, A. (2004). The psychological treatment of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in adult refugees: A review of the current state of psychological therapies. *Journal of Mental Health*, 13(4), 351–362. <http://doi.org/10.1080/09638230410001729807>
- Omeri, A. (2006). Beyond Asylum: Implications for Nursing and Health Care Delivery for Afghan Refugees in Australia. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(1), 30–39. <http://doi.org/10.1177/1043659605281973>
- Organisation suisse d'aide aux réfugiés. (2009). Informations destinées aux requérants d'asile. Repéré à : <https://www.osar.ch/assets/hilfe/informationsblaetter/francais-franzoesisch/fran-2009idra.pdf>
- Plaza del Pino, F. J., Soriano, E., & Higginbottom, G. M. (2013). Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography. *BMC Nursing*, 12(1), 14. <http://doi.org/10.1186/1472-6955-12-1>
- Puig, F., Ninane, F., & Bodenmann, P. (2009). Un nouveau rôle: le gatekeeping infirmier. *Soins Infirmiers*.
- Quickfall, J. (2014). Cultural competence in practice: the example of the community nursing care of asylum applicants in Scotland. *Diversity & Equality in Health and Care*, 11, 247–253.
- Réseau de Santé et Migration. (2014). Le RESAMI en bref. Repéré à : <http://www.resami.ch/resami/le-reseau-en-bref.html>
- Schwendener, P. (2015). La Suisse, terre de réfugiés. United Nations High Commissioner for Refugees. Repéré à : <http://www.unhcr.ch/fr/unhcr/en-suisse/la-suisse-terre-de-refugies.html>

Service communautaire de la Planchette. (2015). Un étranger, un migrant, un réfugié, un requérant ? Un NEM ? Service Communautaire de La Planchette. Repéré à : <http://www.planchette.ch/dossiers/d%E9finitions.html>

7.2 Liste bibliographique

- Dominicé Dao, M. (2012). Somatisation, migration et culture: altératives à quelques idées reçues. *Revue Médiacle Suisse*, 347, 1404–1409.
- Gasser, K. (2012). Santé des migrantes et des migrants en suisse. Office Fédéral de La Santé Publique. Repéré à : <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00572/index.html?lang=fr>
- Koller, A. (2013). Soins psychiatriques pour les migrants. *Pulsations*, (juillet-août).
- Loosli-Avimadjessi, C., Wosinski, J., Vetterli, M.-L., & Delafont, P. (2015). Détresse psychologique et stress post-traumatique chez les déboutés de l'asile en hébergement collectif. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 1(1), 31–37. <http://doi.org/10.1016/j.refiri.2015.01.003>
- Minet, P. (2015, October 19). Le défi des soins aux migrants. *Le Temps*. Repéré à : <http://www.letemps.ch/sciences/2015/10/19/defi-soins-aux-migrants>
- Ninane, F., Daepfen, J.-B., Bugnon, O., & Pécoud, A. (2010). Soins intégrés: comment accompagner un changement de culture? *Revue Médiacle Suisse*, (273), 2302–2305.
- Nosetti, L., & Jossen, A. (2012). La consultation pour migrants: un concept de traitement multimodal destiné aux migrants atteints d'un trouble psychique. *Services Psychiatriques Universitaires de Berne et Office Fédéral de La Santé Publique*.
- Premand, N., Baeriswyl-Cottin, R., Bartolomei, J., Eytan, A., Giannakopoulos, P., Gex-Farby, M., & Coraboeuf, B. (2013). Soins psychiatriques pour les requérants d'asile à Genève. *Revue Médiacle Suisse*, 398, 1664–1668.
- Procter, N. G. (2005). Emergency mental health nursing for self-harming refugees and asylum seekers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(3), 196–201. <http://doi.org/10.1111/j.1440-0979.2005.00381.x>
- Schäublin, R., Pécoud, A., & Bodenmann, P. (2003). Prise en charge médico-sanitaire des requérants d'asile dans le canton de Vaud. *Revue Médiacle Suisse*, (2455). Repéré à : <http://www.revmed.ch/rms/2003/RMS-2455/23314>

Annexes

Annexe 1

- Art. 52 Requérants d'asile

(art. 30, al. 1, let. I, LEtr, et art. 43 LAsi)

¹ Si les conditions relevant du droit d'asile (art. 43, al. 1 à 3, LAsi) sont remplies, les requérants d'asile peuvent être autorisés à exercer temporairement une activité lucrative si:

- a. la situation économique et de l'emploi le permet;
- b. il existe une demande d'un employeur (art. 18, let. b, LEtr);
- c. les conditions de rémunération et de travail sont remplies (art. 22 LEtr);
- d. l'ordre de priorité est respecté (art. 21 LEtr).

² Les requérants d'asile qui participent à un programme d'occupation (art. 43 LAsi) sont soumis aux conditions fixées dans le programme d'occupation en question.

Tiré de l'Ordonnance relative à l'admission, au séjour et à l'exercice d'une activité lucrative 24 octobre 2007 (= OASA, RS 142.201, art. 52)

Annexe 2

Inclue dans le CD-ROM, l'enregistrement de l'interview.

Annexe 3

Référence de l'article	
Titre	
Auteur(s)	
Revue	
Date de parution	
Mots clé utilisés	
Type de document	
Pertinence de la revue	
Question de recherche	

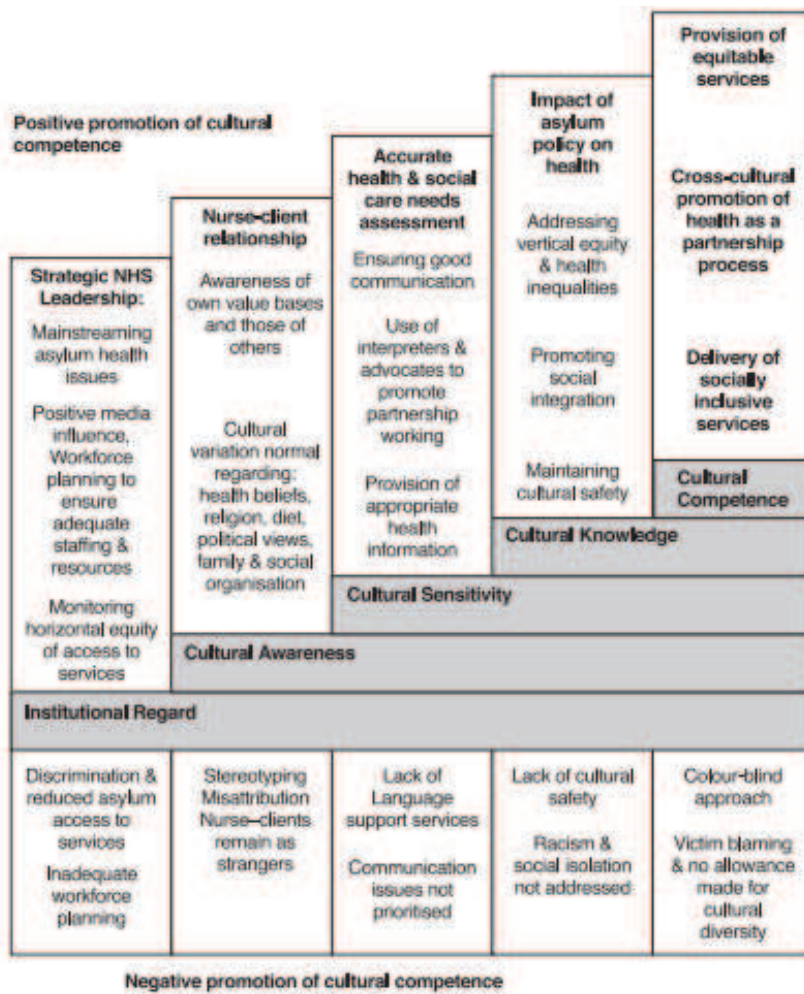
Méthodologie	
Population	
Environnement	
Durée	
Méthode	
Résultats	
Discussion	
Impact sur la pratique infirmière	
Conclusion	
Interprétation personnelle	
Points forts de l'article	
Points faibles de l'article	
Intérêt pour notre travail	

Tiré : Cachin, D. & Erard, A. (2013). *Accompagnement infirmier de la fratrie en néonatalogie*. Travail de Bachelors inédit, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source.

Annexe 4

Inclus dans le CD-ROM, les grilles d'analyses complètes pour chaque article.

Annexe 5



Tiré de: Quickfall, J. (2014). Cultural competence in practice: the example of the community nursing care of asylum applicants in Scotland. *Diversity & Equality in Health and Care*, 11, 247–253.