

*Les compétences transculturelles dans le cadre de l'ESI:
contexte et enjeux*

Travail de Bachelor

Clémence ARCHINARD

N° matricule 09889858

Marion BERTHOD

N° matricule 10644706

Directrice:

**Fabienne Terraneo
Chargée d'enseignement HEdS**

Membre du jury externe:

**Sylvia Ritter
Infirmière spécialisée
HUG, Département de médecine communautaire
et de premier recours**

Genève, 5 septembre 2014

Déclaration

«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 seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie».

Fait à Genève, le 5 septembre 2014.

Clémence Archinard, Marion Berthod

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont été présentes lors de ce travail de Bachelor :

- Notre Directrice de Mémoire, Responsable de module et Enseignante à la Haute Ecole de Santé à Genève, Fabienne Terraneo, qui nous a guidées tout au long de ce travail et su nous conseiller afin de rédiger cette revue de la littérature;
- Notre Jury Sylvia Ritter, qui s'est intéressée à ce travail et qui a accepté d'être présente lors de la soutenance.
- Notre conseiller, relecteur et correcteur Damien Berthod qui s'est montré présent tout au long de ce travail ;
- Nos amies pour leur soutien et leurs encouragements, en particulier Sophie Chatelain;
- Nos familles respectives qui se sont montrées soutenantes et encourageantes.

Table des matières

1. Résumé	6
2. Introduction	7
3. Question de départ.....	8
4. Définitions des mots-clés	11
4.1. <i>Migrant</i>	11
4.2. <i>Etranger</i>	11
4.3. <i>Immigré</i>	11
4.4. <i>Réfugié</i>	11
4.5. <i>État de stress post-traumatique</i>	11
4.6. <i>Traumatisme psychique</i>	12
4.7. <i>Epidémiologie</i>	12
5. Problématique	13
6. Ancrage théorique: le modèle de Larry Purnell	13
7. Le Programme Santé Migrants	18
8. Algorithme de la procédure de demande d'asile en Suisse	21
8.1. <i>Algorithme de la transformation du permis F en permis B</i>	22
9. Synthèse de la problématique.....	23
10. Question de recherche.....	25
11. Méthodologie	25
11.1 <i>PICO</i>	27
12. Résultats	32
12.1. <i>Synthèse des articles par thème</i>	32
12.1.1. Les compétences culturelles.....	32
12.1.2. Les difficultés post-migratoires en lien avec l'ESPT	33
12.1.3. Les résistances face aux thérapies occidentales pour le traitement de l'ESPT	35
12.1.4 Les questionnaires d'évaluation en santé mentale et de soutien social chez les migrants	38
12.1.5 L'efficacité de l'ESI.....	40
13. Discussion	43
13.1. <i>Croisement des thèmes</i>	43

14. Limites.....	48
15. Conclusion.....	49
16. Bibliographie	53
17. Annexes	57
<i>Annexe I: Critères diagnostiques de l'ESPT</i>	57
<i>Annexe II : Le modèle de Purnell sur la compétence culturelle</i>	58
<i>Annexe III: Echelle de Beck (BDI: Beck Depression Inventory)</i>	59
<i>Annexe IV: Echelle de dépression HAD (HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale)</i> <i>de Sigmond et Snaith</i>	61
<i>Annexe V: Directives sanitaires</i>	63
<i>Annexe VI: Fiches de lecture</i>	67

1. Résumé

Cette revue de la littérature porte sur le thème de l'entretien sanitaire initial (ESI) auprès des populations de migrants. Le décèlement des symptômes d'un état de stress post-traumatique (ESPT), dans une approche transculturelle d'infirmières en santé communautaire travaillant auprès de populations migrantes, est la principale interrogation de ce travail. Plusieurs études montrent en effet que les personnes migrantes sont plus fortement touchées par l'ESPT que les populations autochtones. Un cadre théorique a donc été choisi en fonction de la pertinence des liens transculturels possibles entre les personnes migrantes et les soignants dans le cadre d'un ESI. Ce choix s'est porté sur la théorie de Larry Purnell, orientée sur la compétence culturelle de l'infirmière en matière de transculturalité.

La recherche d'articles s'est construite autour d'un PICO qui a été divisé en deux groupes de population. Le premier concerne les migrants adultes, le deuxième les infirmières. La division du PICO en deux parties tient au fait que l'ESI se construit sur la base d'un échange d'informations entre le soignant et la personne migrante. Ces deux «partenaires» sont étudiés dans ce travail, afin de mettre en évidence le fait que l'ESI doit être un dialogue entre les deux parties et non une démarche à sens unique. Onze articles de recherche ont été sélectionnés. Afin de compléter et d'élargir la recherche en transculturalité, la revue de la littérature a également été orientée vers des écrits anthropologiques et ethnologiques.

Cinq thèmes principaux ont été détaillés puis discutés: la compétence culturelle, les difficultés post-migratoires, la pertinence des questionnaires d'évaluation, les résistances face aux thérapies occidentales lors du traitement de l'ESPT et l'efficacité des ESI.

Mots-clés

Migrant, état de stress post-traumatique, traumatisme psychique, Larry Purnell, entretien sanitaire initial.

Key words

Migrant, Post-traumatic stress disorder, trauma, Larry Purnell, sanitary initial interview.

2. Introduction

Le phénomène étudié lors de ce travail de recherche portera sur l'entretien sanitaire initial infirmier (ESI) dans la prise en charge de requérants d'asile. Cet entretien est nécessaire pour une prise en soins globale de la personne (De Raemy-Kocher, 2009). Nos questionnements s'orientent vers la nécessité ou non, pour une infirmière chargée de prendre en soins une personne migrante, de se spécialiser dans des soins où la compréhension de la culture de l'Autre est primordiale. Cela afin que les soins apportés soient réfléchis, adéquats, dans le respect de la culture et des valeurs de la personne migrante.

Dans le domaine de la santé, les différences culturelles entre soignants et soignés peuvent être particulièrement vives, notamment dans un pays comme la Suisse. Le soignant doit donc en être conscient, afin d'améliorer ses compétences culturelles pour une prise en soin de qualité et éviter ainsi toutes sortes de discriminations (Purnell, 2003).

Sachant que la population migrante a une prévalence élevée en matière d'expériences de vie difficiles et parfois même traumatisantes (Mazur, Chaharoui, 2010), notre questionnement s'orientera en particulier sur la compétence infirmière permettant de déceler ou non un état de stress post traumatique (ESPT), un état anxieux ou une dépression post-migratoire. En effet, selon Lamkaddem, Stronks, Devillé, Olf et al. (2014), les populations migrantes ont un risque dix fois plus élevé de souffrir de troubles psychiques, dès la période pré-migratoire (conditions de vie au pays d'origine et raisons poussant à la migration), suite au voyage lui-même (migration) et/ou lors de la vie post-migratoire qui regroupe l'arrivée au pays d'accueil, la procédure d'asile et toutes les démarches qui relèvent de l'intégration. Cette dernière partie peut être particulièrement éprouvante, lorsque la personne a l'impression de perdre son identité en tant que citoyen et son rôle dans la société. L'interdiction en Suisse de travailler lors de la procédure d'asile contribue également à donner aux personnes migrantes un sentiment d'attente et de stagnation (Mazur, Chaharoui, 2010).

Dans le travail qui va suivre, le terme «migrant» sera employé car il englobe les populations requérantes d'asile ainsi que les personnes clandestines et déboutées restées en Suisse. Une question est posée au début du travail afin de développer une problématique. Cette question de départ a aidé à cibler plusieurs mots-clés et à en trouver la définition. Avant de commencer la revue de la littérature, le modèle théorique a été présenté. Le choix de l'ancrage théorique s'est porté sur Larry Purnell, en fonction de la question de départ. Il a été confirmé lors de l'élaboration de la problématique qui s'est, elle, construite à partir de questions autour de l'ESI et des manifestations culturelles diverses liées aux symptômes de l'ESPT. La question de recherche qui découle de ces différents éléments a conduit à une sélection de onze articles scientifiques, analysés et discutés par la suite.

3. Question de départ

Comment développer des compétences culturelles infirmières adéquates et les mettre en œuvre lors de la prise en charge sanitaire initiale d'une personne n'ayant pas forcément la même vision des soins que le soignant et présentant un état de stress post-traumatique? Ce questionnement est nécessaire pour des soignants travaillant dans un pays comme la Suisse, car ils seront probablement confrontés un jour à cette dimension soignante (Goguikian, Ratcliff et Strasser, 2009, p. 59). En effet, depuis de nombreux siècles la Suisse est une terre d'accueil et de protection de par sa pluralité culturelle, politique et religieuse. Comme le rappelle l'Office Fédéral des Migrations (2010), les demandes d'asile ont fortement augmenté depuis 1980 et les pays d'immigration sont également plus diversifiés: le Sri Lanka, la Turquie, les Balkans, l'Irak et plusieurs pays africains.

Ce phénomène s'explique par l'augmentation de la mobilité et de l'interconnexion mondiale. De 1992 à 1995, pendant la guerre en Bosnie-Herzégovine, près de 30'000 personnes ont trouvé refuge en Suisse. Elles étaient 53'000 lors de la guerre au Kosovo, entre 1998 et 1999. Les conflits ne sont pas les seules raisons d'immigration. Celle-ci peut aussi être due à des problèmes économiques ou climatiques.

Au niveau mondial, l'OFM évalue le nombre de personnes immigrées à 200 millions, dont 15 millions ont été forcées de quitter leur pays d'origine. Dans le début des années 2000, les demandes d'asile étaient de 20'000 chaque année en Suisse. Selon Swissinfo, les demandes d'asile proviennent essentiellement de Somalie, Serbie, Érythrée, Irak et Sri Lanka:

LES CINQ PREMIERS PAYS DE PROVENANCE (31 décembre 2012)



Les pays de provenance varient selon l'actualité mondiale. Par exemple, selon la Commission européenne (2014), la situation de la Serbie a changé depuis la fin de la guerre et l'inclusion du pays dans les accords sur la libre circulation des personnes en Europe en septembre 2013. En 2012, la Suisse est le sixième pays du continent européen à recevoir des demandes d'asile, avec 22'000 demandes en 2011 suite aux révolutions arabes. (UNHCR, 2014).

En ce qui concerne les sans-papiers, l'Institut des migrations de l'université de Berne les estime en 2002 entre 70'000 et 180'000 en Suisse. Le terme de «sans-papiers» inclut les

anciens travailleurs saisonniers sans permis, des migrants ne faisant pas partie de l'Europe, ne bénéficiant pas de permis de séjour ou des requérants d'asile déboutés (Swissinfo, 2002). Selon Goguikian, Ratcliff et Strasser (2009), les rencontres interculturelles sont très présentes dans les pays développés en proie à la mondialisation. Dans les soins, ce type de contact est aussi d'actualité et amène diverses situations complexes entre le soignant et le patient: communication difficile, émergence de stéréotypes, discrimination, voire inégalité dans l'offre en soins. Ces situations créent donc une insatisfaction, tant pour le soignant que le soigné. Selon Aragona, Pucci, Mazzetti, Maisano et Geraci (2013), la discrimination et les difficultés à s'intégrer dans le pays où l'on arrive provoquent souvent une augmentation des risques d'état de stress post-traumatique (ESPT). Les personnes interrogées suite à leur migration témoignent de ces problèmes lors de leur intégration: la «discrimination», le «retard dans le traitement du dossier de demande d'asile», la «solitude», les «obstacles à l'emploi» ou encore le «racisme». Et de fait, les immigrés de première génération montrent un taux élevé de risque d'ESPT. Lors des soins apportés à ces personnes, les soignants sont régulièrement confrontés à des situations d'incompréhension liées à la culture, aux valeurs ou à la langue. Ce qui peut rendre plus difficile le lien de confiance et la qualité de la prise en soin.

La situation peut aussi être inverse. Une étude de Larry Purnell (2001), évoque ainsi l'approche des soignants (médecins et infirmières) travaillant dans un pays qui n'est pas le leur et ayant donc une autre culture que celle des patients soignés. Ces derniers ont manifesté leur satisfaction quant au respect démontré envers leur culture lors des soins prodigués. Ils ont exprimé également l'importance d'une juste distance professionnelle, ce qui était le cas chez ces soignants. La population interrogée a donné aussi une importance certaine aux explications fournies par les soignants avant les soins. Mais il ressort aussi de cette étude que l'expression non verbale des soignants auprès des patients a pu être mal interprétée. Les remarques portent sur du non-respect, de la négligence ou encore du «sarcasme». Il est donc nécessaire qu'une compréhension réciproque s'installe dès la première prise en soins. En Suisse, celle-ci est réalisée lors de l'Entretien Sanitaire Initial (ESI). C'est durant cet entretien que le soignant doit faire preuve de compétences culturelles suffisantes pour commencer à construire le lien de confiance et encourager la personne à collaborer avec le réseau de soins mis en place. Le soignant est alors une référence au niveau de la santé pour la personne migrante. Celle-ci pourra le solliciter afin qu'il lui apporte l'orientation adéquate selon et en accord avec ses besoins. Il est donc primordial que le processus de collaboration débute dès cette première rencontre (De Raemy-Kocher, 2009).

La prise en charge infirmière comporte un aspect à ne pas négliger: les difficultés psychologiques liées à la procédure de demande d'asile. Selon Goguikian, Ratcliff et Strasser (2009), l'instabilité du futur (incertitude causée par le statut provisoire, absence de

perspectives d'avenir, perte de repères et problèmes de communication liés à la langue) peut amener à des problèmes de santé mentale qui influencent l'état de santé du migrant et qui peuvent même créer parfois des problèmes de violence.

Afin d'illustrer les conséquences sur la santé mentale du demandeur, la vignette clinique suivante présente un exemple de situation rencontrée en hôpital psychiatrique par une étudiante:

Monsieur A, requérant d'asile débouté, hospitalisé pour tentative de suicide et comportement auto-agressif en hôpital psychiatrique. L'hospitalisation est une aide d'urgence. Monsieur A veut garder l'espoir de pouvoir rester en Suisse. Malheureusement, la communication avec les soignants est difficile car Monsieur A ne parle pas le français ni l'anglais. Il parle uniquement le lingala, une des langues du Congo. De plus, Monsieur A ne semble pas comprendre son enfermement en chambre de soins et refuse de manger et de prendre les traitements qui lui sont proposés.

Certains soignants, dans une situation complexe telle que celle-ci, sont alors démunis et se sentent impuissants. D'autres évitent le problème car selon eux, il n'y a aucune solution.

Dans le but de casser la barrière de la langue et de maximiser les chances de déceler chez le patient un risque d'ESPT et d'éviter les actes de désespoir comme ceux cités dans la situation de Monsieur A, Graz, Vaderdu et Raynault (2002) démontrent la nécessité de recourir à un interprète lors d'une consultation médicale. Dans cette étude, sur l'échantillon des médecins interrogés (N=153), 85% déclarent avoir recours à un interprète lorsque cela leur semble judicieux. L'utilisation de médiateurs culturels est également recommandée par les médecins lorsque leurs patients éprouvent des difficultés. Toujours dans un souci d'illustrer avec des faits concrets les propos cités précédemment, la situation de soins ci-dessous évoque la complexité parfois rencontrée dans la communication entre soignant et soigné, sans la présence d'un interprète:

Madame B. et son fils de 8 ans, requérants d'asile arrivés de Russie en Suisse un mois auparavant, en première consultation «santé-migrants» en policlinique de pédiatrie. Les deux ne parlent pas le français.

Lors de la consultation, l'interprète ne peut pas être présent. De fait, le médecin ne parlant pas le russe, se retrouve embarrassé. L'infirmière présente essaie par des moyens de communication non-verbale et quelques mots d'anglais d'expliquer le déroulement de la consultation. Cette situation, sans interprète, complexifie alors la mise en place d'un lien de confiance thérapeutique et diminue l'efficacité de la consultation, d'autant plus que le niveau de compréhension de chacun est difficile à évaluer dans une situation comme celle-ci.

4. Définitions des mots-clés

4.1. Migrant

Terme utilisé pour parler du déplacement d'une personne d'un lieu à un autre. La migration peut être «interne» (dans le pays) ou «externe» s'il y a passage d'une ou plusieurs frontières (Delieutraz, 2008, p.32).

4.2. Etranger

Personne provenant d'un autre pays et disposant donc d'un statut légal ou illégal dans le pays où il vit. Ce terme est juridique et ne prend pas en compte l'aspect de déplacement, car une personne peut naître dans un pays et être considérée comme étrangère par ce dernier si elle n'en possède pas la nationalité (Delieutraz, 2008, p.32).

4.3. Immigré

Ce terme désigne la notion de déplacement d'une personne dans un pays étranger. L'immigré a la possibilité de se naturaliser dans son pays d'accueil (Delieutraz, 2008, p.32).

4.4. Réfugié

Ce terme regroupe les personnes obligées de quitter leur pays d'origine, car persécutées pour des raisons politiques, économiques, sociales, ethniques ou religieuses. (Office Fédérale de la Migration (OFM), 2012)

4.5. État de stress post-traumatique

L'ESPT se caractérise par une symptomatologie en lien avec un événement traumatique extrême et violent, mettant en danger de mort l'individu ou faisant de celui-ci le «témoin» d'une scène de violence extrême. Le simple fait d'être informé d'un événement violent, quel qu'il soit, peut également provoquer un ESPT.

Les réactions de l'individu à une telle situation sont «une peur intense», «un sentiment d'horreur» ou «d'être sans espoir».

La symptomatologie comprendra des sentiments constants de reviviscence de l'événement traumatique, des réactions d'évitement de toute sensation pouvant rappeler l'événement vécu et une hyper-vigilance constante se traduisant par de «l'anxiété augmentée et une excitation émotionnelle». Ce sont les trois catégories de symptôme d'ESPT.

Ainsi, plus l'élément stressant reste relativement proche et fort, plus le risque de développer un ESPT est élevé. Lorsqu'il s'agit de cas de torture ou de viol, l'ESPT peut se révéler encore plus grave.

La victime va revivre les événements marquants à travers des souvenirs et des rêves. Elle peut aussi développer des dissociations dans lesquelles elle revivra le traumatisme vécu. Elle

dépensera une énergie folle à essayer de chasser toute «pensée», «sensation» ou «conversation» en lien avec le traumatisme et pourra être amnésique pour une partie importante de l'événement. Non réactive à la vie extérieure ou dans un monde émotionnel complètement exacerbé, la victime d'ESPT est incapable de se projeter dans le futur.

Cet état psychique peut se manifester par de l'hyper-vigilance, de l'anxiété, de la difficulté à dormir, de l'irritabilité, de la colère, de la difficulté de concentration: après une durée de plus de trois mois, l'ESPT devient chronique. Avant trois mois, l'état de stress reste aigu. L'ESPT peut aussi survenir de manière différée six mois, voire plus, après le traumatisme (DSM V, 2013 p.271-280).

4.6. Traumatisme psychique

Situation de violence qui atteint un individu sur le plan physique et/ou psychologique. Pour parler de traumatisme, la personne doit avoir la sensation d'être incapable de sortir de la situation dangereuse et/ou avoir l'impression que son issue sera la mort. Le traumatisme peut aussi être créé par le seul fait de visualiser l'élément traumatogène (DSM V, 2013 p.265-290).

4.7. Epidémiologie

En Suisse, en 2009, selon la Swiss Health Maintenance Organisation, dont les médecins doivent fournir les résultats de leurs consultations, les requérants d'asile provenant des Balkans, de Turquie, d'Afrique sub-saharienne, d'Irak et du Sri Lanka souffraient principalement de douleurs lombaires, de pathologies respiratoires, de dépressions diverses et d'ESPT. Les maladies infectieuses représentent un faible pourcentage (Bischoff et al. 2009). A Genève, selon psychologie-ge.ch, la population générale adulte souffrant d'un état de stress post-traumatique en 2012 est de 2,2%. Il est deux fois plus fréquent pour une femme que pour un homme de développer cet état de stress.

5. Problématique

Le but de ce travail est de savoir comment une infirmière travaillant auprès de migrants peut mener un ESI adéquat, complet et clair, avec une personne issue d'une autre culture afin de déceler des signes ou symptômes éventuels d'ESPT. En effet, les critères liés à la culture, à la religion ou encore à la vision de la santé et de la maladie marquent une différence primordiale dans le rapport soignant/soigné. Ils doivent être étudiés et pris en considération dans la perspective du premier contact avec l'individu. Afin d'illustrer ces propos, plusieurs études occidentales ont été analysées. Elles démontrent clairement que les manifestations de symptômes d'ESPT sont très différentes suivant l'origine ethnique du patient. Par exemple, selon une étude menée par Hinton et al. (2011) chez des réfugiés cambodgiens interrogés dans un camp, le «*khyâl attack*» est le principal syndrome d'ESPT. Ce syndrome se manifeste somatiquement par des syncopes, des vertiges et de la difficulté à respirer. D'un point de vue occidental, cela peut être considéré comme de l'anxiété. Cependant, dans la culture cambodgienne, l'agoraphobie est représentée par un «empoisonnement par les gens» faisant partie du «*khyal*». Dans les pays du Moyen-Orient, comme l'Afghanistan, une étude menée par Miller et al. (2009) démontre que divers symptômes sont spécifiques à la culture. Par exemple, le terme «*jigar khun*» ou «foie saignant» représente un état de mélancolie, «*asabi*» un état de nervosité intense et «*fishar-e-payin*» désigne une diminution de l'énergie et de la motivation. En Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale, selon Rasmussen, Smith et Keller (2007), la plupart des symptômes se manifestent par l'impression que quelque chose «rampe» sous le crâne ou au-dessus, par des sensations de chaleur intense, généralisée ou locale (dans la tête) ou encore «des mouvements du cœur». Ces perceptions complexifient donc la prise en soins des migrants par des soignants occidentaux ayant une formation basée sur des représentations autres que l'individu, un vocabulaire et un bagage culturel différents.

6. Ancrage théorique: le modèle de Larry Purnell

Depuis les années 1970, il existe plusieurs modèles ou théories de soins, dus en particulier à Madeleine Leininger, docteur en science infirmière et anthropologue, qui développa dès les années 1950 le concept de transculturalité dans les soins. Par la suite, plusieurs auteurs en soins infirmiers créèrent leurs propres modèles de soins transculturels. Larry Purnell, inspiré par divers modèles théoriques en biologie, anthropologie, religions, psychologie, nutrition, sociologie, histoire, physiologie et anatomie, a ainsi créé le modèle de la «compétence culturelle». Celui-ci, en retraçant tout ce que l'infirmière devrait prendre en compte lorsqu'elle rencontre un client issu d'une culture différente de la sienne, est tout à fait pertinent pour notre ancrage théorique.

Le modèle de la «compétence culturelle» a été préféré au modèle «sunrise» de Madeleine Leininger car il est plus complet et rapidement employable grâce à sa simplicité. En effet, les termes et le vocabulaire utilisés dans le modèle de Purnell sont facilement accessibles et permettent de réaliser une bonne anamnèse de l'individu.

De plus, le modèle de la «compétence culturelle» est conçu de telle manière qu'il peut s'utiliser comme une marche à suivre. Les douze domaines qui le constituent («sommaire», «localité habitée et topographie», «communication», «rôles et organisation de la famille», «questions relatives à la main d'œuvre», «écologie bio-culturelle», «comportements à risques élevés pour la santé», «nutrition», «pratiques durant la grossesse et la gestation», «rituels mortuaires», «spiritualité», «pratiques de soins», «pratiques des intervenants de la santé» (Larry D. Purnell, 1999, traduction libre, p.98)), offrent une vision globale de la personne et de la famille ou de la communauté. Le modèle de Purnell facilite aussi le travail pluridisciplinaire entre professionnels de la santé, chaque corps de métier paramédical, médical et social pouvant se l'approprier aisément.

Ce modèle fait partie de l'école de pensée du «caring» qui se situe dans le paradigme de la «transformation» théorisé par Leininger, Paulanka ou Campinha-Bacote.

Les théoriciennes de l'école du *caring* considèrent que les infirmières peuvent améliorer la qualité des soins si elles reconnaissent le potentiel de soins de tout être humain (Boykin et Schoenhofer, 2001) et si elles intègrent des connaissances liées à des dimensions telles que la spiritualité (Watson, 1979/2008) et la culture (Leininger, 2007). (Pepin J., Kérouac S., Ducharme F. 2010, p.69).

Purnell, qui définit la santé comme «un état de bien-être tel que défini par la population composant un groupe culturel» (Purnell, 2003, p. 38) et la personne comme «un être humain bio-psycho-socioculturel en constante adaptation» (Purnell, 2003, p. 37), a développé des concepts issus de métaparadigmes: société globale, communauté, famille, personne et compétence consciente.

La société globale fait référence à «la communication et à la politique mondiale, aux conflits et aux guerres, aux désastres naturels et aux famines, aux échanges internationaux de commerce et d'information technologique, à l'avancement des sciences de la santé, à l'exploration spatiale et à l'amélioration des possibilités de voyage autour du monde augmentant ainsi les interactions entre les sociétés. (...) Ces événements créent des chaos et forcent les peuples à changer leurs habitudes de vie et leur vision du monde qu'ils en soient conscients ou non.» (Purnell, 2003, p. 37).

«La communauté représente un groupe de personnes ayant en commun une identité et des intérêts propres et demeurent dans une localité spécifique.» (Purnell, 2003, p. 37).

La famille se définit comme étant «deux personnes ou plus, émotionnellement impliquées. Ces personnes ne vivent pas nécessairement sous un même toit ou à proximité l'une de l'autre. (...) La structure et les rôles de la famille changent selon l'âge, la génération, l'état civil, la localisation; l'immigration exige aussi parfois à revoir ses croyances et son mode de vie.» (Purnell, 2003, p. 37).

Le modèle de Purnell ne définit pas les métaparadigmes de l'environnement et du soin. Néanmoins, les définitions de la famille, de la communauté ainsi que de la société globale pourraient correspondre au métaparadigme de l'environnement. Le métaparadigme du soin n'est pas défini par Purnell.

Le modèle conceptuel de Purnell se situe à mi-chemin entre le paradigme et les indicateurs empiriques selon l'holarchie des connaissances¹. Ce qui fait que ce modèle est également à mi-chemin entre l'abstrait et le non-abstrait.

Purnell met en avant la sensibilisation des professionnels quant aux services de santé, à l'administration, à la formation ainsi qu'à l'ouverture consciente aux diversités culturelles. Sa démarche est en lien étroit avec notre problématique, qui consiste à savoir comment être le plus compétent et le plus efficace, interculturellement parlant, dans un entretien infirmier. L'objectif étant d'être le plus adéquat possible face à des questions personnelles, sensibles, posées à un patient inconnu n'ayant pas forcément la même vision du statut de l'infirmière que la nôtre.

Selon Purnell (1998), la culture se rapporte à la totalité des patterns de comportements socialement transmis à l'égard des arts, des croyances, des valeurs, des coutumes et habitudes de vie, de tous les produits du travail humain et des caractéristiques de la pensée des personnes composant la population. La culture guide la perspective, la vision du monde et la prise de décision. Ces patterns explicites et implicites sont appris et transmis à l'intérieur de la famille et partagés par la majorité des membres de même culture; il s'agit de phénomènes émergents qui changent la réponse à un phénomène global. Or, bien que relevant du domaine de l'inconscient, la culture confère une influence directe ou indirecte puissante sur les perceptions de santé et de maladie.

¹ Cf. module *Recherche et construction des savoirs*, Françoise Maillard Struby, Holarchie des connaissances.

De plus, la vision du monde et l'appartenance d'une personne à sa culture se construisent à partir de caractéristiques culturelles primaires et secondaires.

Caractéristiques primaires:

- nationalité
- couleur de peau
- âge
- ethnie
- genre
- religion

Caractéristiques secondaires:

- statut socio-économique
- expérience militaire
- croyances politiques
- niveau d'éducation
- occupation
- habitation
- milieu urbain ou rural
- caractéristiques physiques
- statut civil
- raison de la migration
- statut parental
- orientation sexuelle
- problème de genre
- durée hors du pays d'origine

(Larry D. Purnell, 1999, traduction libre, p.98)

Pour Purnell, les soins culturellement compétents incluent:

- la culture du patient
- la culture du soignant
- la culture de la profession et de la spécialité
- la culture du système de santé
- la culture de la société dans laquelle les soins sont délivrés

(Larry D. Purnell, 2011, traduction libre, p.48)

Il est important pour lui de se détacher de sa propre culture pour éviter l'ethnocentrisme² qu'il décrit comme étant «le principal obstacle à la prestation de soins consciemment ouverts à la culture» (Purnell, 2003, p. 35).

Son modèle est imagé par un cercle (cf. annexe II) qui sert de trame représentant la personne dans la société, la communauté et la famille. Cette trame contient divers concepts qui permettent de mieux cerner les valeurs culturelles du patient. Elle se divise en douze domaines: nutrition, comportements à risque, variations biologiques, problèmes concernant le travail, rôle et organisation de la famille, communication, vue générale (origine), travailleurs de la santé, pratiques de soins de santé, spiritualité, rituel mortuaire, grossesse et maternité. Ces points sont séparés par des pointillés qui représentent le côté subjectif de la culture de chacun. Le point noir au centre du cercle représente les phénomènes inconnus, liés à la personnalité propre du patient.

L'infirmière qui suit ce modèle évolue selon quatre stades dans son suivi de la personne migrante. Le premier représente son incompetence inconsciente face à la culture de l'Autre: elle ignore son incompetence.

Le deuxième est l'incompétence consciente. L'infirmière va prendre conscience de son manque de compétence et va ainsi évoluer en se formant pour atteindre le troisième stade, la compétence consciente.

Le quatrième stade est, selon Purnell, difficile à atteindre. Il correspond à la compétence inconsciente, en partant du principe que l'infirmière est capable de construire inconsciemment, par automatismes, sa démarche de soins.

Afin de mieux comprendre l'approche sanitaire qu'offre une ville comme Genève aux personnes migrantes, il est important de décrire le contexte et le cadre qui a été développé au sein de la ville, afin d'accueillir cette population et d'en assurer le suivi médical.

² L'ethnocentrisme signifie, pour tout être humain, que sa propre façon de penser et d'agir est la meilleure, la plus appropriée et la plus naturelle. Cette tendance universelle perpétue l'attitude voulant que des croyances, différentes de sa propre culture, soient bizarres, étranges et non éclairées et qu'elles soient par conséquent «pas correctes» (Purnell, 2003, p. 35).

7. Le Programme Santé Migrants

Le Programme Santé Migrants (PSM) est une organisation genevoise, faisant partie du Réseau de Soins Asile (RSA). Le RSA prend en charge l'assurance maladie des demandeurs d'asile durant la procédure et le PSM prend en charge la santé de la personne requérante d'asile en ambulatoire.

Population cible du PSM:

Requérants d'asile: au niveau fédéral	Déboutés	Non entrée en matière (NEM)	Sans papiers
Demande d'asile	Demande d'asile	Demande d'asile	Pas de demande
Permis N*	Pas de permis	Pas de permis	Pas de permis
Assurance maladie	Assurance maladie	Pas d'assurance Sauf NEM ayant des problèmes de santé	Pas d'assurance maladie → CAMSCO ³
Logent dans des foyers	Logent dans des abris PC (protection civile)	Logent dans des abris PC	Pas de logement

***selon l'OFM (2010): le permis N est délivré pour les personnes requérantes d'asile qui sont en procédure d'asile en Suisse. Ce livret leur permet de résider en Suisse et, dans certains cas, selon l' art. 43 de LAsi, à exercer une activité rémunérée.**

Le RSA a été créé en 2001 par l'Hospice Général (Aide aux Requérants d'Asile ARA) et les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) avec la médecine des voyages et des migrations. Pour les adultes comme pour les enfants, une offre de soins a été créée en collaboration avec la Policlinique de Pédiatrie des HUG afin d'évaluer l'état de santé des enfants récemment entrés à Genève. 40 médecins font partie du RSA. Des médecins de premier recours (MPR) et des infirmiers sont présents au PSM et aux foyers d'accueil.

Le PSM est installé aux Charmilles, où travaillent infirmiers et MPR en collaboration avec des interprètes qui viennent de la Croix-Rouge Genevoise. Il reçoit les requérants d'asiles pour des raisons de santé. Au niveau santé, les infirmiers proposent des vaccinations directement dans les locaux du PSM.

³ Consultation Ambulatoire Mobile de Soins Communautaires

Ce programme fonctionne en collaboration avec l'Hospice Général, mais les soignants sont engagés par les HUG et plus précisément par le Département de médecine communautaire. Les infirmiers divisent leur temps de travail en deux. Une partie est effectuée au PSM avec rendez-vous pour les NEM, vaccinations, campagne de prévention du VIH et test du VIH. Une autre se fait au sein même des foyers pour requérants répartis sur l'ensemble du canton.

Dans les foyers, le PSM assure une consultation infirmière ainsi que l'accueil de la personne venant d'un centre d'enregistrement. Le soignant propose à celle-ci un ESI afin d'évaluer ses besoins. Selon le résultat de l'entretien, il l'orientera vers le MPR qui lui a été attribué, ce dernier prenant en charge les problèmes de santé aigus et assurant le suivi du traitement. En cas de maladie chronique ou de thérapie médicale complexe, les infirmiers apportent une éducation thérapeutique à la personne concernée.

Lors de cet ESI, le soignant tente de mettre à l'aise la personne en l'accueillant et en créant un environnement calme et intime. Il se présente à son interlocuteur en lui expliquant la raison de l'entretien et son déroulement. Tout en s'inquiétant de la bonne compréhension de l'auditeur, le soignant commence généralement l'entretien avec la présentation de tout ce qui concerne le système de santé suisse. Il explique qu'il est infirmier, qu'il travaille pour le «Grand Hôpital» de Genève et que l'Hospice Général prend en charge les frais de l'assurance maladie. L'Hospice Général délivre en quelques jours une carte d'assurance de base et prend en charge financièrement tout ce qui concerne la santé de la personne. Celle-ci a droit à un médecin traitant qui la suivra tout au long de la procédure. S'il est privé, le médecin sera présent à chaque consultation. Si le MPR vient du PSM, un suivi par le même médecin n'est pas garanti.

Après ces nombreuses informations, le soignant s'assure de la bonne compréhension des informations et continue en expliquant le système du PSM, ainsi que la possibilité de s'y faire vacciner. Il explique ce qu'est un vaccin et son utilité, tout en précisant qu'il n'est pas obligatoire mais fortement conseillé.

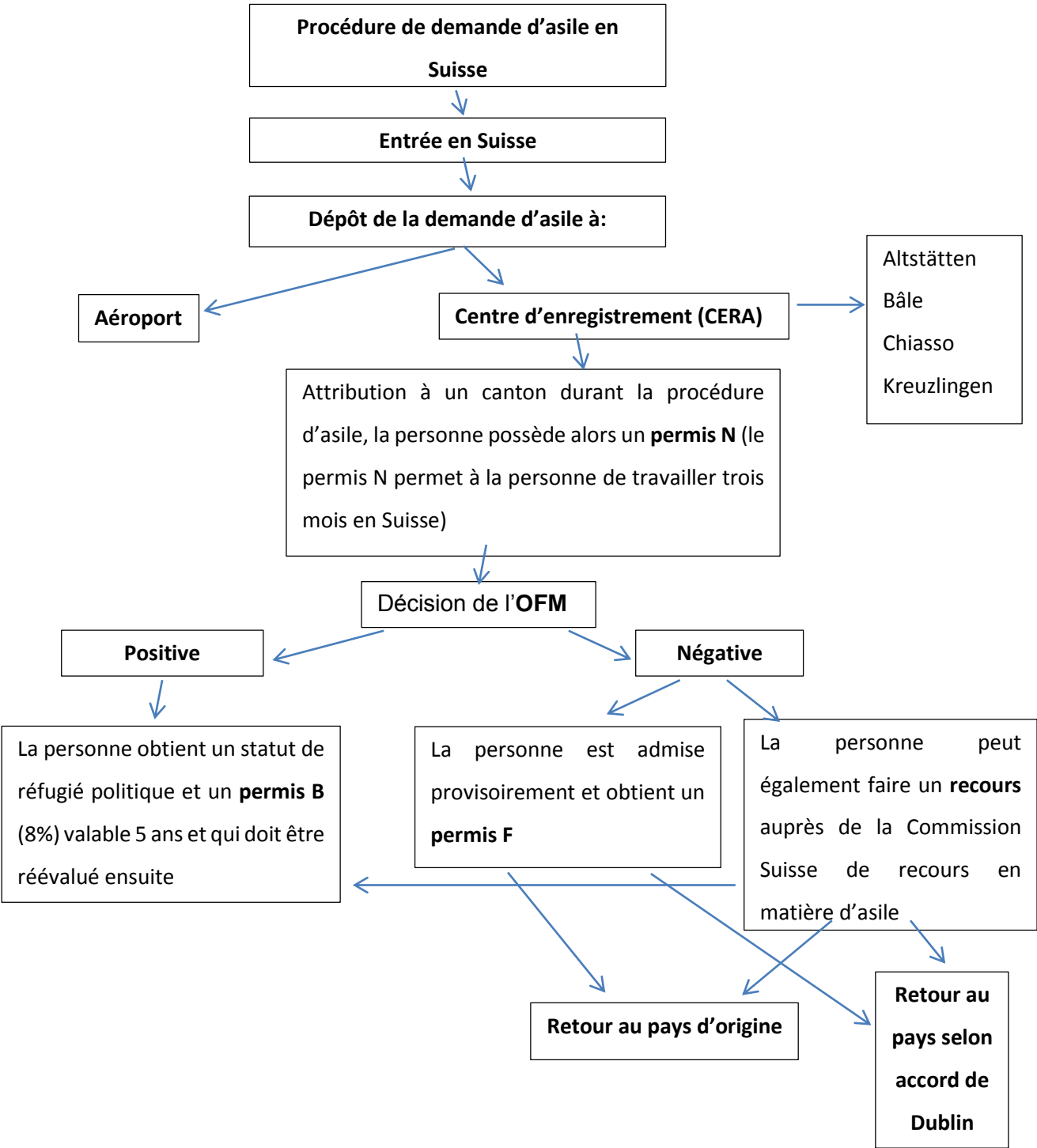
Au PSM, les soignants proposent également d'effectuer un dépistage de l'hépatite B et une vaccination, si la personne n'a eu aucun contact avec la maladie auparavant. Il est aussi proposé un test du VIH ainsi qu'une séance d'information avec un infirmier spécialisé dans les maladies sexuellement transmissibles. Celui-ci informe la personne sur les méthodes pour se protéger et répond à ses questions.

L'ESI se termine avec l'histoire de vie de la personne. Le soignant se renseigne sur sa famille, si elle a des enfants et des proches au pays. La personne est interrogée sur ses antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux. Le sujet d'une éventuelle violence subie au pays doit être évalué. C'est un moment sensible où la personne peut s'ouvrir et expliquer ce qu'elle a vécu dans son pays et ce qui l'a poussée à le quitter. Certaines personnes exprimeront le besoin

d'en parler, d'autres pas. C'est au soignant de respecter le choix de la personne, tout en évaluant ses besoins.

C'est une étape importante dans la relation soignant/soigné, car c'est à ce moment-là que débute un lien entre le signant et le soigné.

8. Algorithme de la procédure de demande d'asile en Suisse



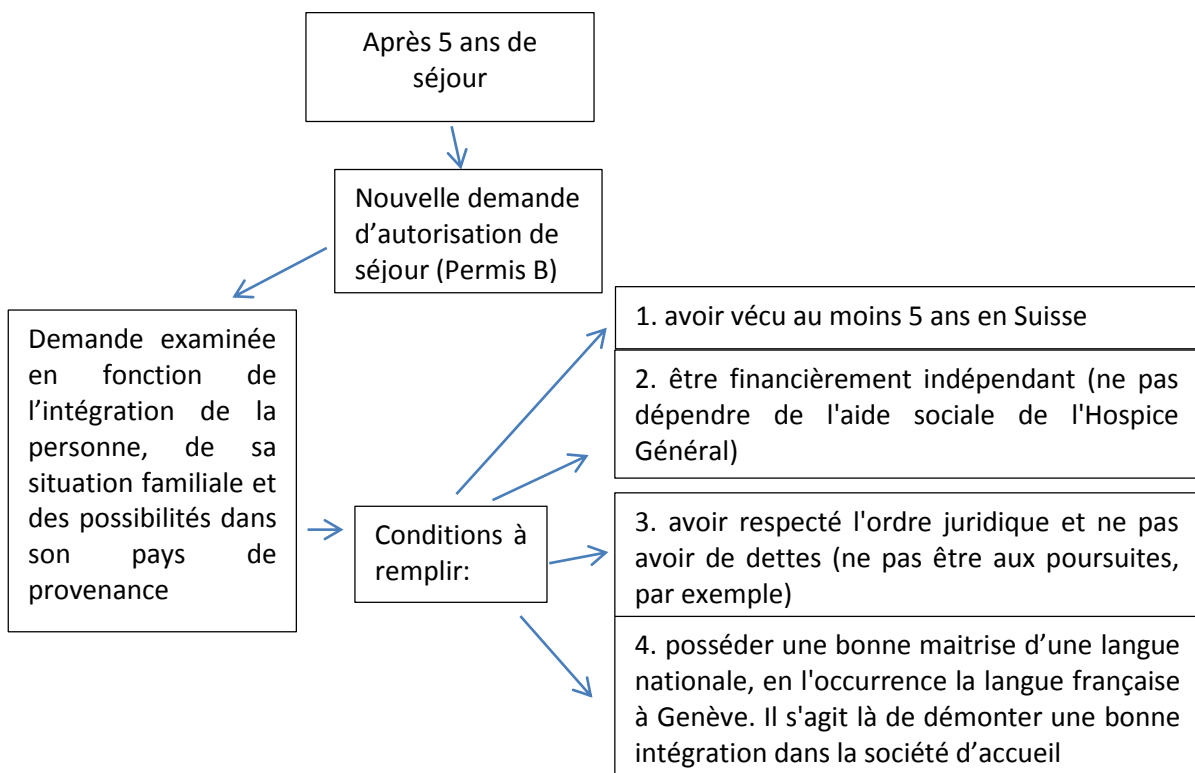
Les titulaires d'un permis F sont des personnes dont la demande d'asile a été refusée faute de preuves d'une persécution individuelle, mais qui ne peuvent pas retourner dans leurs pays d'origine, notamment du fait de l'insécurité qui règne pendant ou après un conflit ou une guerre civile.

Les autorités accordent également une «admission provisoire », si le renvoi se révèle illicite (violation du droit international public) ou matériellement impossible pour des raisons techniques (art. 83 LEtr).

Le permis F est valable douze mois et est renouvelé d'année en année. A noter que l'admission provisoire devient souvent un séjour durable malgré l'appellation «provisoire». Les autorités constatent qu'une grande partie des personnes admises à titre provisoire (environ 80%) restent pendant de nombreuses années et souvent pour le restant de leur vie en Suisse.

Si la personne parvient à transformer son permis F en permis B, elle peut rester en Suisse cinq années de plus.

8.1. Algorithme de la transformation du permis F en permis B



Suite au dépôt de leur demande d'asile dans un des cinq centres d'enregistrement de l'Office Fédéral des Migrations du pays (Altstätten, Bâle, Chiasso, Kreuzlingen et Vallorbe), les personnes sont réparties sur l'ensemble de la Suisse et vont vivre dans un foyer en attendant la réponse de Berne.

Une fois que la demande d'asile est enregistrée, à Genève, la personne doit passer par le centre du Bouchet, puis sera placée en fonction de la place dans un foyer d'accueil.

Les foyers d'accueil: Anières, Presinge, Lagnon, Contrat-Social, Tilleuls, Saconnex, Feuillasse, Simonet, La Praille, PAC Eaux-Vives, Henri-Dunant, Voisins 18, autres logements individuels.

Les foyers pour Déboutés-NEM (non entrée en matière): Les Tattes, PC Annevelle, PC Châtelaine, PC Carouge.

Lorsque les personnes quittent leur centre d'enregistrement, elles se rendent dans le foyer que les autorités leur ont désigné. Dans les premiers jours de leur arrivée au foyer, chaque personne est convoquée par l'infirmière «référente» qui procède à l'ESI, avec l'aide, si besoin, d'un interprète.

9. Synthèse de la problématique

Selon les données épidémiologiques citées précédemment, l'ESPT fait partie des quatre pathologies (psychiatriques et somatiques toutes confondues) les plus courantes dans la population migrante (Bischoff et al. 2009).

Carswell K. et al. (2011) confirment ces données avec les résultats de plusieurs études conduites dans les pays développés accueillant des réfugiés. Les auteurs ont démontré une forte relation entre l'environnement post-migratoire et la santé mentale. Les concepts-clés «environnementaux» décrits dans cet article et pouvant avoir une influence sur la santé mentale et le développement de psychopathologies sont le retard dans le processus de demande d'asile (Laban et al. 2004; Silove et al. 1997; Steel et al. 1999), les conditions de vie socio-économiques (Laban et al. 2004; Silove et al. 1997; Steel et al. 1999), le manque de soutien social (Schweitzer et al. 2006). Le résultat principal de l'étude montre que le nombre de traumatismes vécus, la difficulté d'adaptation, la perte de culture, le manque de soutien et de confiance augmentent les symptômes de stress post-traumatique (traduction libre, p.114). On peut alors émettre l'hypothèse qu'une prise en soin infirmière globale de la personne migrante serait adaptée pour travailler sa «santé mentale» et lui apporter le soutien nécessaire afin de diminuer le stress lié à son parcours migratoire et à sa situation dans le pays hôte.

Selon Testa-Mader, Degrate et Clerici (2002), l'acquisition de compétences culturelles par l'équipe pluridisciplinaire⁴ qui entoure la personne migrante est nécessaire. Les auteurs soulignent également l'importance du réseau et du travail en pluridisciplinarité pour assurer une bonne adhésion au système de santé.

D'après ces articles, les facteurs influençant une bonne prise en soin lors d'un ESI sont la langue, les interprètes (médiateurs culturels, interprète non formé en médiation culturelle, proches du patient ou famille) et les compétences culturelles des soignants.

Pour Purnell (2001), les conséquences d'une «mauvaise connaissance» de la culture de l'Autre peuvent donner aux personnes migrantes un sentiment d'incompréhension, de discrimination ou d'incompétence de la part des soignants. Cela peut créer un climat de méfiance envers l'infirmière et compromettre ainsi une prise en soins adéquate. A leur tour, les soignants peuvent se sentir démunis et incompétents face à une personne n'ayant pas les mêmes repères culturels quant à la santé et à la vision de la maladie. Une autre étude de Larry Purnell (2001) a été menée au Guatemala, où les soignants ne faisaient pas partie de la population et devaient se confronter à la prise en soins des guatémaltèques. La population y met en avant les difficultés rencontrées par les soignants dans la compréhension des différences entre leur propre vision de la santé et celle des autochtones. Ce qui a entraîné une incompréhension culturelle des deux parties et induit des démarches de soins contre-productives.

En comparant plusieurs études menées dans divers pays non-occidentaux, des affections qui seraient décrites comme de l'anxiété, de l'agoraphobie ou de la mélancolie par les soignants occidentaux sont interprétés très différemment par les populations locales. Cet écart culturel se retrouve par exemple au Cambodge, où l'agoraphobie est interprétée comme «un empoisonnement par autrui» (Hinton et al. 2011). Cela mène alors à des interrogations quant à l'élaboration d'une prise en soins infirmière de qualité et adéquate culturellement parlant.

⁴ Selon palliative.ch : le terme « pluridisciplinaire » signifie qu'une équipe est composée de plusieurs groupes de professionnels comme le personnel soignant, les médecins, les travailleurs sociaux et autres.

10. Question de recherche

Comment développer, lors de l'entretien sanitaire initial (ESI), des compétences infirmières qui soient à la fois culturelles et liées à la santé mentale, permettant une orientation adéquate dans les soins et un suivi médical adapté à la personne. Ses soins mis en lien avec les convictions, les représentations des soins et de la maladie, de la personne migrante?

Autrement dit, comment une infirmière peut-elle diriger un entretien sanitaire initial avec des personnes de cultures différentes? Comment doit-elle «jongler» avec les représentations de la santé propres à chaque culture? Comment articule-t-elle ses valeurs et sa culture personnelle avec celle de l'autre, tout en restant adéquate et en se respectant? Dans un ESI d'une durée d'une heure trente en moyenne, comment l'infirmière, grâce à son intuition, ses connaissances multiculturelles en santé mentale et la trame utilisée pour guider l'entretien, détecte-t-elle un symptôme d'ESPT chez la personne migrante adulte? Quelles sont les actions qui doivent alors être mises en place par les infirmières? Les échelles de mesure utilisées dans les études afin de déceler le niveau d'anxiété et de dépression sont-elles adaptées et adaptables à toutes les cultures?

11. Méthodologie

L'ESPT faisant partie des quatre pathologies les plus courantes dans les populations migrantes, la première interrogation a été de savoir comment en déceler les symptômes. Ceux-ci sont en effet difficiles à dépister lors d'un ESI, car ils sont très spécifiques de la personne et fortement caractérisés par sa culture, ce qui rend également complexe la prise en soins. Ce premier choix de questionnement a été motivé par la présence forte de cette population dans les démarches de soins, ce qui conduit les professionnels de la santé à être régulièrement confrontés à elle. La deuxième interrogation se base sur les compétences soignantes en lien avec la culture. Ici, le modèle de Purnell permet de disposer d'un cadre théorique comme repère pour des soins infirmiers dits de transculturalité. Ce modèle permet de lier la question de départ avec les soins infirmiers dans l'élaboration d'un ESI, selon l'angle pratique choisi pour ce travail. Les vignettes cliniques ont été insérées dans l'élaboration de la question de départ. Celles-ci relatent et illustrent, de manière concrète, plusieurs situations de soins rencontrées. Ces dernières serviront d'exemples pour appuyer certains éléments de la discussion. La question de recherche a été élaborée suite à des lectures d'articles scientifiques évoquant l'approche de soignants auprès de personnes issues d'autres cultures. La recherche d'articles a été construite sur la base de deux PICO, l'un partant du point de vue des infirmiers, l'autre de celui des migrants adultes. Ce choix s'explique par le fait que cette revue de la littérature se base sur le «moment de soins» particulier qu'est l'ESI, entretien durant lequel deux personnes interagissent. Ces deux populations doivent donc être analysées: d'un côté

les infirmiers, en lien avec la compétence culturelle et le dépistement des symptômes d'ESPT, de l'autre les migrants en lien avec leur culture et leurs manifestations de symptômes d'ESPT. Il était nécessaire de conduire la recherche de cette manière afin de garder l'ESI comme fil conducteur. La logique voulait que ce travail repose sur une base d'échanges culturels et ne distingue pas l'une ou l'autre de ces deux populations, ce qui aurait été incohérent. Une recherche a été effectuée sur des bases de données comme «Pubmed», «CINHAL», «OVID Health (FRANCIS)» et «Google Scholar». Le choix s'est porté sur ces bases de données, car elles relèvent du domaine médical (Pubmed et CINHAL) et des sciences humaines comme l'anthropologie et l'ethnologie (FRANCIS). Google Scholar s'est également révélée utile pour la recherche d'articles francophones. Les publications datant d'avant 2000 ont été exclues de la démarche, de même que celles traitant de populations d'enfants. Les articles non scientifiques, les livres et les articles rédigés dans d'autres langues qu'en français et en anglais ont également été exclus.

Suite à de nombreuses lectures, plusieurs thèmes ont été sélectionnés afin de les mettre en lien avec la question de recherche: la compétence culturelle, les difficultés post-migratoires, la pertinence des questionnaires d'évaluation, les résistances face aux thérapies occidentales lors du traitement de l'ESPT et l'efficacité des ESI. Ces thèmes choisis regroupent l'ensemble des questionnements soulevés dans l'élaboration de ce travail. Les thèmes et les résultats des articles ont été discutés et mis en lien, afin d'apporter divers éléments de réponses. Ceux-ci seront exposés dans la conclusion, avec des propositions pour la pratique et en vue d'éventuelles futures recherches.

11.1 PICO

Population	Intervention	Contexte	Outcomes
Migrants Adultes	ESI	Etat de stress post-traumatique	Manifestation des symptômes
Infirmière	ESI	Compétences culturelles	Détection de symptômes

Mesh termes en français	Mesh termes en anglais
Soins infirmiers Larry Purnell Réfugiés migration Santé mentale Troubles de stress post-traumatique ESPT Guerre Adultes Patients Symptômes manifestations émotionnelles Anthropologie Ethnologie Ehnculturalité Culture	Nursing Larry Purnell Refugees migration Mental health Post-Traumatic Stress Disorder PTSD War Adults Patients Symptoms emotional manifestations Anthropology Ethnology ethnocultural Culture

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Adultes Publications >2000 Articles en anglais/français Articles médicaux, infirmiers, de psychologie, d'anthropologie et d'ethnologie Pays avec conflits internes Hommes et Femmes Toutes cultures Toutes religions Requérants d'asile Migrants Immigrés	Enfants Publications <2000 Articles ni en français ni en anglais Articles non scientifiques Livres

PUBMED	Résultats	Articles sélectionnés
Search (ptsd) AND emotional manifestations Filters: published in the last 5 years	11	An unusual clinical presentation of posttraumatic stress disorder in a Sudanese refugee
Search (PTSD) AND EMOTIONNAL MANIFESTATIONS Filters: published in the last 5 years	0	
Search (PTSD) AND CULTURAL MANIFESTATIONS Filters: published in the last 5 years	9	An unusual clinical presentation of posttraumatic stress disorder in a Sudanese refugee (9)
Search ((ptsd) AND symptoms) AND ethnocultural Filters: published in the last 5 years	1	Pas retenu
Search ((PTSD) AND SYMPTOMS) AND ETHNOCULTUR Filters: published in the last 5 years	0	
Search (ptsd) AND ETHNOCULTURAL Filters: published in the last 5 years	4	Pas retenu
Search ((PTSD) AND CULTURE) AND REFUGEES Filters: published in the last 5 years	103	Social support, coping and posttraumatic stress symptoms in young refugees (16) Stresses of passage, balms of resettlement, and posttraumatic stress disorder among Sri Lankan Tamils in Canada (40) The validity and clinical utility of post-traumatic stress disorder in Afghanistan (95)
Search ((PTSD) AND CULTURE) AND SYMPTOMS Filters: published in the last 5 years	319	Pas retenu
Search (PTSD) AND Nursing Filters: published in the last 5 years	968	Group mental health intervention in civilian population in War-Conflict Aeras: A Lebanese Pilot Study (3)

		<p>Intimate partner violence, depression, PTSD, and use of mental health resources among ethnically diverse black women. (39)</p> <p>Factors related to posttraumatic stress symptoms in women experiencing police-involved intimate partner violence. (162)</p>
<p>Search PTSD AND Migration Filters: published in the last 5 years</p>	115	<p>Traumatic events post-migration living difficulties and post traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study (7)</p>
<p>Search nursing AND asylum seekers Filters: published in the last 5 years</p>	19	<p>Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. (16)</p>
<p>Search ((PTSD) AND asylum seekers) AND migration</p>	19	<p>The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers (5)</p>

OVID Health (FRANCIS)	Résultats	Articles sélectionnés
(ETHNOLOGY and PTSD).mp. [mp=translated title, original title, abstract (english), heading word]	0	
(PTSD and acculturation).mp. [mp=translated title, original title, abstract (english), heading word]	19	Pas retenu
(SRI LANKAN and PTSD).mp. [mp=translated title, original title, abstract (english), heading word]	4	Pas retenu
(PTSD and AFRICANS).mp. [mp=translated title, original title, abstract (english), heading word]	2	Factor structure of PTSD symptoms among west and central African refugees

«Posttraumatic stress disorder».da.	812	Pas retenu
(PTSD and ASYLUM SEEKERS).mp. [mp=translated title, original title, abstract (english), heading word]	23	Immigrants and Refugees: The Psychiatric Perspective (18)
(PTSD and ASYLUM SEEKERS and CULTURE).mp. [mp=translated title, original title, abstract (english), heading word]	0	
(PTSD and culture).mp. [mp=translated title, original title, abstract (english), heading word]	51	The relationship of PTSD to key somatic complaints and cultural syndromes among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic: The Cambodian Somatic Symptom and Syndrome Inventory (CSSI) (1)
(PTSD and migrants).mp. [mp=translated title, original title, abstract (english), heading word]	5	Pas retenu
PTSD.mp. [mp=translated title, original title, abstract (english), heading word]	4462	Pas retenu

CINHAL	Résultats	Articles sélectionnés
Post-traumatic stress disorder AND immigrants	15	Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study
Post-traumatic stress disorder AND nursing AND asylum seekers	1	Post-traumatic stress disorder in asylum seekers (1)
Post-traumatic stress disorders AND refugees	7	Posttraumatic stress disorder symptoms in Bosnian refugees 3 1/2 years after resettlement (1)

Google Scholar	Résultats	Articles sélectionnés
refugees AND mental AND health PTSD	7'240	A longitudinal study of mental health in refugees from Burma: The impact of therapeutic interventions. (13)
Refugees AND Anthropology AND PTSD depuis 2014, articles en anglais et français	221	Course of post-traumatic stress disorder and health care utilisation among resettled refugees in the Netherlands(2)
Demandeurs d'asile AND PTSD depuis 2000, articles en français	513	Pathologies courantes chez les demandeurs d'asile à Montréal. Canadian Journal of Public Health. (8)
Demandeurs d'asile AND PTSD AND Pathologies depuis 2000, articles en français	386	Pathologies des demandeurs d'asile accueillis en République slovaque. Laboratoire de psychopathologie et de psychologie médicale. (13)
Entretien sanitaire AND Demandeurs d'asile depuis 2000, articles en français	2060	Étude de l'adéquation du dépistage lors de la visite sanitaire de frontière des problèmes de santé chez les patients requérants d'asile. (13)
Transcultural AND Therapy	4010	Group Mental Health Interventions in Civilian Populations in War-Conflict Areas: A Lebanese Pilot Study. (85)
Immigrants AND PTSD	15100	Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study.(40)

12. Résultats

12.1. Synthèse des articles par thème

12.1.1. Les compétences culturelles

La notion de compétence culturelle se retrouve dans la majorité des articles sélectionnés. Elle a, en effet, une grande importance dans la relation de soin avec des groupes culturels différents, en particulier les migrants.

Les compétences culturelles sont essentielles aux soignants, car elles permettent une vision globale de la personne migrante et du contexte dans lequel elle se trouve: quelle est sa culture d'origine, comment se construit son réseau social et familial, a-t-elle un employeur, qu'en est-il de son acculturation, quel est son statut social? (Lamkaddem, Stronks, Devillé, Olf, AM Geritsen & Essink, 2014). Mais les connaissances culturelles de l'infirmière sont en perpétuel changement, en fonction de la politique mondiale, des guerres, des nouveaux conflits et, bien sûr des changements politiques concernant l'immigration et l'asile dans les pays hôtes (Suurmond, Seelman, Rupp, Goosen, Stronks et al., 2010).

Dans une étude de Starr et Wallace (2011), les infirmières ont reçu, pour la plupart d'entre elles, une formation en soins transculturels de niveau Master. Durant la formation de base, l'éducation aux connaissances culturelles porte en particulier sur l'écoute, l'aptitude à construire une relation de confiance, la capacité à prendre connaissance des différentes situations liées au pays d'origine, la prise en compte du langage corporel et des diverses manifestations de la douleur et des plaintes qui varient d'une personne à l'autre et d'un groupe culturel à l'autre (Suurmond, Seelman, Rupp, Goosen, Stronks et al. 2010). Cette formation leur a été utile pour améliorer le contact humain et favoriser une relation de confiance permettant au migrant d'être acteur de ses soins et débouchant sur une collaboration efficace. Dans l'étude de Starr et Wallace (2011), les infirmières interrogées sont toutes des infirmières praticiennes. A la différence des infirmières en soins généraux, elles peuvent traiter des maladies chroniques, établir des ordonnances et poser des diagnostics à partir d'examen qu'elles peuvent elles-mêmes prescrire. Ce niveau d'expertise est présent au Canada, aux Etats-Unis, en Angleterre et en Irlande du Nord, mais n'existe pas encore en Suisse. L'enjeu du développement de la compétence culturelle devient alors central, car ce sont ces infirmières praticiennes qui sont en première ligne dans l'évaluation de la santé mentale et physique des migrants. Pour évaluer les compétences de ces infirmières praticiennes, un outil d'évaluation des compétences culturelles existe: le Cultural Competencies Assessment. Celui-ci est composé de deux niveaux:

1. évaluation de la sensibilité et de la conscience de la culture
2. évaluation du comportement culturellement compétent

Les résultats montrent que les infirmières (n=71) ont des résultats modérés à haut en ce qui concerne la perception de leur propre conscience et sensibilité culturelle. Par contre, les résultats sont modérés quant à leurs comportements culturellement compétents et sur leur compétence culturelle en général (Starr et Wallace, 2011). Selon Suurmond, Seelman, Rupp, Goosen, Stronks et al. (2010), la supervision lors d'entretiens infirmiers pourrait être un bon outil pédagogique pour accroître les compétences culturelles.

Dans cette même étude de Suurmond et al., les participants (n=69) ont aussi pu évaluer les infirmières sur leurs compétences culturelles par le biais d'un sondage (questionnaire écrit) appelé «Interpersonnal processus of care». Pour la majorité des participants, les infirmières sont douées dans la communication et la relation interpersonnelle: la notion de respect ressort clairement. Selon les participants, elles montrent de la compassion et peu de discrimination vis-à-vis des origines culturelles et/ou ethniques autres que la leur. On signalera aussi qu'il s'agit là de la seule étude sélectionnée où les participants ont pu s'exprimer directement sur les compétences culturelles des infirmières.

La compassion, le respect et l'ouverture d'esprit permettent donc d'aiguiser la sensibilité culturelle et de mieux comprendre les principaux besoins des populations migrantes. De son côté, la personne migrante va se sentir en confiance, ce qui pourra avoir un impact positif sur son acculturation au pays hôte (Johnson, 2012).

12.1.2. Les difficultés post-migratoires en lien avec l'ESPT

Les difficultés migratoires sont liées aux conditions dans lesquelles la personne quitte son pays et aux problèmes rencontrés lors du voyage, selon l'article Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B. & Geraci S. (2013), qui souligne cependant les nombreuses difficultés rencontrées par les demandeurs d'asile lors de leur attente de procédure dans le pays où ils souhaitent obtenir un permis de séjour: «le retard dans le traitement des demandes d'asile, les obstacles à l'emploi, les discriminations raciales, la solitude». Tous ces facteurs provoquent ou font augmenter l'état de stress post-traumatique chez les migrants. Dans la majorité des études sélectionnées pour cette revue de la littérature, l'outil employé afin d'évaluer les difficultés de vie post-migratoire est un questionnaire manuscrit adapté selon le type d'échantillon étudié. Ce questionnaire «PMLD: Post-Migration Living Difficulties Questionnaire» utilisé dans l'étude de Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B. & Geraci S. (2013) montre que sur 391 participants, 288 - soit 73,65 % - ont déclaré avoir subi au moins une «grave» ou une «très grave» difficulté de vie post-migratoire. La plus courante est de ne pas avoir le droit de travailler (38,6 %), la deuxième étant la pauvreté (34,5 %). Viennent ensuite l'impossibilité de trouver un travail (33,8 %) ou de retourner à la maison en cas d'urgence (32%), ainsi que le fait d'être inquiets par rapport à la famille restée au pays (29,9%).

Le taux de personnes ayant des «difficultés lors de leur demande d'asile est plus élevée chez les personnes souffrant d'ESPT». L'ennui, la solitude, le manque d'accès à des services de soins d'urgence ou de conseil en matière d'immigration sont également des difficultés qui ressortent de ce questionnaire (Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B. & Geraci S. 2013). Ces résultats montrent que l'exclusion sociale contribue largement à l'augmentation des cas d'ESPT. Par conséquent, il est du devoir des soignants (soutenus par les structures locales d'aide sociale) de maintenir une relation constante et régulière afin de ne pas entretenir cet isolement que ressentent les migrants en souffrance. La prise en considération, dans le bilan clinique, des événements traumatiques vécus dans le pays d'origine, lors de la migration jusqu'au pays hôte ou par la suite (attente du déroulement de la procédure aboutissant à un statut légal) est donc très importante. On constate en effet, une apparition fréquentes des symptômes même après le rétablissement des migrants dans le pays hôte (Lamkaddem, Stronks, Devillé, Olf, AM Geritsen & Essink-Bot, 2014).

Très souvent, dans les articles sélectionnés, les auteurs (Lamkaddem et al. 2014, Aragona M. et al., 2013) posent l'hypothèse d'un lien entre l'ESPT et les difficultés de vie post-migratoire. Afin d'évaluer ces dernières, un questionnaire a été distribué aux participants dans les études citées ci-dessus. Pour certaines études, les auteurs ont ajouté au questionnaire PMLD des questions directement liées à la post-migration et à l'asile (la détermination de la résidence, le bien-être, l'asile en général, les menaces liées à la famille, les difficultés d'adaptation et la perte de repères culturel, etc.) (Carswell, Blackburn & Barker, 2011). Les principaux problèmes qui apparaissent alors sont les craintes liées à la demande d'asile (séparation familiale), l'isolement, les problèmes économiques et sociaux, la perte de repères culturels et le manque de soutien (Carswell, Blackburn & Barker, 2011). Les personnes perdent non seulement leur famille, car elles sont généralement isolées et se sentent inutiles une fois arrivées en terre d'accueil, mais aussi leurs «repères culturels». Elles ne ressentent plus le sentiment d'appartenir à une culture, un pays, une population et vont parfois jusqu'à une «perte du sens de la vie» (Mazur, Chahraoui, 2008).

Selon Carswell et al. (2011), si les symptômes de l'ESPT sont significativement associés à tous les paramètres évoqués ci-dessus (en particulier la détresse émotionnelle, la perte des repères culturels et du soutien), ils dépendent aussi du nombre de traumatismes vécus par le migrant. Néanmoins, selon une étude plus récente de Lamkaddem et al. (2014), le nombre de traumatismes post-migratoires n'est pas significativement associé à une augmentation de l'ESPT. Dans un espace-temps défini, il ne constate pas d'association significative entre l'augmentation d'ESPT et les difficultés post-migratoires. Toutefois, l'échantillon de cette étude et l'intervalle de confiance sont relativement restreints. De leur côté, Van Wyk, Schweizer, Brough, Vromans et Murray (2012), qui mènent une étude sur les réfugiés birmans et leur

utilisation des services de santé mentale, nuancent le propos en affirmant qu'il y a bien une corrélation entre l'ESPT et les difficultés post-migratoires en pré-intervention, mais pas en post-intervention (pas de liens significatifs entre la symptomatologie finale et les difficultés post-migratoires). Ces résultats montrent en fait une amélioration des symptômes grâce aux interventions thérapeutiques sur un groupe culturel donné. Ces démarches vont aussi générer une amélioration dans les stratégies mises en place pour gérer les difficultés liées à la post-migration.

La problématique est en quelque sorte à double sens: une incapacité d'adaptation peut être engendrée par l'ESPT, mais un ESPT peut aussi découler d'un problème d'intégration. Plusieurs études ont ainsi été menées auprès de demandeurs d'asile qui montraient des taux élevés (45%) de troubles psychiques après des années passées dans le pays d'accueil. Durant les trois ans dédiés à ces recherches, les chercheurs ont calculé un taux d'ESPT de 16% en plus du taux d'ESPT de base. Ces 16% ne présentaient aucun symptôme à leur arrivée au pays d'accueil. «La nécessité de faire face à l'exil, illégal ou non, cela représente un risque pour la personne de développer un stress ou une dépression, les conditions de vie parfois précaires, avec la vie en communauté dans les foyers d'accueil par exemple. L'obligation de s'adapter aux normes du pays d'accueil ainsi que l'angoisse d'être renvoyé, comportent du stress pour la personne qui a dû faire face à la différence culturelle et qui n'a plus de repères.» (Mazur, Chahraoui, 2008). Le suivi par un «questionnement prioritaire» de la part des soignants auprès de cette population est donc primordial. Afin d'éviter l'ancrage plus profond de ces troubles, qui peuvent même conduire parfois à une mort précoce chez les migrants les plus âgés, il est important de faciliter l'accès aux soins à ses personnes.

12.1.3. Les résistances face aux thérapies occidentales pour le traitement de l'ESPT

Certaines recherches montrent aussi que les résultats des thérapies varient selon les groupes culturels (Gerritsen et al. 2006; Mollica et al. 1990). Une étude australienne de Van Wyk, Schweizer, Brough, Vromans et Murray (2012) a été consacrée aux problèmes de santé mentale chez les réfugiés birmans suivant diverses interventions thérapeutiques données par des organisations communautaires proposant des services pour tous réfugiés. Parmi ceux-ci, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) permet de «casser» des comportements liés à des émotions et à des ressentis primaires inadéquats dans la situation présente, selon le principe de l'ici et maintenant avec deux thérapeutes: le patient expert de ses troubles et le thérapeute expert de la thérapie (Centre de thérapie comportementale et cognitive, 2012). Une étude de Farhood L., Richa H. and Massalkhi H. (2014), menée au Liban auprès de personnes ayant vécu la guerre en 2006, met aussi en évidence l'efficacité de la TCC pour le traitement de l'ESPT. Les auteurs relèvent que les thérapies de groupes offrent un environnement sécurisant, dans lequel les participants peuvent exprimer librement leurs expériences et où la

dimension sociale est prise en considération. Dans ce cadre, plusieurs approches peuvent être envisagées par les thérapeutes:

- La psychoéducation peut s'élaborer sous deux formes, entretien individuel ou en groupe. Objectifs: aider à surmonter des difficultés d'adaptation ayant des répercussions au niveau du comportement dans les activités de la vie quotidienne mais aussi éduquer la personne concernant la maladie et les éventuels traitements dans le but d'augmenter la compliance (Fondation FondaMentale, 2013).
- Apprentissage de stratégies de coping: trouver des stratégies afin de mieux appréhender ses troubles et trouver des moyens d'adaptation lors de manifestations de symptômes (Psychomédia, 2012).
- Thérapie d'expression, de soutien psychologique.
- Thérapie de couple et de famille.
- Thérapie d'exposition: thérapie comportementale qui assure la confrontation structurée, répétée et progressive du sujet à des stimuli déclenchant habituellement des réponses comportementales ou émotionnelles inadaptées (Psychomédia, 2012).

Dans l'étude de Van Wyk, Schweizer, Brough, Vromans et Murray (2012), il apparaît que la majorité des participants en thérapie suivent une psychoéducation. Les patients qui suivent une thérapie ont subi en moyenne six événements traumatiques. Les quatre situations traumatisantes les plus vécues sont le manque de nourriture et d'eau (76%), l'absence de logements (71%), la maladie et l'impossibilité d'accéder aux soins (58%), la vie dans des zones de combats (57%). L'étude démontre que les thérapies améliorent significativement l'ESPT sur une période de temps définie et favorisent de plus l'acculturation et l'adaptation de la personne migrante dans son nouveau contexte de vie (Van Wyk, Schweizer, Brough, Vromans et Murray, 2012).

Selon l'étude menée au Liban par Farhood L., Richa H. and Massalkhi H. (2014), un exemple de TCC a été mené sur huit semaines avec un groupe restreint de quatorze participants. Ces huit semaines ont été dirigées par des médecins psychiatres et ont été articulées de la manière suivante:

- Semaine une: Psychoéducation sur les effets potentiels du traumatisme.
- Semaine deux: Restructuration cognitive et rôle de la cognition concernant les comportements liés aux émotions.
- Semaines trois et quatre: Récit et partage des expériences traumatisantes vécues.
- Semaine cinq: Thérapie d'exposition.
- Semaines six et sept: Exercices de relaxation.

- Semaine huit: Travail du deuil en lien avec les pertes provoquées par la guerre.

Le but de ces interventions groupales était de favoriser les interactions sociales, d'exprimer son vécu et de le comparer avec un tiers, de créer une dynamique de «bienveillance», tout en prenant en compte la dimension culturelle et spirituelle. Ces séances ont eu un impact positif sur les participants et leur vision des troubles psychologiques. A travers la description d'expériences personnelles (comme la présence très proche de la mort) et des sentiments ressentis à ce moment-là ou par la suite («flashbacks»), les participants ont exposé les stratégies mises en place lorsque les sentiments ou la douleur ressentie devenaient ingérables. Certains, par exemple, certains allaient se promener pour penser à autre chose, d'autres priaient ou allaient voir des amis ou des proches afin de ne pas rester seuls.

L'expérience a aussi démontré que le manque de connaissances des symptômes et des troubles psychiatriques influence leur gravité. Durant les séances, les deux médecins ont ainsi noté que les personnes avaient peur de la stigmatisation des autres face à la maladie mentale. En discutant de cela avec les patients et en leur faisant comprendre le lien entre l'événement traumatique et les symptômes associés, la thérapie a permis une détection par les patients de leurs propres symptômes psychologiques ou somatiques. Les médecins ont pu ainsi «déstigmatiser» ce fléau et démontrer aux participants que leur problème n'est pas une «punition divine» et une honte dont ils doivent se cacher, mais seulement la conséquence d'une situation particulière (la guerre). Les aspects négatifs d'une perspective d'avenir amputée ont également été discutés en groupe, pour aider les patients à déceler des points positifs. Des stratégies ont été établies et une nouvelle forme de socialisation a pu être construite. Ces séances ont permis aux participants d'avoir une meilleure image de soi et une meilleure connaissance de ses propres expériences et ressentis.

Au vu des résultats de certaines thérapies, les auteurs Lamkaddem, Stronks, Devillé, Olf, AM Geritsen et Essink-Bot (2014) se demandent, dans une étude menée aux Pays-Bas, pour quelles raisons les pourcentages d'ESPT ne baissent pas chez les migrants établis dans ce pays depuis un certain temps alors que les traitements thérapeutiques ont prouvé leur efficacité. Ils constatent des résultats probants quant à l'amélioration des symptômes de l'ESPT chez les migrants (principalement d'origine iranienne, somalienne et afghane) qui fréquentent des services de santé mentale. Mais le faible recours à ces services ne contribue pas à faire baisser la prévalence de l'ESPT. De plus, les symptômes d'ESPT peuvent survenir dans le pays hôte, plusieurs années après les événements traumatisants vécus. Des migrants n'ayant pas ou peu de symptômes à leur arrivée peuvent les voir se déclencher des années après. Les auteurs mettent donc en avant l'importance d'avoir des «guidelines» de santé mentale dans les centres de soins de santé primaire, afin que les soignants puissent détecter au plus vite d'éventuels symptômes d'ESPT et soient conscients de la possibilité de leur

apparition tardive. Enfin, les mêmes chercheurs mettent en avant le fait que le manque de confiance dans les soins de santé mentale, l'absence de connaissances sur les traitements possibles, diverses croyances culturelles sur les soins de santé, la barrière de la langue et la méconnaissance du système de soins sont autant d'obstacles à la fréquentation des établissements de soins. Il est donc important de prendre en compte le migrant dans sa globalité, même si, très souvent, l'ESPT est difficile à aborder (selon les infirmières) car il exacerbe le sentiment de perte et de douleur.

Une étude qualitative récemment menée aux Etats-Unis par Johnson J. (2012) avait pour but d'explorer la sensibilité culturelle des prestataires occidentaux de soins travaillant avec le groupe culturel Hmong (ethnie venant des régions montagneuses de la Thaïlande, du Laos, de la Chine et du Vietnam). Plusieurs interviews de ces prestataires ont permis de démontrer que la compliance aux soins de santé mentale était étroitement liée au développement de cette sensibilité culturelle chez les thérapeutes, qui permet de mieux comprendre les principaux besoins des migrants et de trouver ainsi un traitement adéquat. Si le thérapeute encourage le client et respecte sa culture, cela peut favoriser l'acculturation. Plus encore, l'ouverture à des thérapies se rapprochant de la spiritualité particulière du migrant (dans ce cas, le chamanisme) peut aussi contribuer grandement à la compliance. Autre élément important relevé par l'auteur: l'aspect social et économique du patient, qui représente pour ce dernier une source de stress importante. La famille est un élément essentiel dans la culture Hmong dont elle constitue l'un des axes principaux. Mais elle peut aussi être une source de stress importante. L'associer à la thérapie est donc primordial dans cette situation (Johnson J. 2012). Cet exemple montre à quel point il est très important de ne pas rester systématiquement dans le «moule» du prestataire de santé mentale européen mais de penser plus loin en prenant en compte les valeurs et les sensibilités du migrant.

12.1.4 Les questionnaires d'évaluation en santé mentale et de soutien social chez les migrants

Dans l'article d'Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B. & Geraci S. (2013), plusieurs modes d'évaluation de l'ESPT, de la somatisation, de la dépression et de l'anxiété sont mis en avant. L'étude a été réalisée de manière à ce que les personnes interrogées puissent répondre de manière autonome et indépendante. Nous y trouvons quatre sortes de questionnaires. Le premier est le HTQ (Harvard Trauma Questionnaire) qui demande aux participants de noter une ou plusieurs expériences vécues, dans une liste de neuf situations traumatisantes: privation matérielle, conditions de guerre, blessures, confinement forcé, torture, être forcé de faire du mal à autrui, disparition/mort ou blessure d'un être cher, être témoin de violence, lésions cérébrales.

Les participants indiquent d'abord s'ils ont vécu une ou plusieurs de ces expériences. Puis il leur est demandé de mentionner si ces événements ont eu un impact sur leur vie durant la semaine précédente, en les notant de 1 à 4 en fonction de l'impact ressenti (4 étant le plus fort). Ce questionnaire est approprié pour tous les types de population, il est donc transculturel et a été reconnu dans de nombreuses études comme adéquat et fiable.

L'étude analyse également le HSCL-10 (Hopkins Symptom Checklist) qui cherche à dépister les symptômes dépressifs et anxieux. Ce questionnaire contient 10 points, notés 1= non, 2=légèrement, 3= beaucoup et 4= vraiment beaucoup. Ces points sont les suivants: peur soudaine sans raison, peur et anxieux, perte de connaissance ou étourdi, tendu ou harcelé, coupable, sommeil perturbé, découragé, inutile ou peu de valeur, tout est un fardeau, sans espoir pour le futur. Un score >16 est synonyme de dépression. » (Pesquidous, 2013).

Le BSI (Bradford Somatic Inventory) concerne spécifiquement la recherche en transculturalité. Ce questionnaire est utilisé dans les centres de santé primaire et évalue la somatisation chez les immigrés ayant vécu des expériences traumatiques. Les exemples de somatisation sont les maux de tête, les palpitations, le sentiment que quelque chose se déplace dans l'estomac, la sensation d'étouffement ou les douleurs dans tout le corps. La note 0 représente le niveau d'absence totale de somatisation et la note de 2 représente une douleur constante entre deux semaines et un mois.

Enfin, le PMLD (Post-Migration Living Difficulties Questionnaire) évalue «les récentes expériences négatives de la vie typique de la migration» à travers vingt-quatre exemples notés sur une échelle de 5 points allant de «pas de problème du tout» à «un problème très grave». Ces quatre questionnaires ont été traduits dans huit langues (anglais, français, italien, roumain, espagnol, portugais, bengali, chinois et arabe) et les variables qu'ils étudient sont l'âge, le sexe, la durée de séjour, le niveau d'éducation, le statut migratoire et la présence de dépression, d'anxiété ou de somatisation.

L'utilité de ces questionnaires est largement mentionnée dans l'article d'Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B. & Geraci S. (2013). Elle est aussi relevée par Farhood L., Richa H. and Massalkhi H. (2014), qui ont utilisé le questionnaire HTQ pour leur étude au Liban. Le questionnaire BDI (Beck Depression Inventory) fait également ses preuves en mettant en évidence le sentiment que la personne a d'elle-même pour estimer ainsi son niveau de dépression. Le BDI comporte treize séries d'affirmations notées de 0 à 3. Le score varie donc de 0 à 39 points: de 0 à 3 pas de dépression, de 4 à 7 dépression légère, de 8 à 15 dépression d'intensité moyenne à modérée, 16 et plus dépression sévère.

Selon Mazur, Chahraoui (2008), trois autres questionnaires peuvent être utilisés. Le premier est le GHQ (voire annexe) qui «permet, dans de nombreux pays, de dépister les troubles psychiatriques et mineurs en population générale et d'évaluer la détresse psychique générale,

commune à l'ensemble des troubles psychopathologiques». Le deuxième, le questionnaire de stress post-traumatique (QSPT) établi et validé par Jehel et al., «permet l'estimation subjective de l'impact antérieur et actuel d'un événement traumatique et de l'intensité des troubles à travers l'évaluation du vécu de l'évènement, des syndromes de répétition, d'évitement et d'hyper vigilance ainsi que la durée des troubles.» Enfin, le questionnaire «anamnestique expérimental» de Guelfi et al. (1988) permet le «recueil systématisé de facteurs influençant le déclenchement, l'intensité et l'évolution des troubles mentaux tels que les données sociodémographiques, les événements de vie et les antécédents personnels et familiaux».

Dans leur article, Mazur et Chahraoui complètent ces trois questionnaires en auteurs utilisant deux échelles hétéroévaluatives des troubles post-traumatiques et anxiodépressifs. La première, l'échelle de dépression (MADRS), «évalue l'intensité de la sémiologie dépressive». La seconde, l'échelle d'appréciation de l'anxiété (HAS), «quantifie l'anxiété à travers l'anxiété psychique, somatique musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil, l'humeur dépressive ainsi que des critères diagnostiques du DSM-IV pour l'ESPT, l'épisode dépressif majeur et l'anxiété généralisée». Pour des raisons qualitatives, l'utilisation de ces deux échelles a été complétée par un entretien de deux heures mené par une psychologue travaillant déjà avec des requérants d'asile.

Les résultats de l'étude montrent une fréquence très élevée des troubles dépressifs et anxieux. L'échelle MADRS montre que 67,5% des personnes souffrent de dépression. Quant à l'échelle HAS, elle dénombre 42,5% des participants souffrant d'anxiété dont 62,5% d'anxiété généralisée Cette anxiété se manifeste principalement par un «envahissement psychique constant, une agitation et une irritabilité. Cette dernière est accentuée par des troubles du sommeil». Une recherche de Carswell, Blackburn & Barker (2011), ayant pour but l'évaluation de la relation entre le traumatisme, les problèmes rencontrés en phase post-migratoire, le soutien social et la santé mentale de requérants d'asile en Angleterre, deux autres questionnaires sont utilisés. Le premier, The Short Form Social Support questionnaire (six items) sert à mesurer la satisfaction du participant en matière de soutien social apporté par les proches, les familles, les professionnels etc. Le second, Duke-UNC Fonctionnal Social Support Questionnaire se compose de huit items sur les thèmes du soutien émotionnel apporté lorsque le migrant se confie (Annexe). L'évaluation dans ce questionnaire se fait à partir de «likert-scale» de 1 à 6, «6» représentant le maximum de soutien possible.

12.1.5 L'efficacité de l'ESI

Dans un entretien sanitaire initial, l'infirmière doit expliquer le système de santé du pays hôte. Elle doit déceler rapidement d'éventuels problèmes psychiques et/ou physiques. Selon Suurmond, Seelman, Rupp, Goosen, Stronks et al. (2010), les infirmières praticiennes ont de

la difficulté à questionner la personne migrante sur les traumatismes qu'elle aurait vécus antérieurement. Ce qui peut lui faire ressentir de la douleur psychique et revivre un fort sentiment de perte. L'étude note aussi que la présence d'un interprète inconnu du patient peut compliquer ce genre d'entretien en termes de confiance.

Selon la thèse de De Raemy-Kocher (2009), qui porte sur l'efficacité des entretiens sanitaires initiaux à l'arrivée des requérants d'asile en Suisse, celle-ci tient tout d'abord à la bonne orientation médicale faite par l'infirmière qui programme l'ESI et le dirige. Le suivi infirmier est ensuite évalué afin de savoir si l'orientation dans le réseau médical est-il adéquat. Un suivi infirmier est considéré adéquat lorsque le problème psychiatrique de la personne qui consulte est retrouvé dans le motif de consultation et dans le diagnostic posé par le médecin consultant. L'étude de cette thèse porte sur le recensement de 300 dossiers médicaux et leur analyse, six mois après l'ESI. Un tiers concerne le suivi psychologique. Les variables de cette étude sont les suivantes: «Le taux de patients venus au premier rendez-vous après l'orientation de l'infirmière suite à l'ESI, le taux de consultation estimée adéquate et la pertinence de l'orientation. Cette dernière est jugée sur trois critères: 1) le diagnostic est posé lors de la consultation médicale qui se fait après trois consultations en six semaines; 2) un traitement a été prescrit après trois consultations ou plus si cela concerne des antidépresseurs; 3) une plainte a été formulée par le patient, un motif de consultation a été exprimé et un suivi a été organisé suite à la consultation.»

En ce qui concerne les résultats portant sur le fait que les patients se rendaient ou non au rendez-vous organisé par l'infirmière référente, plus des 2/3 des personnes (69 %) du groupe «suivi psychologique sans interprète» et 85% du groupe «suivi psychologique avec interprète» sont venus au premier RDV. La variable consistant à diviser le groupe de suivi psychologique en deux parties (avec ou sans interprète) a été considérée comme un élément important quant à la qualité de l'anamnèse faite par l'infirmière. Les questions suivantes ont été posées à ce propos: «La barrière de la langue et les différences culturelles majorent les problèmes de communication. Lors de l'entretien de dépistage des problèmes de santé des requérants d'asile, il est fréquent de rencontrer des problèmes de communication: la langue parlée est-elle commune entre le patient et l'infirmière? Si ce n'est pas le cas, un interprète est-il présent lors de la consultation? Si oui, s'agit-il d'un interprète professionnel ou d'un membre de la famille, d'une connaissance, d'un employé de l'hôpital?» Selon De Raemy-Kocher, la présence ou l'absence d'un interprète n'influence pas la présence du patient à la consultation chez le médecin spécialisé.

En ce qui concerne le bon déroulement du suivi médical (l'infirmière a-t-elle été adéquate dans son choix d'orientation de consultation?), De Raemy-Kocher constate que 81% des patients sont venus au premier rendez-vous fixé après l'examen sanitaire de frontière et que la

consultation est jugée appropriée dans 97% des cas pour les deux groupes, avec ou sans interprète. Ce qui signifie que l'orientation vers un suivi médical à l'issue de l'entretien infirmier de dépistage était presque parfaitement adéquate. Ces résultats sont intéressants par rapport à la question de recherche, car ils démontrent que l'infirmière est capable de déceler efficacement le problème de santé majeur de la personne et parvient également à influencer une bonne prise en soins.

13. Discussion

13.1. Croisement des thèmes

«Un être humain bio-psycho-socioculturel en constante adaptation», telle est la définition de la personne selon Larry Purnell (Purnell, 2003, p. 37). Autrement dit, chaque individu doit en permanence ajuster son mode de fonctionnement selon les particularités ou les évolutions de son environnement. Cette nécessité d'adaptation est pourtant très différente pour l'autochtone ou pour le migrant. Le premier se trouve dans un univers familier, qu'il connaît depuis toujours et dont il a naturellement adopté les codes et les valeurs. Dans ce cas, l'adaptation se limite à des ajustements qui n'entraînent pas forcément des conséquences importantes sur le plan de la santé mentale. Les repères qu'offre une vie sédentaire apportent donc des outils facilitant l'adaptation face aux difficultés de la vie. Pour le migrant, cette démarche nous paraît significativement différente compte tenu de l'implication psychique qu'elle provoque, liée en particulier à la perte de nombreux repères, avant, pendant et après la migration (culture, politique de soins, coutumes, codes sociaux, etc.). Purnell s'est donc spécialisé dans les soins transculturels et a développé une approche auprès de personnes soignées dans un contexte culturel différent du leur. Il est étonnant qu'une réflexion se voulant aussi complète au niveau de l'humain ne mentionne pas l'aspect environnemental (conditions de vie, foyers d'accueil, vie en communautés multi-ethniques, etc.) qui a pourtant un fort impact sur la capacité d'adaptation de l'individu. Par exemple, selon Goguikian Ratcliff et Strasser (2009), les migrants n'étant pas certains de pouvoir rester dans le pays hôte ont plus de réticences à s'intégrer et à s'adapter à leur nouvelle société, contrairement aux personnes migrantes ayant un permis de résidence à long terme qui ont le sentiment d'être reçues et tolérées par la société d'accueil (p.24). D'autres aspects, évalués par le questionnaire PMLD et retrouvés souvent dans nos lectures, peuvent aussi augmenter ou même faire naître des symptômes d'ESPT qui influencent négativement l'adaptation et l'intégration (Lamkaddem, Stronks, Devillé, Olf, AM Geritsen & Essink-Bot, 2014). Parmi eux, la complexité administrative du pays d'accueil est particulièrement mise en avant (Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B. & Geraci S., 2013). On peut donc craindre que les nouvelles lois suisses sur l'immigration provoquent un durcissement du processus de demande d'asile et accentuent les difficultés post-migratoires chez les individus, contribuant directement au développement des ESPT chez les migrants. Dans ce cadre, on peut également relever que, si les soignants assurent une part essentielle du suivi et de l'accompagnement des personnes lors de cette procédure, ils n'ont aucun pouvoir de décision quant à l'avenir des migrants. D'où la question suivante: la prise en soins est-elle différente avec un patient que nous pourrions suivre sur le long terme et une personne dont l'avenir sur le territoire est incertain? Nous pensons que notre rôle en tant que soignant est de soutenir toute personne dans sa démarche en gardant toujours une

posture professionnelle adéquate et équitable. Il nous paraît néanmoins difficile d'élaborer une démarche de soins en ne sachant pas si la personne pourra la suivre jusqu'au bout. Être soignant, notamment auprès des migrants, est donc une pratique que l'on peut considérer comme «engagée». En effet, elle impose, en plus de l'approche clinique, une connaissance du contexte politique mondial et des causes principales de migrations (Goguikian Ratcliff et Strasse, 2009, p.11). Le soignant devient alors un «médiateur» entre la politique du pays d'accueil et le migrant qui en subit les répercussions, qu'elles soient directes ou indirectes (privation de liberté, attentes de décision et renvoi au pays, etc.).

Selon nous, la définition de l'être humain selon Purnell est donc relative à la personne et à son parcours de vie: elle ne peut être généralisée car chaque individu a son propre parcours personnel et migratoire. En matière d'adaptation, il faut préciser que l'ESI est un des moyens d'intégrer la personne migrante dans le système de santé suisse en lui offrant une première occasion d'accès à sa nouvelle société. Cet entretien est important, car il représente non seulement une possibilité de prendre connaissance des spécificités du système de santé suisse. Mais il est également une des premières constructions de liens que la personne migrante établit avec un autochtone: l'infirmier ou l'infirmière. Première approche de la société hôte et première possibilité de dialogue avec une personne du pays d'accueil, l'ESI doit donc être bien dirigé et culturellement adapté pour que le lien de confiance puisse s'établir. Or, les infirmières travaillant auprès des migrants et dirigeant cet ESI se basent sur des directives suisses (cf. annexe) relevant uniquement du domaine du dépistage de maladies transmissibles. Nous pouvons donc nous demander où se trouve l'aspect psychologique dans ces directives imposées aux soignants. Il est choquant et discriminatoire pour nous que la société suisse prête d'avantage d'importance au dépistage de maladies comme le VIH ou la tuberculose qui peuvent être transmises aux autochtones. De plus, il nous est impossible de concevoir qu'un lien entre l'infirmière et le patient puisse se créer si l'aspect psychologique, social et culturel n'est pas pris en considération dans la trame du déroulement de l'ESI. Si l'on se réfère au cercle de Purnell, on remarque qu'il ne se limite pas à l'aspect biologique, mais essaie de prendre en considération la personne dans sa globalité en mettant un accent particulier sur la culture de l'Autre. Nous pouvons cependant noter que la prise en compte de tous les items du cercle de Purnell dans le cadre de l'ESI nécessiterait un temps très conséquent, que les conditions actuelles dans les foyers ne permettent pas. Cette limite de temps, ainsi que le nombre important de questions relatives au cercle de Purnell, pourrait aussi transformer l'ESI en un «interrogatoire» où le lien relationnel serait mis en péril et empêcherait une véritable rencontre interculturelle entre les deux parties. Le cercle nous paraît complet dans l'approche de la personne «ici et maintenant», mais nous regrettons l'absence d'items

concernant l'histoire personnelle du migrant (celle-ci est intégrée dans l'approche de la personne au PSM, tout comme la notion de violence éventuellement subie par celle-ci).

Selon Purnell, le stade de la meilleure compétence en soins infirmiers transculturels est «la compétence inconsciente», définie comme étant le stade où le soignant établit sa démarche de soins selon les expériences acquises au contact des diverses cultures rencontrées. Ce qui nous semble important et positif dans l'approche anthropologique des soins selon Purnell, c'est la notion d'«ethnocentrisme». Cette attitude, plus ou moins consciente, coupe le soignant d'une ouverture à la culture et à la conception de la santé de l'Autre et empêche toute compréhension des différences culturelles. Purnell s'inspire de l'anthropologie pour construire sa théorie à travers une approche transculturelle de la psychiatrie qui prend en compte «la nature et la fréquence des troubles mentaux d'un groupe culturel à un autre». Le cercle de Purnell offre des similitudes avec l'analyse factorielle que fait la psychiatrie transculturelle d'items comme «la religion», «la classe sociale», «la production économique» et «le milieu écologique» (Laplantine, 1988, p. 30).

Dans le cadre des soins infirmiers, il nous semble donc important de ne pas sombrer dans la généralité et de toujours garder à l'esprit la variabilité des cultures et, plus encore, celle de l'être humain lui-même. Selon les résultats de l'étude de De Raemy-Kocher (2009), les infirmières sont en première ligne dans l'ESI pour repérer rapidement les besoins des migrants. Elles doivent ensuite être capables de les orienter adéquatement dans le réseau de soins, que ce soit chez un médecin somaticien ou un psychiatre. Selon l'étude portant sur l'efficacité des ESI, l'orientation pour la première consultation chez un médecin (somaticien ou psychiatre) est adéquate à 97% pour un groupe de 300 patients. Un tiers des migrants est redirigé chez des psychiatres, le reste a une consultation chez un somaticien ou n'a pas besoin de suivi. Ce chiffre positif ne nous semble pas cohérent par rapport au taux d'ESPT rencontré chez la majorité des migrants et mentionné dans les articles retenus. Ceci s'explique peut-être par le fait que l'auteur se réfère uniquement à des dossiers et ne prend pas en considération le suivi que nous considérons nécessaire pour ce type de personne. D'autre part, il est dit que 97% des orientations faites par l'infirmière sont satisfaisantes, mais ce chiffre n'exprime pas la satisfaction des migrants eux-mêmes face aux consultations proposées. Pour nous, cette étude est pertinente quant à la bonne connaissance de l'infirmière dans son rôle d'orientatrice des soins, mais ne l'est pas sur plan de la qualité du suivi psychologique de l'ESPT.

Un autre point nous paraît relevable. L'étude de De Raemy-Kocher (2009) révèle un autre chiffre interpelant concernant le nombre de personnes orientées vers des soins psychologiques (34%). En comparaison des autres études lues et analysées (par exemple celle de Mazur V. et al. (2008), qui montre que 62% des personnes interrogées estiment souffrir d'une maladie psychologique suite à des événements traumatiques), il est donc

étonnant de constater que « seuls » 34% des personnes sur une centaine sont orientées vers des soins psychologiques (Lamkaddem et al. 2014). Par ailleurs, afin de soutenir nos propos sur le manque de données quant au suivi psychologique de ces patients, nous nous référons à une étude de Lamkaddem, Stronks, Devillé, Olf, AM Geritsen & Essink (2014) qui explique que les symptômes de l'ESPT peuvent ressortir des années après l'établissement de la personne migrante dans le pays hôte. De plus, les études montrent que, bien souvent, chez les personnes non occidentales, la manifestation des symptômes exprimant une détresse psychique se fait par le corps (Johnson J. 2012). De ce fait, une question peut se poser: le suivi après la première consultation est-il adéquat? En effet, selon Dominicé-Dao (2012), le soignant cherchant à déceler d'éventuels symptômes psychiques ne doit pas s'arrêter à l'«étiquetage culturel unique», mais doit penser à la culture du patient qui peut «influencer sa perception des symptômes et les interpréter de manière autre». Précisons aussi que la «psychologisation» constitue un risque lié à la mauvaise connaissance par les soignants de la somatisation de certains patients face à leurs troubles psychologiques. Il s'agit d'un mécanisme de défense des soignants qui ne parviennent pas à trouver le traitement adéquat. Par exemple, l'ESPT se somatise chez une personne ayant vécu des traumatismes et ne sachant pas les exprimer autrement que par le corps. La «psychologisation» permet alors aux soignants de se déculpabiliser face à leur impuissance, mais elle porte préjudice aux patients, car le problème somatique risque de rester latent et de se chroniciser. Ce problème de communication et d'interprétation des symptômes, que ce soit du côté du patient ou du soignant, met en avant la difficulté des deux parties à se comprendre. L'utilisation d'un interprète peut être une solution afin de mieux saisir les expressions du patient et de lui faire comprendre l'utilité des soins qui lui sont apportés. Dans les études sélectionnées, peu mettent en avant l'interprétariat et les avantages ou inconvénients liés à celui-ci. Les auteurs évoquent leur présence dans des entretiens, mais ne parlent pas forcément d'éventuels biais (une mauvaise interprétation induisant une mauvaise traduction, un manque de vocabulaire médical, une présence qui inhibe l'envie du patient de parler de son vécu, voire une méconnaissance par l'interprète de certains éléments culturels spécifiques) qui pourraient influencer les résultats. Une étude de Johnson (2012) considère même que les interprètes peuvent être un des plus grands obstacles aux traitements s'ils ne sont pas suffisamment qualifiés dans le domaine médical ou peu disponibles pendant la séance. Le fait d'avoir un interprète qualifié et entraîné peut donc être un point-cléf pour l'adhésion à la thérapie. Selon une étude menée par Graz, Vader & Raynault (2002), le recours à un interprète est le moyen le plus efficace pour une bonne compréhension et une bonne communication dans une consultation. Dans l'étude de De Raemy-Kocher (2009), il est précisé que le recours à un interprète n'influence pas le bon déroulement du suivi médical selon les critères de la

recherche. Etant donné l'absence de retour qualitatif de la part des patients à ce propos, cette affirmation devrait certainement être nuancée.

Lamkaddem et al. (2014), s'interrogent sur d'autres barrières liées aux soins. Ils relèvent une probable non-confiance dans les soins psychiatriques, un manque de connaissances des traitements, la barrière linguistique et la non-familiarité avec le nouveau système de soins. Ce questionnement peut mettre en avant la complexité de la compétence culturelle, qui exige que le contexte social, environnemental et familial soit pris en considération pour que la personne migrante se sente en confiance et puisse être plus encline à suivre une thérapie qu'elle ne connaît pas. Dans trois études sur le traitement des symptômes de l'ESPT menées au Liban, aux Etats-Unis et en Australie, il est intéressant de constater que les thérapies principalement utilisées découlent toute de la thérapie cognitivo-comportementale: la psychoéducation, les groupes et la relaxation comme stratégie de coping (Johnson J. 2012; Farhood, Richa & Massalkhi, 2014; Suurmond, Seelman, Rupp, Goosen, Stronks et al. 2010). Au Liban, les chercheurs ont mis en avant différents aspects qui allaient à l'encontre d'une compliance au traitement psychiatrique de la part des habitants ayant vécu la guerre en 2006. En effet, les troubles psychiques dans ce pays sont très mal vus. Pour éviter d'être stigmatisés et ayant peur d'être jugés «fous» ou «démoniaques», les habitants ne consultent pas, malgré de forts symptômes anxieux et dépressifs. L'interprétation de leurs symptômes touche l'aspect spirituel: «c'est une punition de Dieu». Les auteurs ont relevé une incompréhension, dans le groupe étudié, du lien entre le traumatisme lié à la guerre et les symptômes qui en ressortent. Dans une étude américaine de Johnson (2012), la dimension spirituelle constitue un élément important de la relation thérapeutique avec le groupe culturel étudié (l'ethnie Hmong). Celui-ci donne en effet une grande importance aux rituels chamaniques, dans la santé comme dans la maladie. Le fait de prendre en compte cette dimension et de l'incorporer au traitement comme thérapie complémentaire permet au patient de se sentir considéré culturellement. Ce dernier ressentira aussi du respect et de la compassion de la part du soignant. «D'où la nécessité d'établir un cadre métissé dans lequel chaque élément du matériel peut être interprété selon l'une ou l'autre logique» (Tobie Nathan, 1986, p.126).

Le résultat de ce type de démarche est donc bénéfique pour la population et a un impact positif sur l'acculturation dans le pays hôte et la compliance au traitement. A l'inverse, des thérapies «occidentales» peuvent également avoir un effet probant sur des populations culturellement différentes. Au Liban, par exemple, la TCC mise en place avec un groupe restreint de personnes ayant vécus de violents conflits a très bien fonctionné, en travaillant autour de la «déstigmatisation» des patients. Les soignants ont utilisé la psychoéducation pour apprendre à aux participants à mettre en mots leurs possibles manifestations corporelles et psychiques de stress. En parvenant à exprimer leur ressenti, en partageant leurs expériences au sein du

groupe, ils ont pu pallier leurs angoisses et se soulager. Ils ont aussi réussi à dépasser leur cadre culturel et spirituel en comprenant que les traumatismes vécus, qui avaient un impact direct sur leur corps et leur esprit, n'étaient pas une punition divine. Notons que les techniques de relaxation utilisées dans la thérapie ont également contribué à cette évolution positive. Dans l'étude menée en Australie avec des réfugiés Birmans comme groupe cible, 89% des interventions thérapeutiques menées relèvent aussi de la psychoéducation (Van Wyk et al. 2012). Le but recherché était aussi de comprendre les symptômes, de trouver des solutions pour les diminuer et faciliter ainsi l'acculturation et l'adaptation.

Ces thérapies de groupes traitant l'ESPT montrent donc une certaine capacité d'adaptation transculturelle. Les migrants rencontrés dans le cadre de ces études évoluent dans des sociétés à caractères collectivistes plutôt qu'individualistes de type occidental. Comme le rappellent Goguikian, Ratcliff et Strasser (2009) à propos de la Suisse, «la conséquence directe est une amélioration des compétences d'intégration des participants non seulement à la vie socioculturelle suisse, mais encore à la cohabitation avec des personnes de diverses origines. (...). Dans la mesure où le groupe promeut l'aide et l'appui social, il a un impact direct sur la perception de soi comme quelqu'un d'utile, dont la présence a de la valeur, et qui est apprécié des autres, restaurant ainsi l'image de soi» (p.167). Ce travail groupal permet donc un «pont» transculturel entre notre société et celle de migrants. Nous retenons également que les thérapies occidentales sont aussi un bon moyen de créer des rencontres et une attitude de collaboration entre patients et soignants, même si ces derniers gardent souvent leur posture de «vendeurs de soins».

14. Limites

Durant la recherche, l'analyse des articles a été ciblée sur plusieurs études élaborées dans des pays différents. En effet, le thème de notre travail concernant un sujet mondial, la recherche d'articles ne s'est pas limitée au territoire suisse. La sélection d'articles s'est faite d'après un choix multiple et varié. Le fait de s'éparpiller a été le risque principal rencontré lors de cette revue de la littérature. De nombreuses études ont été faites sur les difficultés des migrants suite à leur arrivée au pays hôte. Par contre, peu ont été réalisées à propos des entretiens sanitaires auxquels est soumise cette population. La question de l'ESPT, qui se retrouve dans la plupart des articles sélectionnés, a permis l'élaboration de la discussion. Au départ, notre cible était l'ESI. En analysant les recherches disponibles, notre travail s'est orienté plus particulièrement sur l'ESPT, en prenant en considération le travail des soignants auprès des populations victimes de ce syndrome. Après plusieurs recherches sur diverses bases de données, nous avons finalement sélectionné onze articles. Ceux-ci sont majoritairement qualitatifs et permettent de mettre en avant des techniques d'évaluation de

l'ESPT et autres difficultés liées à la migration. Nous avons fait en sorte de rechercher des articles à la fois quantitatifs et qualitatifs. Des articles quantitatifs ont été utiles afin d'obtenir des chiffres et des proportions quant à la prévalence d'ESPT et troubles psychiques. Et des articles qualitatifs afin d'avoir des connaissances sur le ressenti ainsi que d'obtenir des témoignages sur le vécu de la personne. Nous nous sommes servis des articles qualitatifs, car nous considérons qu'ils peuvent être utiles dans un ESI. En effet, avec l'aide d'exemple de moyens d'évaluation comme les questionnaires à réponses ouvertes, nous pouvons avoir un exemple d'interrogations quant au vécu de la personne. Néanmoins, les études quantitatives nous ont servis comme appuis en ce qui concerne l'aspect épidémiologique et statistique.

En ce qui concerne le modèle théorique de Larry Purnell, les limites concernaient le nombre restreint d'articles trouvés. Nous regrettons également de n'avoir trouvé aucun article discutant ou critiquant sa théorie, ce qui nous a limitées dans notre propre approche critique.

15. Conclusion

Au terme de notre travail, nous pouvons conclure que les perspectives de soins dans le cadre général de la prise en soins des migrants sont à la fois intéressantes en termes d'opportunités professionnelles et relativement complexes en terme de pratique quotidienne. En ce qui concerne plus précisément l'ESI qui a constitué l'objet de notre recherche, nous pouvons ainsi faire plusieurs constats. Cette procédure doit prendre en compte un grand nombre d'éléments pour être efficace auprès des migrants. Tout d'abord la compréhension des raisons et du parcours qui les ont amenés jusqu'en Suisse. Celle-ci oblige donc l'infirmière à s'informer de la situation politique, économique, militaire, voire climatique, des régions de provenance des migrants, pour bien contextualiser les situations que ces personnes ont pu vivre. Ensuite, les différences culturelles, au sens large, doivent être comprises et acceptées par les soignants, afin de surmonter les préjugés et assurer une prise en soins des migrants équitable et juste.

Ces différences se manifestent d'abord par une vision autre de la santé et, surtout, de la maladie physique et/ou psychique. Dans notre revue de la littérature, nous avons ainsi constaté que la manifestation des symptômes était parfois très différente selon les origines et l'histoire de vie des patients. Seul point commun transculturel: ces symptômes se développaient très souvent sous une forme somatique. Autre constat essentiel: l'importance de la dimension spirituelle chez un grand nombre de migrants issus de sociétés traditionnelles. Ainsi, le lien entre le corps et l'esprit est une réalité concrète dans ces sociétés, comme le rappelle Georges Devereux:

Certains primitifs, lorsqu'ils se sentent fatigués après avoir bien dormi, attribuent leur fatigue aux aventures de leurs âmes, qui ont vagabondé pendant leur sommeil; c'est donc elle qui est fatiguée. De même, les chamans, qui, soit pendant leur sommeil, soit pendant leurs crises chamaniques, envoient leurs âmes au loin, ou les surmènent, se réveillent très fatigués (133). (Devereux, 1977, p.279)

Ces différents paramètres constituent donc des éléments importants de l'anamnèse, que le soignant ne doit pas négliger même s'il vit lui-même dans une société peu spirituelle et qu'il ne partage pas ce type de croyances.

Dernier point qui différencie notre société de celles de nombreux migrants: l'importance et le poids des liens familiaux et des structures sociales qui, comme la question de la spiritualité, doivent faire partie de la réflexion du soignant dans la construction de sa démarche de soins.

Par ailleurs, le contact entre soignants et soignés passe par un protocole de soin «occidental» que le migrant doit comprendre et accepter. Ce qui n'est pas toujours évident, compte tenu des éléments que nous venons de mentionner. Cet aspect de la démarche est important, car il conditionne également la manière dont les soignants sont perçus en tant que professionnels. Si leur légitimité est remise en question, la qualité et, surtout, l'efficacité des soins qu'ils prodiguent peuvent être entravées.

Afin d'apporter des éléments de réponse à notre question de recherche, nous avons analysé plusieurs modèles théoriques de soins infirmiers liés à la question transculturelle. Nous avons élargi notre champ de recherche à des notions d'anthropologie et d'ethnologie, dans la logique de la science infirmière qui s'est récemment construite sur des bases posées par les sciences humaines. Le modèle théorique de Larry Purnell, que nous avons retenu, s'inspire également de ces principes en offrant des outils d'approche de la personne migrante et une trame de travail et d'interrogation adéquate permettant d'obtenir les informations nécessaires à une prise en soins globale. Nous nous sommes toutefois aperçues des limites de ce modèle qui nous semble parfois difficile à utiliser de manière stricte lors d'un ESI (limite de temps, démarche potentiellement intrusive, etc.).

Sur la base de ces éléments et en s'appuyant (jusqu'à un certain point) sur le modèle de Purnell, nous considérons donc qu'un ESI «idéal» devrait se dérouler en respectant plusieurs étapes et règles de base. Tout d'abord, s'assurer que la personne comprenne bien l'enjeu et le but de l'entretien: lui apporter un suivi médical adapté à ses besoins (en arrivant à déceler notamment d'éventuels symptômes d'ESPT) et la mettre en confiance en lui faisant comprendre l'intérêt d'être compliant aux soins. Précisons également que cette compliance n'est pas à sens unique: elle n'est envisageable que si les deux parties sont capables d'aller

l'une vers l'autre en acceptant un certain type de prise en charge (migrant) et en comprenant le profil spécifique de la personne (soignant).

Ensuite, le cadre dans lequel se déroule l'ESI devrait être calme, confidentiel et aussi confortable que possible afin de donner un sentiment de sécurité au migrant. Cette dimension est également importante pour faire de l'entretien un moment privilégié, marquant le respect qui est dû à la personne en tant qu'individu à part entière. Nous considérons aussi que la présence d'un médiateur culturel est très utile pour assurer une bonne compréhension mutuelle, ce qu'un traducteur ne peut pas toujours apporter au-delà de la langue. D'une manière générale, l'ESI devrait se dérouler en respectant au mieux les codes sociaux et culturels du migrant (attitude corporelle, marques de politesse, habillement, etc.), ce qui permet de trouver une «bonne distance» (physique et culturelle) favorisant la compliance.

Nos expériences personnelles nous ont permis de constater que cette situation idéale ne correspond malheureusement pas à la réalité du terrain. Ceci est regrettable dans un pays tel que la Suisse, qui devrait se donner les moyens de recevoir correctement les migrants dans le respect de sa tradition d'accueil. Par ailleurs, une démarche telle que l'ESI peut-elle être influencée négativement par le durcissement des lois concernant l'immigration? L'infirmière pourra-t-elle continuer à prodiguer des soins de qualité dans de bonnes conditions? Allons-nous vers une attitude d'ouverture ou de fermeture? Dans ce contexte, nous considérons que les compétences culturelles des infirmières se doivent d'être aussi développées que possible. Même si l'ESI reste un moment bref dans la procédure d'accueil, ces compétences permettront de poser des bases solides qui contribueront à une bonne adaptation à la vie post-migratoire. Malheureusement, nous sommes conscientes que tous ces éléments d'un ESI «idéal» sont complexes à mettre en pratique. Un travail de recherche en lien avec l'évaluation des compétences culturelles pourrait être réalisé auprès des infirmières travaillant avec des migrants, que ce soit au sein d'une structure telle que le PSM ou, de manière plus générale, en milieu hospitalier. Cette démarche permettrait d'avoir une idée concrète de ce qui pourrait être développé dans une future formation Bachelor et auprès des professionnels de la santé diplômés. Par ailleurs, il serait intéressant de questionner les patients arrivés en Suisse depuis peu afin de mesurer leur taux de satisfaction par rapport aux soins prodigués par l'infirmière et estimer leur niveau de connaissance du système de santé suisse suite à l'information donnée lors de l'ESI. En ce qui concerne l'ESPT chez les migrants, il serait intéressant de collaborer avec des médiateurs culturels afin de construire un questionnaire regroupant plusieurs thèmes permettant d'évaluer précisément l'état psychologique de la personne. La mise sur pied d'une telle recherche est cependant longue et complexe, en particulier dans le domaine transculturel.

En ce qui concerne nos acquis lors de la réalisation de ce travail, nous avons d'abord appris à construire une revue de la littérature autour d'un thème précis. Si nous avons parfois rencontré des difficultés pour rédiger un texte dit scientifique, nous avons tout de même réussi à développer une organisation collective du travail, en appliquant une grande rigueur quant au partage de nos différentes recherches. Nos réflexions et nos interrogations nous ont conduites également à mener de nombreuses et enrichissantes discussions avec diverses personnes, qui ont contribué à élargir notre compréhension du travail infirmier.

D'autre part, ce travail nous a permis de percevoir l'importance fondamentale de la recherche dans le domaine des soins infirmiers. Sur la base des expériences très variées que nous avons pu découvrir et analyser, cette démarche permet d'affiner l'approche du patient et d'améliorer la qualité des soins qui lui sont prodigués, en tenant compte notamment de son vécu personnel et culturel. Nous sommes convaincues que la richesse d'une telle approche, qui se renouvelle en permanence, contribue à améliorer les compétences des soignants en leur donnant un cadre théorique susceptible de faire évoluer positivement leur savoir empirique.

Les constats et les propositions que nous avons pu formuler au terme de notre travail de réflexion relèvent peut-être d'un certain idéalisme. Ils prennent pourtant en compte plusieurs aspects que nous considérons comme essentiels dans notre activité d'infirmière au contact de migrants: une prise en charge respectueuse de l'individu, quelles que soient ses différences, une capacité d'écoute et de compréhension aussi développée que possible et une qualité de soins égale pour tous.

16. Bibliographie

- Association des infirmières et infirmiers du Canada: infirmière praticienne (2011). Accès www.ipenfin.ca/
- Association Géza Róheim (2013). Modèle du lever de soleil: Madeleine Leininger. Accès <http://geza.roheim.pagesperso-orange.fr/html/modelinf.htm>
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B. & Geraci S. (2013). Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Ann Ist Super Sanità Vol. 49*, No. 2 doi 0.4415/ANN_13_02_08
- Banque de données en santé publique (2013). Association de recherche en soins infirmiers, pour des soins culturellement compétents: le modèle transculturel de Purnell. Accès www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/Info?doc=/Rsi/72/34.pdf
- Baubet T. (2008). *Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile: des outils insuffisants*. Accès <http://www.comede.org/IMG/pdf/mde25.pdf>
- Beiser M., Simich L., Pandalangat N., Nowakowski M. & Tian F. (2011). Stresses of passage, balms of resettlement, and posttraumatic stress disorder among sri lankan tamils in Canada. *The canadian journal of psychiatry, vol.56, n°6*.
- Canton de Berne: Direction de la police et des affaires militaires (S.d.). Travail avec permis N (demandeur d'asile). www.pom.be.ch/pom/fr/index/migration/aufenthalt_in_derschweiz/arbeiten_mit_ausweisnasylsuchende.html
- Carde E. (2007). Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique. Vol. 19*, p. 99 à 109.
- Carswell K., Blackburn P. & Barker C. (2011). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International journal of social psychiatry 57:107*. doi 10.1177/002076009105699
- Centre de thérapie comportementale et cognitive (2012). Thérapie Cognitive Comportementale. Accès www.centre-tcc.ch/psychologue-valais/la-tcc
- Confédération Suisse (2013): Aide sociale. Accès <https://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/sozialhilfe.html>
- Devereux G. (1977). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*(3e éd.) Saint-Amand: Gallimard.
- De Raemy-Kocher S., (2009). *Étude de l'adéquation du dépistage lors de la visite sanitaire de frontière des problèmes de santé chez les patients requérants d'asile*. (thèse de doctorat. Université de Genève). Accès <http://archive-ouverte.unige.ch/unige>
- Doscher Phelps L., E. Johnson K. (2004). Developing local public health capacity in cultural competency: a case study with Haitians in a rural community. *Journal of community health nursing, 21*(4), 203-215. doi:10.1207/s15327655jchn2104_1
- Echelles Psychiatriques (1985). Echelle de Beck (BDI: Beck Depression Inventory). Accès www.echelles-psychiatrie.com/pdf/echelle-beck.pdf

- P. Eisenman D., S. Meredith L., Rhodes H., L. Grenn B., Kaltman S., Cassells A. & N. Tobin J. (2008). PTSD in latino patients: Illness Beliefs, treatment preferences and implications for care. *Journal of general internal medicine* 23(9). doi:10.1007/s11606-008-0677-y
- Farhood L., Richa H. & Massalkhi H. (2014). Group Mental Health Interventions in Civilian Populations in War-Conflict Aeras: A Lebanese Pilot Study, *Journal of Transcultural Nursing*. doi:10.1177/1043659613515717
- Fondation-fondamental (2013). Psychoéducation. Accès www.fondation-fondamental.org/page_dyn.php?lang=FR&page_id=MDAwMDAwMDAzOQ
- Forum réfugiés: le HCR et Eurostat publient les statistiques de l'année 2013 sur les demandes d'asile. Accès www.forumrefugies.org/s-informer/Actualites/le-hcr-et-eurostat-publent-les-statistiques-de-l-annee-2013-sur-les-demandes-d-asile
- Franco-Paredes C. (2009). An unusual clinical presentation of posttraumatic stress disorder in a sudanese refugee. *J Immigrant minority health*. doi :10.1007/s10903-009-9264-5
- Ge.ch (2014). Direction de la police et des affaires militaires. Accès www.ge.ch/integration/doc/subventions/forfait-integration-personnes-permis-f-et-b-refugie/Permis-F-Droits.pdf
- Goguikian Ratcliff B., Strasser O. (2009). *Clinique de l'exil: Chronique d'une pratique engagée*, Chêne-Bourg :Georg.
- Graz B., Vader J.-P., Raynault M.-F. (2002). Réfugiés, migrants, barrière de la langue: opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction. *Santé Publique Vol. 14*. doi :10.3917/spub.021.0075
- Hinton D. E., Kredlow M. A., Pich V., Bui E. & Hofmann S. G. (2013). The relationship of PTSD to key somatic complaints and culture syndromes among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic: The cambodian somatic symptom and syndrom inventory (CSSI). *Transcultural psychiatry*. doi: 10.1177/1363461513481187
- HUG: Hôpitaux universitaires genevois (2013). Consultation transculturelle et interprétariat. Accès <http://consult-transculturelle-interpretariat.hug-ge.ch>
- Johnson J. (2012) How can western providers adapt their techniques when working with the Hmong population in a mental health setting?. *Master of Social Work Clinical Research Papers. Paper 42*. Accès http://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1042&context=msw_papers
- Kohrt B., J. Hruschka D. (2010). Nepali concepts of psychological trauma: the role of idioms of distress, ethnopsychology and ethnophysiology in allievating suffering ans preventing stigma. *Cult Med psychiatry*. doi: 10.1007/s11013-010-9170-2
- Lamkaddem M., Stronks K., D Devillé D. W., Olf M., AM Geritsen A. & Essink-Bot M-L. (2014). Course of post-traumatic stress disorder and health care utilisation among resettled refugees in the Netherlands. *BMC psychiatry*. doi:10.1186/1471-244X-14-90
- Laplantine F. (1988). *L'ethnopsychiatrie*. Paris : Presse universitaire de France.

- Mazur V., Chahraoui K., (2008). Psychopathologies des demandeurs d'asile accueillis en République slovaque. *Annales médico-psychologiques* 169. doi: 10.1016/j.amp.2010.05.012
- Miller K., Omidian P., Kulkarni M., Yaqubi A., Daudzai H. & Rasmussen A. (2009). The validity and clinical utility of post-traumatic stress disorder in Afghanistan. *Transcultural psychiatry*. doi: 10.1177/1363461509105813
- Nathan T. (1994). *L'influence qui guérit*. Paris : Odile Jacob.
- Office fédéral des migrations (OFM) (2013) . Accès www.bfm.admin.ch/content/dam/data/migration/statistik/asylstatistik/jahr/2012/stat-jahr-2012-f.pdf
- Office Fédéral de la Santé Publique (2008): Directives techniques relatives aux mesures à prendre par le service sanitaire de frontière pour les personnes relevant du domaine de l'asile dans les centres cantonaux et fédéraux. Accès www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00687/01390/index.html?lang=fr
- Ouimet M-J., Munoz M., Narasiah L., Rambure V. & Correa A (2006). *Pathologies courantes chez les demandeurs d'asile à Montréal*. Accès <http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fjournal.cpha.ca%2Findex.php%2Fcjph%2Farticle%2Fdownload%2F1696%2F1880&ei=TbTkU8joBlqp7AaDrIDQAg&usg=AFQjCNHoQoLibeHfUP47ckaNJNLWm1uBNQ&sig2=hhBGeoAzJ214R3GgtCTy-Q&bvm=bv.72676100,d.ZGU>
- Pepin J., Kérouac S., Ducharme F. (2010). *La pensée infirmière(3e éd.)*,(S.I) : Chenelière Education.
- Pesquidous J.C,2013. Accès www.bichatlarib.com/publications.documents/4496_PESQUIDOUS_these.pdf
- Psychomédia (2012). Définition coping. Accès www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/coping
- Psychomédia (2012). Définition: Thérapie d'exposition avec prévention de la réponse.Accès www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/therapie-d-exposition-avec-prevention-de-la-reponse
- Psychologie Genève (2012). Troubles anxieux: Stress post-traumatique.Accès http://psychologie-ge.ch/Psychologie_troubles_anxieux_stress_post-traumatique.html
- Purnell L. (1999). *El modelo de competencia cultural de Purnell: Descripción y uso en la practica, educación, administración e investigación*. Accès http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Frua.ua.es%2Fdspace%2Fbitstream%2F10045%2F5157%2F1%2FCC_06_13.pdf&ei=OK_kU9eIKMGv7AbR5oAY&usg=AFQjCNE2KGh_ieSGi9pBmxYM2ONTR9JUJg&sig2=ODVfMEpatK_1jE35CGoQOQ&bvm=bv.72676100,d.ZGU
- Purnell L. (2001). Guatemalans' practices for health promotion and the meaning of respect afforded them by health care providers. *Journal of Transcultural Nursing*. Vol. 12 No. 1. doi: 10.1177/104365960101200106

- Purnell L. (2011). Chapter 5: The Purnell model for cultural competence. In Cooper D.B.(Dir) *Intervention in mental health-substance use*, p. 29-50, Accès <http://books.google.ch/books?id=JyDyGrbgOosC&pg=PA51&lpg=PA51&dq=david+b+cooper+mental+health+purnell&source=bl&ots=nVqxxe74O7&sig=2UeslkSe7HV4jNlqpNTIE3czjl&hl=fr&sa=X&ei=qaPkU-SQE9GM7AaLvoDIDQ&ved=0CCYQ6AEwAQ#v=onepage&q=david%20b%20cooper%20mental%20health%20purnell&f=false>
- Rasmussen A., Smith H. & S. Keller A. Factor structure of PTSD symptoms among west and central african refugees (2007). *Journal of traumatic stress Vol.20*, pp.271-20. doi: 10.1002/jts.20208
- Sion.ch (2010-2014). Permis de séjour. Accès www.sion.ch/particuliers/vieprivree/controle-habitants/permis-de-sejour.xhtml
- Slam B., H. Flakerud J. (2010). A closer look: the trauma of war and migration and PTSD. *Issues in mental health nursing*. doi: 10.3109/01612840.2010.516059
- Starr S. & Wallace D. (2011). Client perceptions of cultural competence of community-based nurses. *Journal of community health nursing*. doi:10.1080/07370016.2011.564057
- Suurmond J., Seelman C., Rupp I., Goosen S. & Stronks K. and al. (2010). Cultural competence among nurse praticionners working with asylum seekers, *Nurse education today* 30. doi: 10.1016/j.nedt.2010.03.006
- Testa-Mader A., Degrate A. & Clerici N. (2002). *Les personnes étrangères et suisses entrées en contact avec la psychiatrie publique: une étude comparative concernant trois régions de soins en Suisse*. Accès <http://www.sanp.ch/docs/2002/2002-03/2002-03-005.PDF>
- Travailler en Suisse(2014). Principaux permis de travail en Suisse. Accès www.travailler-en-suisse.ch/principaux-permis-travail-suisse.html
- Van Wyk S., Schweizer R., Brough M., Vromans L., & Murray K. (2012). A longitudinal study of mental health in refugees from Burma: the impact of therapeutic interventions. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*. doi:10.1177/0004867412443059
- Vojvoda D., Weine M. S., McGlashan T, Becker D. & Southwick S. (2008). Posttraumatic stress disorder symptoms in Bosnian refugees 3 ½ years after resettlement. Accès <http://www.rehab.research.va.gov/jour/08/45/3/pdf/vojvoda.pdf>

17. Annexes

Annexe I: Critères diagnostiques de l'ESPT

Tiré de : Psychiatryonline.org (2009)

Table 1. DSM-IV-TR Criteria for PTSD

Criterion A: A traumatic event in which

1. The person has experienced, witnessed, or been confronted with an event or events that involve actual or threatened death or serious injury, or a threat to the physical integrity of oneself or others.
2. The person's response involved intense fear, helplessness, or horror.

Criterion B: intrusive recollection (at least 1)

1. Recurrent and intrusive distressing recollections of the event, including images, thoughts, or perceptions
2. Recurrent distressing dreams of the event
3. Acting or feeling as if the traumatic event were recurring (includes a sense of reliving the experience, illusions, hallucinations, and dissociative flashback episodes, including those that occur upon awakening or when intoxicated)
4. Intense psychological distress at exposure to internal or external trauma-related cues
5. Physiologic reactivity upon exposure to internal or external trauma-related cues

Criterion C: avoidant/numbing (at least 3, not present before the trauma)

1. Efforts to avoid thoughts, feelings, or conversations associated with the trauma
2. Efforts to avoid activities, places, or people that arouse recollections of the trauma
3. Inability to recall an important aspect of the trauma
4. Markedly diminished interest or participation in significant activities
5. Feeling of detachment or estrangement from others
6. Restricted range of affect (e.g., unable to have loving feelings)
7. Sense of foreshortened future (e.g., does not expect to have a career, marriage, children, or a normal lifespan)

Criterion D: hyperarousal (at least 2, not present before the trauma)

1. Difficulty falling or staying asleep
2. Irritability or outbursts of anger
3. Difficulty concentrating
4. Hypervigilance
5. Exaggerated startle response

Criterion E: Duration of the disturbance (symptoms in B, C, and D) is more than one month.

Criterion F: The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

Acute: if duration of symptoms is less than 3 months

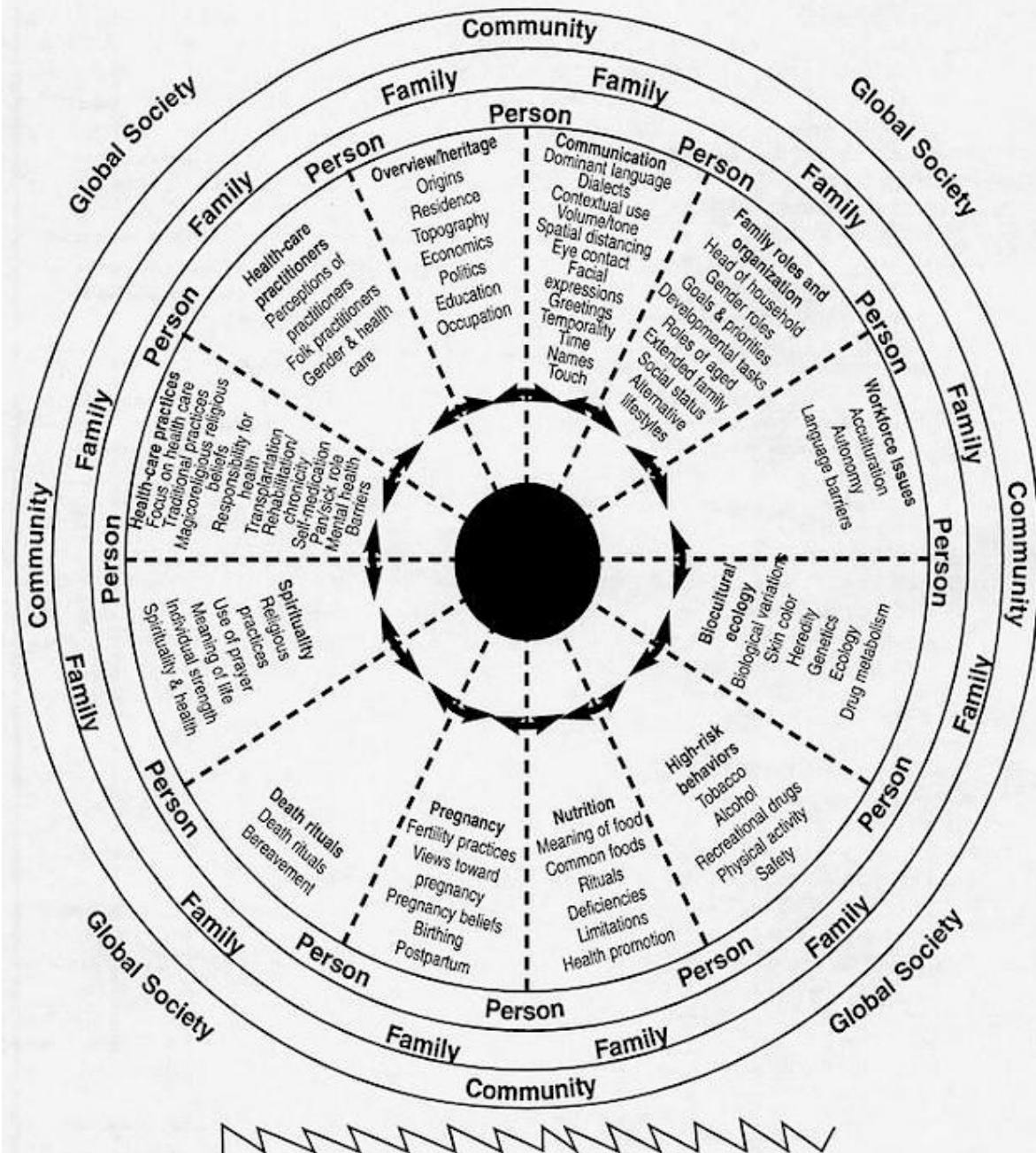
Chronic: if duration of symptoms is 3 months or more

Adapted, with permission, from American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.

Annexe II : Le modèle de Purnell sur la compétence culturelle

Tiré de : Patrick Fermi (2013) Accès : <http://geza.roheim.pagesperso-orange.fr/html/modelinf.htm>

Figure 1 - The Purnell Model for Cultural Competence



Unconsciously Incompetent - Consciously incompetent - Consciously competent - Unconsciously competent

Primary characteristics of culture: age, generation, nationality, race, color, gender, religion

Secondary characteristics of culture: educational status, socioeconomic status, occupation, military status, political beliefs, urban versus rural residence, enclave identity, marital status, parental status, physical characteristics, sexual orientation, gender issues, and reason for migration (sojourner, immigrant, undocumented status)

Annexe III: Echelle de Beck (BDI: Beck Depression Inventory)

Tiré de : Guelfi J.D. & Cottraux J. (1985). *Echelle de Beck*. Accès <http://www.echelles-psychiatrie.com/pdf/echelle-beck.pdf>

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

Résultats:

Le score varie de 0 à 39.

0 à 3: pas de dépression

4 à 7: dépression légère

8 à 15: dépression d'intensité moyenne à modérée

16 et plus: dépression sévère

Annexe IV: Echelle de dépression HAD (HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale) de Sigmond et Snaith

Tiré de : Guelfi J. D. (S.d.). *Echelle de dépression HAD*. Accès <http://www.echelles-psychiatrie.com/pdf/echelle-had.pdf>

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais
- 1 De temps en temps
- 2 Souvent
- 3 La plupart du temps

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave
- 3 Oui, très nettement

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement
- 1 Occasionnellement
- 2 Assez souvent
- 3 Très souvent

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive
- 1 Oui, en général
- 2 Rarement
- 3 Jamais

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais
- 1 Parfois
- 2 Assez souvent
- 3 Très souvent

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout
- 1 Pas tellement
- 2 Un peu
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais
- 1 Pas très souvent
- 2 Assez souvent
- 3 Vraiment très souvent

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant
- 1 Pas autant
- 2 Un peu seulement
- 3 Presque plus

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé
- 1 Plus autant qu'avant
- 2 Vraiment moins qu'avant
- 3 Plus du tout

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps
- 1 Assez souvent
- 2 Rarement
- 3 Jamais

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais
- 1 Parfois
- 2 Très souvent
- 3 Presque toujours

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- 3 Plus du tout

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant
- 1 Un peu moins qu'avant
- 2 Bien moins qu'avant
- 3 Presque jamais

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent
- 1 Parfois
- 2 Rarement
- 3 Très rarement

Résultats:

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs. Faire le total du versant anxiété et dépression: 21 points maximum pour chacun.

Entre 8 et 10: état anxieux ou dépressif douteux.

Au-delà de 10: état anxieux ou dépressif certain.

Annexe V: Directives sanitaires

Tiré de : Département fédéral de l'intérieur (2008). *Directives sanitaires*. Accès

http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fthemen%2Fmedizin%2F00682%2F00687%2F01390%2Findex.html%3Flang%3Dfr%26download%3DNHzLpZeg7t%2Clnp6lONTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCEfIN6g2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--&ei=m1njU-OuOMKp7AbAlIHwBg&usq=AFQjCNFZ9k7SbQhUf6wIIRVWCJahsoYLjw&sig2=88v5UAaLxqUAUisnQl4Rnw&bvm=bv.72676100,d.ZGU



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Direction

Berne, le 24 avril 2008

Directives techniques relatives aux mesures à prendre par le service sanitaire de frontière pour les personnes relevant du domaine de l'asile dans les centres cantonaux et fédéraux

Le directeur,

sur la base de l'ordonnance du 9 décembre 2005 sur les mesures à prendre par le service sanitaire de frontière (RS 818.125.11),

arrête les instructions suivantes :

Art. 1 *Champ d'application et définitions*

Les présentes instructions s'appliquent aux personnes suivantes, désignées «personnes relevant du domaine de l'asile»: les requérants d'asile entrant en Suisse, les personnes à protéger et les réfugiés.

L'Office fédéral des migrations (ODM) dirige des centres d'enregistrement et de procédure (CEP) et le centre de transit d'Altstätten (désignés ci-après par «centres fédéraux»).

En accord avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'ODM charge un fournisseur de prestations (désigné ci-après par «service») d'exécuter les mesures sanitaires de frontière dans les centres fédéraux.

En collaboration avec le service, l'OFSP nomme les médecins chargés d'assurer les soins médicaux dans les centres fédéraux, désignés ci-après par «médecins du centre». Ceux-ci travaillent étroitement avec les pneumologues de la région et bénéficient d'un soutien technique de la part de la Ligue pulmonaire suisse.

Art. 2 *Lieu et organisation des mesures sanitaires de frontière*

¹ *Organisation dans les centres fédéraux*

Dans les centres d'enregistrement fédéraux, les mesures sanitaires de frontière sont exécutées par du personnel soignant sur mandat de l'OFSP. Ces mesures comprennent :

1. des informations en plusieurs langues
 - sur le système de santé suisse (principe des soins de base),
 - sur les vaccins et
 - sur la prévention du VIH/sida;
2. la distribution de préservatifs pour participer aux efforts de prévention du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles;

Office fédéral de la santé publique
Secrétariat
Schwarztorstrasse 96, CH-3007 Bern
Adresse postale: CH-3003 Berne
Tél. +41 31 323 87 06, fax +41 31 323 87 95
www.bag.admin.ch

3. une appréciation de l'état général de santé qui est assurée par le personnel soignant qui effectue un entretien et une évaluation des personnes relevant du domaine de l'asile en ce qui concerne la tuberculose (TB).

Les mesures sanitaires de frontière peuvent être exécutées également dans des centres de transit et dans d'autres lieux indiqués par l'ODM.

² *Organisation dans les cantons*

L'organisation sur le plan cantonal (y compris la coordination des flux d'information) est assurée par le médecin cantonal. Il est, en effet, chargé de garantir aux personnes relevant du domaine de l'asile l'accès aux vaccins et, en cas de tuberculose, un traitement au niveau cantonal.

Art. 3 *Etendue et déroulement des mesures sanitaires de frontière dans les centres fédéraux*

Les mesures sanitaires de frontière s'appliquent à toutes les personnes relevant du domaine de l'asile entrant en Suisse, quel que soit leur âge. Elles consistent en une partie informative et en un questionnaire structuré. En présence du requérant d'asile, le personnel soignant effectue ces mesures à l'aide d'un logiciel interactif comprenant des séquences animées. L'entretien se déroule comme suit :

¹ *Sélection de la langue* par la personne relevant du domaine de l'asile, avec l'aide de la personne soignante.

² *Information* à la personne relevant du domaine de l'asile sur la manière d'avoir accès au système de santé et sur les possibilités de vaccination dans les cantons.

³ *Entretien et évaluation* de la personne relevant du domaine de l'asile en ce qui concerne la tuberculose: pour la partie « questionnaire » du logiciel interactif, on assiste le requérant afin que chaque question reçoive une réponse claire. Au cours de l'entretien, la personne soignante juge de l'état général de santé du requérant. Selon le pays d'origine et suite aux réponses données par le requérant et à l'évaluation de son état général, on obtient un score menant à la suspicion de tuberculose. S'il y a suspicion de tuberculose, la personne est dirigée vers le médecin du centre. Une personne peut être envoyée vers le médecin du centre pour d'autres raisons; il s'agit alors d'une mesure médicale individuelle et non pas d'une mesure sanitaire de frontière.

⁴ *Projection d'une vidéo sur la prévention du sida* pour toutes les personnes relevant du domaine de l'asile et âgées de plus de 16 ans. La personne soignante est responsable de l'exhaustivité de la documentation et de sa compréhension lors de tous les visionnements individuels. La confirmation de chaque visionnement individuel, dûment signée par la personne relevant du domaine de l'asile, doit être enregistrée par la personne soignante auprès du système administratif du service sanitaire de frontière et munie du sceau du prestataire pour certifier la mesure du service sanitaire de frontière.

⁵ *Distribution d'un préservatif* à toutes les personnes relevant du domaine de l'asile âgées de plus de 16 ans.

⁶ *Renvoi vers le médecin du centre* en cas de suspicion de TB en fonction du score ou si le patient présente des symptômes d'une maladie nécessitant un traitement. Lorsqu'il dirige le patient vers le médecin du centre, le service lui communique par écrit le résultat de l'entretien et de l'évaluation en y joignant une copie du questionnaire rempli. Les coûts de la consultation médicale et du traitement éventuel sont pris en charge par l'assureur maladie pour autant que les conditions de la loi sur l'assurance-maladie (RS 832.10) soient remplies.

⁷ *Marche à suivre recommandée au médecin du centre* (cf. aide-mémoire en annexe 1): complément de l'anamnèse donnée par le questionnaire, examen corporel, et réalisation d'une radiographie. Si le résultat de la radiographie est anormal, des prélèvements d'expectorations à la recherche de mycobactéries (examen direct microscopique) et pour une mise en culture sont nécessaires. Les expectorations doivent être obtenues de manière spontanée ou induite. Les prélèvements doivent être effec-

tués à plusieurs heures d'intervalle (p. ex. durant la première consultation, puis tôt le matin par la personne relevant du domaine de l'asile elle-même et pendant la deuxième consultation).

Un transfert à l'hôpital est indiqué

- si des investigations plus approfondies concernant la TB sont nécessaires dans l'immédiat,
- si l'état général du patient est mauvais, sans que la cause en soit nécessairement la TB,
- s'il n'est pas possible d'isoler un patient qui tousse et qui est susceptible d'être porteur de la TB.

Art. 4 *Banque de données électronique et formulaires*

¹ Par mandat de l'OFSP, le service gère une banque de données électronique sur les mesures sanitaires de frontière. Celle-ci sert de registre pour les cas de TB suspectés et avérés, et documente la prise de médicaments. Le service assure le transfert des informations médicales sur la personne relevant du domaine de l'asile lorsqu'elle passe d'un centre de l'ODM à un centre cantonal.

² Le transfert vers un centre cantonal d'un requérant souffrant de tuberculose et sous traitement a lieu après entente entre le médecin traitant, le service et l'ODM. Les cas de tuberculose multi-résistante (MDR-TB) ou les suspicions de MDR-TB (emploi de médicaments ne correspondant pas au schéma standard) seront attribués d'office à l'un des cinq cantons universitaires (ZH, BE, BS, GE, VD) dotés d'un service d'infectiologie et de pneumologie. La langue du requérant d'asile sera prise en compte pour l'attribution. Le service doit à chaque fois remplir un formulaire de transfert contenant les informations essentielles à la poursuite du traitement antituberculeux (coordonnées du dernier médecin ayant pris en charge le patient, traitement prescrit, date du début du traitement), puis le télécopier au médecin cantonal ou à l'adresse indiquée par ce dernier. En plus, le service s'assurera par téléphone de la bonne réception de la télécopie.

³ Les formulaires de transfert pour les cas de tuberculose sont les seuls documents que le médecin cantonal reçoit automatiquement au vu des mesures sanitaires de frontière. En quittant le centre, la personne relevant du domaine de l'asile reçoit une copie de tous les documents médicaux et les radiographies. Si la personne transférée n'est pas en mesure de présenter ces documents, des informations médicales détaillées devront être demandées au dernier médecin en charge du patient.

Art. 5 *Mesures lors d'une répartition des personnes dans les cantons*

¹ Les médecins cantonaux sont responsables de la poursuite du traitement des personnes atteintes de tuberculose selon les instructions édictées par la Ligue pulmonaire suisse et l'OFSP.

² Il est recommandé au médecin cantonal d'analyser une fois par an les résultats des traitements suivis par les personnes souffrant de tuberculose pulmonaire et arrivées dans les cantons 12 à 24 mois auparavant. L'OFSP met à disposition des formulaires à cette fin.

³ L'OFSP recommande aux cantons de veiller à ce que les personnes relevant du domaine de l'asile aient accès aux vaccins conformément au plan suisse de vaccinations de routine. Les cantons sont responsables de l'organisation des vaccinations. L'OFSP recommande la marche à suivre ci-dessous: Le personnel d'encadrement des centres organise le renvoi vers le médecin compétent, sur demande de la personne relevant du domaine de l'asile. Les indications à la vaccination sont fixées par le médecin compétent en fonction des recommandations de l'OFSP (Plan de vaccination suisse). Selon les indications fournies par la personne relevant du domaine de l'asile ou si celle-ci présente un carnet de vaccination, on peut supposer qu'il y a immunisation partielle ou complète et n'administrer à ces personnes que les doses de vaccin manquantes.

Art. 6 *Déclarations*

¹ Tout cas de tuberculose doit être déclaré au médecin cantonal conformément à l'art. 4, al. 1 et 2, de l'ordonnance du 13 janvier 1999 sur la déclaration des maladies transmissibles de l'homme (RS 818.141.1) et à l'ordonnance du 13 janvier 1999 sur les déclarations de médecin et de laboratoire

(RS 818.141.11). Les cas de tuberculose diagnostiqués et traités dans les centres fédéraux sont déclarés au médecin cantonal du canton dans lequel est situé le centre par le médecin qui a posé le diagnostic.

² En outre, tous les résultats de laboratoire concernant la tuberculose doivent être déclarés au service par le médecin ayant diagnostiqué la maladie. Le service les saisit électroniquement et les envoie au médecin cantonal compétent.

³ L'OFSP dispose d'un accès à toutes les informations concernant les cas de tuberculose au sein de la population des personnes relevant du domaine de l'asile, recueillies dans les centres fédéraux et gérées par le service chargé d'appliquer les mesures sanitaires de frontière. Cet accès est limité à trois mois après la sortie du requérant du centre d'enregistrement ; l'OFSP se charge ensuite d'anonymiser les données, c.-à-d. d'en effacer noms et prénoms.

Art. 7 *Examen médical complémentaire visant au dépistage de la tuberculose et traitement*

¹ Le médecin du centre effectue un examen visant au dépistage de la tuberculose. La marche à suivre lors de cet examen et du traitement d'un cas de TB se conforme aux recommandations actuelles de la Ligue pulmonaire suisse et de l'Office fédéral de la santé publique (Manuel de la tuberculose, www.tbinfo.ch) et à l'aide-mémoire en annexe 1.

² Durant le séjour du patient dans les centres fédéraux, la responsabilité du traitement de TB incombe au médecin du centre. Le service assure le suivi du traitement en surveillant directement la prise de médicaments.

Les présentes instructions entrent en vigueur le 1er mai 2008.

Le directeur

Prof. Thomas Zeltner

Annexe VI: Fiches de lecture

1. Van Wyk S., Schweizer R., Brough M., Vromans L., & Murray K. (2012). A longitudinal study of mental health in refugees from Burma: the impact of therapeutic interventions. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*. doi:10.1177/0004867412443059

But: Cette étude menée en Australie a pour but d'examiner les problèmes de santé mentale des réfugiés birmans suivant une intervention naturaliste.

Méthode : Etude longitudinale mixte. N=62, réfugiés birmans engagés dans une organisation communautaire qui propose des services pour toutes personnes arrivant en Australie sous le statut de réfugié humanitaire. Les participants sont âgés de 18 à 80 ans et sont en Australie en moyenne depuis 3 mois.

Matériels: HTQ (ESPT), Hopkins Symptom Checklist-37 (dépression majeure, anxiété, somatisation), la Post-Migration Living Difficulties checklist (PMLD) et une question ouverte en rapport avec la satisfaction de vie en Australie

Les auteurs ont aussi observés (méthode naturaliste) des interventions thérapeutiques diverses: psychoéducation, thérapie basée sur les compétences structurées, thérapie d'expression, soutien psychologique, thérapie de couple et de famille, TCC et thérapie d'exposition.

Ces thérapies sont dispensées dans le but de faciliter l'acculturation et l'adaptation.

Des évaluations pré et post-intervention ont été réalisées indépendamment de l'engagement thérapeutique. Les évaluations post-intervention ont été achevées à la fin de la prestation de services de santé mentale. Les évaluations étaient traduites en anglais et un interprète était présent. La durée était de 2 à 3 heures. Durée moyenne du suivi post-intervention était de 6.9 mois.

Pour les interventions thérapeutiques, les chercheurs ont repris dans les dossiers des participants le but premier pour lequel ils avaient commencé une thérapie.

Les auteurs ont comparé la symptomatologie durant la période de temps de l'étude avec un T-test. (Test de Student)

Le test de Mann Whitney non paramétrique (analyse de deux échantillons indépendants) a été utilisé là où les hypothèses normales étaient transgressées.

Des analyses de régressions multiples (les modèles de régression sont construits dans le but d'expliquer ou prédire, selon la perspective de l'analyse, la variance d'un phénomène) ont été

utilisées pour le HTQ (ESPT), HSCL de l'anxiété, HSCL de dépression et HSCL de somatisation comme des variables dépendantes.

Les variables prédictives sont : les scores des symptômes pré-intervention, le nombre d'événements traumatiques vécus, les difficultés de vie post-migratoire et le nombre total de contacts avec les services de santé mentale. Ces variables ont été sélectionnées dans des revues de la littérature et ont été choisies en fonction de leur forte corrélation avec des problèmes de santé mentale.

Résultats: La principale intervention thérapeutique est la psychoéducation (89%). 55% des participants ont suivi une thérapie sur les compétences de base, 55% ont suivi une psychothérapie de soutien, 48% une thérapie d'expression, 16% une thérapie de couple et de famille, 11% une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou d'exposition.

La plupart des participants suivaient en moyenne 2.8 trois thérapies différentes => environ 3.

Les participants qui ne suivaient aucune intervention avaient vécu en moyenne 4 événements traumatiques. Les participants suivant une thérapie avaient en moyenne vécu 6.59 événements traumatiques.

Les participants ont vécu en moyenne 6.21 traumatismes selon le HTQ. Les traumatismes qui sont le plus ressortis sont le manque de nourriture et d'eau (76%), le manque de logements (71%), être malade et ne pas avoir accès aux soins (58%), vivre dans des zones de combats (57%).

Selon le PMLD, les difficultés de vie post-migratoires étaient en majorité liées à :

- la difficulté à communiquer (68%)
- les inquiétudes pour les membres de la famille ne vivant pas en Australie (54%).

En pré-intervention, une proportion importante de participants éprouvait des symptômes cliniquement significatifs pour l'ESPT (27%), l'anxiété (23%) et la dépression (37%).

En post-intervention, le nombre de participants ayant des symptômes cliniquement significatifs a baissé de 5 % pour l'ESPT et l'anxiété et de 7 % pour la dépression.

En pré-intervention, six participants avaient les symptômes permettant de poser le diagnostic d'ESPT. En post-intervention, il restait seulement un participant qui présentait ces symptômes.

Avec un $p < 0.05$ ou < 0.001 , Seuls les scores initiaux (pré-intervention) de l'ESPT, de la dépression et de la somatisation sont en corrélation avec les difficultés de vie post-migratoire et les expériences traumatiques. En post-intervention, il n'y a aucune relation significative entre les symptomatologies finales (post-intervention) et les difficultés de vie post-migratoire.

Concernant les prédicteurs des résultats de santé mentale en post-intervention, les auteurs ont procédé à une régression linéaire multiple en prenant comme première étape le score

initial des symptômes, comme seconde étape le nombre de traumatismes vécus et le score PMLD et comme troisième étape le nombre total de contacts avec les services de santé mentale. Le seuil de significativité est $p < 0.0125$. Il n'y a pas de significativité concernant la dépression, cela veut dire qu'il n'y a pas de différences significatives entre la pré et la post-intervention pour la dépression, pour les autres (ESPT, anxiété, somatisation), tout est significatif, il y a une amélioration notable.

Intérêt pour le TdB: l'étude démontre que les participants ont une amélioration significative dans l'ESPT sur une période de temps définie.

Les participants avec une santé mentale pauvre en pré-intervention présentent aussi un faible score de santé mentale en post-intervention.

Les événements traumatiques sont des facteurs importants concernant le début des symptômes mais les symptômes eux-mêmes contribuent fortement à la persistance de la maladie.

Cette étude se centre sur les réfugiés birmanes uniquement. De fait, les résultats ne peuvent pas être généralisés aux autres cultures ou groupes culturels. De plus, certaines recherches montrent que les résultats des thérapies varient selon les groupes culturels. (Gerritsen et al., 2006; Mollica et al., 1990).

Il est nécessaire d'évaluer les résultats des traitements sur plusieurs groupes culturels qui expérimentent de grandes difficultés de santé mentale.

Mettre en avant les complexités des groupes culturels, permettra de remettre en cause le regard occidental que l'on a sur la santé mentale.

2. Carswell K., Blackburn P. & Barker C. (2011). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International journal of social psychiatry*. doi: 10.1177/002076009105699

But: Le but est d'étudier la relation entre le traumatisme, la problématique de la post-migration, le soutien social et la santé mentale des réfugiés et des requérants d'asile dans trois centres du sud de l'Angleterre.

Deux hypothèses de départ:

- 1) Les symptômes de l'ESPT et de détresse émotionnelle sont associés à un nombre d'expériences traumatiques vécues en pré-migration, avec des problématiques liées à la post-migration et au manque de soutien social.
- 2) Les problèmes post-migratoires et le soutien social seront des variantes supplémentaires dans les symptômes de l'ESPT et de détresse émotionnelle quand les expériences traumatiques pré-migratoires ont été prises en compte.

Méthode: Etude quantitative.

Les participants (N=47) ont été recrutés dans trois lieux différents:

- 33 viennent d'une clinique spécialisée dans le traumatisme
- 10 viennent de services de psychologie
- 4 viennent des agences d'aide aux réfugiés.

Les critères de participation sont:

- être âgé de plus de 18 ans
- avoir un statut de réfugié, de demandeur d'asile ou de débouté.

Critère d'exclusion: si l'engagement dans cette étude était délétère pour leur santé mentale selon l'avis d'un clinicien.

La barrière de la langue n'était pas présente car pour chaque participant, un interprète était présent.

Cinq questionnaires ont été utilisés pour l'étude:

- The Harvard Trauma Questionnaire = HTQ (Utilisation des parties concernant les symptômes de l'ESPT et les événements traumatiques uniquement)
- The Hopkins Symptoms Checklist-25 (évaluation des symptômes dépressifs et de l'anxiété durant les semaines précédant le questionnaire)
- The Demographic and Post-migration Living Difficulties Questionnaire (adapté pour l'étude. Des questions relatives au statut de l'asile, au travail et aux études ont été rajoutées.

De plus, 13 items ont été rajoutés concernant les problèmes liés à la post-migration et à l'asile (détermination de la résidence, bien-être, l'asile en général, menace sur la famille, difficultés d'adaptation et perte de repères culturels et de soutien)

- The Short Form Social Support Questionnaire (évaluation du soutien émotionnel et de la satisfaction du soutien)
- The Duke-UNC Fonctionnal Social Support Questionnaire (8 items sur les thèmes du soutien émotionnel et soutien lors de confidences du migrant)

Résultats: Sur N=47, 64% sont reconnus comme réfugiés ou citoyens anglais, 28% sont des requérants d'asile et 8% sont des déboutés. La majorité des participants ont attendu en moyenne 7 ans pour une réponse définitive concernant la décision de leur statut dans le pays hôte. 8 participants ont été détenus sur le «sol migratoire» entre 1 mois et 3 ans.

24 pays sont représentés. 20 femmes et 27 hommes avec une moyenne d'âge de 38 ans. Dans leur pays d'origine, ils provenaient de classes sociales moyennes et supérieures et avaient pour la majorité un niveau d'étude tertiaire. 40 participants ont reçu des soins en santé mentale ou sont en cours de traitement psychologique.

Plus de la moitié des participants ont vécu 18 sur 38 événements traumatiques du questionnaire HTQ.

6 sur 13 problèmes post-migratoires ont été relevés. Les principaux problèmes concernent les difficultés liées à la demande d'asile, comme la séparation des familles, l'isolement, les difficultés sociales et économiques. Le plus haut score revient aux difficultés liées à l'adaptation, comme la perte de repères culturels, le soutien et la menace de séparation familiale.

Les symptômes de l'ESPT sont associés significativement avec:

- une augmentation des difficultés d'adaptation
- une perte de repères culturels et de soutien
- une diminution des soutiens de confiance
- un nombre de traumatismes vécus

Les données démographiques ne montrent pas de différences significatives.

Concernant les symptômes de l'ESPT, les prédicteurs les plus significatifs ($p < \text{ou égal à } 0.005$) sont :

- la détresse émotionnelle,
- la perte de repères culturels et de soutien

Les difficultés d'adaptation étaient modérément significatives.

La première hypothèse est donc confirmée.

La seconde hypothèse n'est que partiellement confirmée car il n'y a pas un lien significatif entre la mesure du soutien social et les symptômes de l'ESPT. Par contre, un manque de soutien social et de confiance peut être un prédicteur de détresse émotionnelle.

Intérêt pour le TdB: Avoir une vision holistique, globale, de la personne, être conscient de l'importance du soutien et prendre en compte les stress post-migratoires tels que le retard dans la procédure d'asile, les conditions de vie sociale et économiques, la détention, etc.

La perte de repères culturels augmente le stress des migrants, comment faire pour établir un lien de confiance et correspondant au problème de santé mentale, comment savoir quelles thérapies proposer pour avoir une bonne compliance?

3. Lamkaddem M., Stronks K., D Devillé D. W., Olf M., AM Geritsen A. & Essink-Bot M-L. (2014). Course of post-traumatic stress disorder and health care utilisation among resettled refugees in the Netherlands. *BMC psychiatry*. doi:10.1186/1471-244X-14-90

But: Rechercher pourquoi il n'y a presque pas de différences dans la proportion d'ESPT entre les réfugiés établis nouvellement et ceux qui sont dans le pays hôte depuis plusieurs années, alors que les traitements de l'ESPT sont connus pour être efficaces.

Trois réponses hypothétiques:

1. Bien que la prévalence de l'ESPT reste élevée au fil du temps, cela ne veut pas dire que ce sont toujours les mêmes cas de réfugiés souffrant d'ESPT (l'ESPT peut survenir des années après l'événement traumatiques).
2. Les traitements disponibles sont peut-être peu utilisés par les réfugiés souffrant d'ESPT car la barrière de la langue, le manque de confiance dans les soins psychiatriques et le manque de connaissances sur les traitements/thérapies possibles peuvent limiter l'accès aux soins.
3. Bien qu'il existe des traitements efficaces, il a été rapporté que ceux-ci ne montraient pas d'efficacité ou étaient très limités avec les personnes requérantes d'asile et réfugiées.

Méthode: Questionnaires à T1 et T2, réalisé dans la langue maternelle des participants.

Les expériences traumatiques de pré-migration ont été évaluées par le HTQ (1ère partie). La partie 4 du HTQ a été utilisée pour l'ESPT et seulement 16 sur 30 questions ont été utilisées car elles étaient très spécifique à l'ESPT. Si le score «cut-off point» du HTQ est plus grand ou égal à 2.5 (résultats entre 1 et 4), le participant est considéré comme ayant un ESPT.

Les scores de T1 et T2 ont été soustraits pour montrer les scores de changement.

Concernant l'utilisation des soins de santé mentale aux Pays-Bas à T1, les participants avaient un score de 1 s'ils avaient fréquenté des centres de soins dans les douze derniers mois et 0 s'ils n'avaient pas eu recours à des soins.

Les difficultés de la vie post-migratoires ont été évaluées par une liste de 18 items représentant d'éventuelles expériences stressantes (rapportées par des migrants) cotées de 1 à 4. Un score moyen a été calculé entre T1 et T2.

Pour examiner l'arrivée tardive ou la persistance de l'ESPT, un pourcentage a été calculé sur l'ensemble de l'échantillon de l'étude pour les participants avec un ESPT à T2 et non pas à T1. De même pour un ESPT persistant entre T1 et T2, un pourcentage a été calculé sur l'ensemble total de l'échantillon.

Cross tables et chi-square ont été choisis pour tester la relation entre un ESPT à T1 ou T2 et l'utilisation simultanée de soins de santé mentale.

Un modèle de régression logistique a été utilisé pour évaluer l'association multivariée de l'amélioration du score de stress post-traumatique entre T1 et T2 et du nombre d'événements traumatiques connus avant le départ, le changement du nombre de difficultés de vie post-migratoire expérimentées entre T1 et T2 et l'utilisation des soins de santé mentale.

Résultats: Résultats de l'ESPT: 53.6% ayant un ESPT à T1 sont guéris contre 46,4% qui ont toujours des symptômes.

A T1, selon le score du HTQ plus grand ou égal à 2.5, 16.3% des participants souffrent d'ESPT alors qu'il y en a 15.2% à T2 (dans les 15.2%, il y a aussi les participants qui ont déclaré un ESPT à T2 mais pas à T1).

Utilisation des soins de santé mentale: 21% à T1, 54% à T2.

T1 : Les participants ayant un score d'ESPT élevé avec des symptômes sévères montre une plus grande utilisation des soins en santé mentale avec un $p = 0.006$ ($P < 0.05$).

Améliorations dans les symptômes de l'ESPT, facteurs pré et post-migratoires et utilisation des soins de santé mentale:

- Les participants à T1 qui ont eu des soins de santé mentale ont 7 fois plus de chances de voir leurs symptômes s'améliorer. Mais, vue les petits chiffres, ces résultats ne donnent pas d'estimation précise. De plus, l'intervalle de confiance étant large, il faut les interpréter avec précautions. Le nombre de traumatismes post-migratoires n'est pas significativement associé à une augmentation de l'ESPT ($p > 0.05$). De même, l'augmentation entre T1 et T2 des difficultés de vie liées à la post-migration est associée négativement à l'augmentation de l'ESPT ($p < 0.05$).

Intérêt pour le TdB: Les réfugiés établis dans les pays développés sont 10 fois plus à risque de développer un ESPT que la population générale de ces pays au même âge (20% sont des requérants d'asile et réfugiés d'Iran, Somalie et Afghanistan contre 7.4% de la population générale).

Le manque de confiance dans les soins de santé mentale, le manque de connaissances sur les traitements possibles, les diverses croyances culturelles sur les soins de santé, la barrière de la langue et la non familiarité avec le système de soins peuvent être des obstacles à la fréquentation des établissements de soins.

L'étude montre que la fréquentation des centres de soins en santé mentale contribue à une amélioration des symptômes de l'ESPT.

Les symptômes de l'ESPT peuvent persister longtemps après l'exposition à un traumatisme ou apparaître après plusieurs années.

L'apparition tardive des symptômes de l'ESPT montre une grande prévalence après le rétablissement des migrants dans le pays hôte.

Actuellement, le taux d'utilisation des services de santé mentale est bas. Il faudrait donc l'augmenter pour diminuer la prévalence de l'ESPT.

Les résultats démontrent qu'il est important que le soignant suive, dès les soins de santé primaires un guideline rapide de santé mentale lors de symptômes d'ESPT et soit conscient de la possibilité d'une apparition tardive de symptômes

Il est aussi important de prendre en compte le contexte dans lequel s'inscrit le migrant: culture, réseau social/familial, occupation professionnelle, acculturation, statut social. (Lien avec Purnell).

4. Starr S. & Wallace D. (2011). Client perceptions of cultural competence of community-based nurses. *Journal of community health nursing*. doi:10.1080/07370016.2011.564057

But: étude menée aux Etats-Unis dans l'Etat de Caroline du Nord. Evaluation par les clients des trois dimensions présentes dans les compétences culturelles infirmières: communication, prise de décisions, style interpersonnel.

Méthode: étude quantitative descriptive.

Participants : 69, infirmières : 71

69 participants entre 18 et 54 ans. Aucun client d'hôpitaux ou de centres de santé n'a accepté de participer.

L'Interpersonal Processes of Care survey (IPC) a été utilisé pour obtenir la perception des clients sur les compétences culturelles infirmières. La lisibilité de ce questionnaire a été testée par le «Flesch Kincaid Readability Formula» (ce test peut être compris par des personnes à partir de 13 ans).

Le formulaire pour les données démographiques a été traduit en espagnol.

Pour évaluer la perception des infirmières sur leurs propres compétences culturelles, l'évaluation de la compétence culturelle (CCA) est divisée en deux échelles: 1. la sensibilité/conscience de la culture; 2. le comportement culturellement compétent.

Une dernière mesure est une auto-évaluation des infirmières de 0 à 5 (du plus compétent au moins compétent).

Résultats: Les infirmières rencontrent majoritairement des clients caucasiens (99%) ensuite africains américains (96%), latinos (82%), asiatiques (65%), arabo-américains (28%) indiens américains (20%) et des natifs hawaïens (7%). Elles rencontrent le plus souvent des groupes de patients malades mentalement et souffrant de troubles émotionnels (94% sur une fréquence de 67 patients), d'alcoolisme ou de toxicomanie (94% sur une fréquence de 67 patients), des populations qui ont un autre passé religieux ou spirituel (85% sur une fréquence de 60 patients), des groupes de patients handicapés physiques (82% sur une fréquence de 58 patients), sans domicile fixe (76% sur une fréquence de 54 patients) ou homosexuels, bisexuels et travestis (66% sur une fréquence de 47 patients) .

Pour l'échelle IPC:

- les participants pensent que les infirmières sont efficaces dans la communication, dans la prise de décisions et dans la relation interpersonnelle avec des notions de respect, de compassion et peu de discrimination envers les autres ethnies.

Pour l'échelle CCA, du point de vue infirmier:

- Résultats modérés à haut en ce qui concerne la perception de leur propre conscience et sensibilité culturelle.
- Résultats moyen pour des comportements culturellement compétents et sur une compétence culturelle en général.
- Moyenne de l'auto-évaluation sur la compétence culturelle: 4.25/5.0

En matière de compétences culturelles, on constate des similitudes entre la perception des infirmières et celle des clients. Celles-ci se retrouvent dans la communication, la prise de décision et la dimension interpersonnelle dans la compétence culturelle.

Intérêt pour le TdB: Avec une formation en lien avec la compétence culturelle, il est utile de souligner une amélioration dans la relation avec les clients (relation de confiance, acteur de ses soins, collaborations, etc.).

Les groupes les plus rencontrés sont des groupes de patients mentalement atteints ou souffrant de troubles émotionnels (peut être mis en lien avec le PTSD/émotions dans d'autres cultures).

5. Suurmond J., Seelman C., Rupp I., Goosen S. & Stronks K. and al. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers, *Nurse education today* 30. doi: 10.1016/j.nedt.2010.03.006

But: cette recherche a été menée à Amsterdam, aux Pays-Bas. Elle a pour but de savoir si les compétences générales d'une infirmière praticienne sont adéquates pour le contact médical avec les requérants d'asile. Les chercheurs ont aussi exploré les compétences culturelles qui semblaient les plus importantes pour les infirmières praticiennes.

Méthode: Méthode qualitative reposant sur des questionnaires et des groupes d'interviews semi-structurées.

89 questionnaires ont été analysés sur une période de 4 mois (phase empirique).

Quatre questions ouvertes exploratives:

1. Avez-vous reçu une éducation ou un entraînement spécifique en lien avec les compétences culturelles. Si oui, quel est votre niveau d'éducation? 2. Vous sentez-vous culturellement compétentes: pourquoi? Pourquoi pas? 3. Quelles sortes de compétences culturelles sont importantes pour l'accueil? 4. combien de compétences culturelles doivent être améliorées? De plus, des informations personnelles ont été demandées concernant le nombre d'années d'expérience de travail avec les requérants d'asile.

Une définition générale de la compétence culturelle a été placée en introduction du questionnaire pour donner un cadre général et éviter les confusions.

36 infirmières praticiennes ont été interrogées en groupe de 2 à 9 personnes. Une liste leur a été distribuée avec les items suivants: les problèmes rencontrés en donnant des soins médicaux, le rôle spécifique d'une infirmière praticienne dans le système de soins médicaux, les attentes des requérants d'asile perçues par les infirmières et ce qui est vu, selon elles, comme une situation de soins idéale dans laquelle elles peuvent donner des soins de haute qualité. La durée des interviews était de 1h30 à 2h.

Les données ont été synthétisées en utilisant une méthode de triangulation.

L'analyse des données des questionnaires a été faite par une «framework approach». De là, «un coding framework» a été identifié et enfin, trois thèmes sont ressortis: l'historique de formation, les compétences culturelles importantes en lien avec les requérants d'asile et des idées pour améliorer les compétences culturelles.

Résultats: éducation: les infirmières praticiennes ont environ 9 ans d'expérience avec les requérants d'asile. Elles disent avoir reçu des connaissances en compétences culturelles

pendant leurs années d'études en lien avec la transculturalité ou dans des formations spécifiques données par leurs employeurs. L'expérience aide beaucoup aussi selon elles.

La connaissance du contexte politique et humanitaire du pays d'origine est essentielle pour comprendre les liens possibles entre les problèmes médicaux et la situation politique.

Les infirmières mentionnent également: la connaissance de l'épidémiologie et des symptômes des maladies spécifiques des pays d'origines des requérants d'asile.

La connaissance des effets de la condition de réfugié sur la santé (condition de vie en foyer, santé avant et après le trajet migratoire).

La connaissance du contexte juridique dans lequel le requérant d'asile vit. L'importance de bien mentionner le secret médical, qu'aucune information donnée ne sera utilisée pour la procédure de demande d'asile.

Les capacités à développer une relation de confiance, à poser des questions délicates sur d'éventuels problèmes personnels ou sur des événements traumatiques vécus, à expliquer le système de soin du pays.

Améliorer les compétences culturelles de manière générale.

Intérêt pour le TdB: Constat d'une formation en soins transculturels n'existant que dans des programmes d'éducation du niveau master. Infirmière praticienne: sensibilisation dès le niveau Bachelor.

Les infirmières praticiennes n'existent pas en Suisse.

ESPT: point le plus difficile à développer par ces infirmières. Le requérant peut très vite ressentir le sentiment de perte et de douleur. De plus, la présence d'un interprète inconnu du patient peut rendre encore plus compliqué ce genre d'entretien. Les infirmières mettent en lumière l'importance de bien communiquer avec ses collègues et de ne pas hésiter à passer la main à d'autres professionnels de la santé

L'importance de la compréhension du système de santé pour une meilleure adhésion et le développement d'une relation de confiance.

Les compétences culturelles doivent être développées dans l'éducation. Particulièrement l'écoute, la capacité à construire une relation de confiance, avoir des connaissances sur le pays d'origine, le langage corporel et des manifestations de la douleur ou des plaintes qui peuvent changer d'un groupe culturel à un autre.

L'importance aussi de parler en équipe de cas complexes, de collaborer avec les services d'interprétariat et de parler avec les requérants d'asile sur ce qu'ils ressentent.

Un bon outil pour le développement des compétences culturelles serait un travail sous supervision.

Les compétences culturelles sont un processus en perpétuel changement car les patients rencontrés changent du fait des nouveaux conflits, guerres ou selon les changements en matière de politique d'asile du pays hôte.

6. Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B. & Geraci S. (2013). Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Ann Ist Super Sanità Vol. 49, No. 2.* doi 0.4415/ANN_13_02_08

But: Etudier les événements potentiellement traumatiques (PTE), le stress post-traumatique (ESPT), les difficultés de vie, l'anxiété, la dépression, la somatisation et des difficultés post-migratoires (PMLD) chez les immigrants de première génération dans les soins primaires. Cette étude a pour but de mettre en avant: 1) le taux et les types de PTE et de PMLD 2) le taux de symptômes de stress post traumatique (SSPT) et sa comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques comme par exemple: la dépression, l'anxiété, la somatisation. 3) les différences dans la répartition des PTE et PMLD grave chez les patients avec et sans ESPT. 4) les influences du nombre de PTE et de PMLD et du risque d'avoir un SSPT.

L'hypothèse de cette étude est la suivante: l'influence de PMLD grave peut aggraver les SSPT et interférer avec le processus d'intégration sociale.

Méthode: Etude qualitative

«Les patients ont été autoévalués avec des questionnaires transculturels. Deux groupes, avec et sans état de stress post-traumatique, ont été comparés. L'influence du nombre de PTE et de PMLD sur l'ESPT a été mesurée.» p.169.

«L'étude a été réalisée au niveau des soins primaires de la consultation externe du service de santé Caritas (organisation caritative fournissant une assistance médicale gratuite aux immigrants et aux personnes en difficulté sociale).

Les critères d'inclusion de l'étude étaient les suivants: a) étant une première génération d'immigrants; b) de 18 ans ou plus; c)étant prévue pour un premier examen médical au service de soins de santé primaires; d) bonne compréhension d'au moins une des langues des questionnaires de l'étude (la compréhension de la langue a été évaluée par des médiateurs culturels au moyen d'entrevues avec les patients); e) n'ayant pas une importante déficience cognitive, une évaluation clinique qui pourrait empêcher la compréhension du questionnaire» p.170.

«Les patients ont été choisis au hasard. Ils ont été invités à remplir un auto-questionnaire».

«Tous les patients ont reçu l'assistance sanitaire gratuite indépendamment du fait d'avoir accepté ou non de participer à l'étude. Tous les participants ont signé une déclaration de consentement éclairé. L'étude était approuvée par le comité d'éthique local.

4 questionnaires ont été remplis par les patients:

Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)

Hopkins Symptom Checklist (HSCL)

Bradford Somatique Inventory (BSI- 21)

Living Difficulties Questionnaire (LDQ)» p.170.

«Ces quatre instruments ont été choisis parce qu'ils ont déjà été testés dans la recherche transculturelle. Ils étaient faciles d'utilisation et étaient appropriés pour étudier les PTE, PMLD.» p.170.

Résultats: «N=391: 245 hommes et 146 femmes

Entre 18 et 79 ans venant d'Asie, d'Afrique, d'Amérique latine et d'Europe de l'Est.

Durée du séjour en Italie: de 2 mois à 35 ans.

Statut migratoire: Visa (104, 26.8%)

Néo-communautaires (133, 34.3%)

Sans statut légal (136, 35.1%)

En attente d'un permis (15, 3.9%)

Sur les 391, 237 (60.6%) déclarent avoir vécu des évènements traumatiques.

40 dépassent le seuil clinique pour l'ESPT dans le score de l'échelle HTQ.

100% des ESPT avaient d'autres symptômes accompagnateurs comme la dépression, l'anxiété et la somatisation.

Les différentes variables comme l'âge, le sexe et le niveau d'éducation ne montrent pas de différences entre ceux avec ESPT et sans ESPT.» p.171-172.

Intérêt pour le TdB: Dans cette étude, il est démontré que les soignants doivent prendre en considération, lors du bilan clinique, le fait que ces personnes sont plus souvent sujettes à l'ESPT à cause d'évènements traumatiques vécus dans leur pays d'origine, mais également lors du voyage vers le pays d'accueil ainsi que durant toute la procédure pour aboutir à un statut légal dans le pays.

Cet article met en évidence l'importance du dépistage de maladies psychiatriques afin de diminuer la prévalence de morbidité qui en découle dans cette population.

7. Farhood L., Richa H. and Massalkhi H. (2014). Group Mental Health Interventions in Civilian Populations in War-Conflict Areas: A Lebanese Pilot Study, *Journal of Transcultural Nursing*. doi :10.1177/1043659613515717

But: Cette étude pilote a pour but de décrire les effets de la thérapie comportementale dans une population civile exposée à la guerre dans le sud du Liban.

Cadre théorique: Evaluation ESPT avec Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) et Beck Depression Inventory (BDI)

Méthode: étude quantitative dans quatre villes au sud du Liban.

Thérapie Cognitivo-Comportementale efficace pour Bisson et al. (2007), Foy et Larson (2006), Monson et al. (2006).

Critères d'inclusions selon les scores obtenus: 2,5 et au-dessus sur la HTQ (Mollica et al., 1992) et/ou des scores 9 et au-dessus de la BDI (Beck, Steer, et Carbin, 1988)

Critères d'exclusion: Insuffisance cognitives graves, toxicomanie, troubles psychotiques

Thérapie en 8 séances sur 8 semaines: Semaine 1: psychoéducation sur le traumatisme et ses effets

Semaine 2: Restructuration cognitive / rôle de la cognition dans l'évolution des émotions et des comportements

Semaines 3 et 4 : Expressions affectives et narratives des traumatismes et des pertes

Semaine 5: Traitement de l'expérience traumatique

Semaines 6 et 7 : Exercices de relaxation

Semaine 8: Maîtrise / redéfinition de la relation avec la perte

Les séances sont adaptées à la culture libanaise avec comme aide une formation de l'OMS dans la langue arabe, ce qui facilite l'interaction sociale, la communication avec des normes culturelles, l'expression des sentiments dans un environnement de non jugement.

Informations recueillies: sexe, état civil, âge, nombre d'enfants, niveau d'éducation, emploi, addictions éventuelles (tabacs, alcool, etc.) et éventuels précédents traitements.

Après la dernière session, les participants ont rempli une évaluation sous forme de deux questions ouvertes et trois échelles de notation de 1 à 4 (1 = pas satisfait, 2 = pas applicable, 3 = satisfait, 4 = très satisfait).

Les participants ont noté la réalisation de leurs objectifs, l'efficacité des séances et les sujets qui ont été abordés.

Résultats: 10 participants (2 hommes et 8 femmes)

Age moyen: 40,6 ans.

Etat civil et enfants: tous étaient mariés avec, en moyenne, 3 enfants.

Education: 3 participants avaient suivi l'école élémentaire, 4 avaient été à l'école secondaire et 3 ont déclaré être allés dans une école supérieure à l'enseignement secondaire. Quatre des 10 participants étaient au chômage.

Seuls deux participants avaient déjà reçu un traitement pour des problèmes liés à la santé mentale, sous la forme d'une psychopharmacothérapie.

En fin de séances deux thérapeutes (étudiants infirmiers diplômés en santé mentale de l'Université américaine de Beyrouth) notent, examinent et regroupent les questions, commentaires et interactions des participants.

Notes des thérapeutes regroupées à partir d'observations sur les questions des participants, commentaires, les interactions et la participation. Ces notes ont été revues et regroupées en plusieurs points communs thématiques

L'interaction de groupe pendant les sessions: l'engagement, le partage des renseignements personnels, la cohésion.

Bénéfices de l'intervention: identification des symptômes, déstigmatisation de la maladie mentale, utilisation de stratégies cognitives, de restructuration et adaptation fonctionnelle

Obstacles à la participation: stigmatisation de la maladie mentale et contraintes personnelles

Interactions durant les sessions:

Depuis le premier contact et tout au long des séances, les participants ont été engagés dans les discussions, avec une écoute active, et ont montré de l'intérêt pour le contenu des séances.

Bons résultats obtenus pour les thérapeutes car il y a eu une bonne participation dans l'ensemble des séances et une déstigmatisation de la maladie mentale.

Intérêt pour le TdB: Cet article explique les bénéfices d'un traitement cognitivo-comportemental auprès de personnes ayant vécu la guerre et souffrant de ESPT, mais montre également le genre de barrière que peuvent rencontrer les soignants face à la culture de l'Autre. Dans ce cas précis, la mauvaise image de la maladie mentale et de ses traitements.

8. De Raemy-Kocher S., (2009). *Étude de l'adéquation du dépistage lors de la visite sanitaire de frontière des problèmes de santé chez les patients requérants d'asile.* (thèse de doctorat. Université de Genève). Accès

<http://archive-ouverte.unige.ch/unige>

But: cette étude a pour but d'évaluer l'adéquation de l'entretien initial de l'infirmière auprès des requérants d'asile, afin de déceler les problèmes de santé de ces personnes et en assurer un bon suivi médical par la suite.

Méthode: Etude de cas rétrospective quantitative.

300 dossiers infirmiers manuscrits et informatisés tirés d'une Banque de données de 3771 ESI entre 1997 et 2001. Cette étude analyse le suivi médical dans les six mois après l'ESI.

Six groupes de 100 personnes:

- avec suivi médical somatique en policlinique de médecine (POLIMED) aux HUG (50 avec interprète, 50 sans);
- avec suivi psychologique par un médecin spécialisé dans le vécu de la violence de l'Unité de médecine du voyage et de la migration aux HUG (UVM) (50 avec interprète, 50 sans);
- sans suivi programmé (50 avec interprète, 50 sans).

1) Evaluation du nombre de personnes venues au rendez-vous qui ont suivi l'ESI

2) Bon suivi ou suivi inadéquat: Motif de consultation est noté dans le dossier médical et est en adéquation avec la plainte initiale du patient.

3) Nombre de consultations médicales

4) Motifs de consultation

4 points saisis dans une base de données.

Statistiques: logiciel SPSS

Différences entre moyenne: Tests ANOVA et tendance linéaire

Valeurs significatives: $p < 0.001$

Résultats: 270 inclus au final

59% sont des hommes $n=159$

Sans interprète: de 71% à 81%

Avec interprète: 28% à 51%

Age moyen: 30,5 ans (variation de 25,1 ans sans interprète à 41,2 ans avec interprète)

53% d'Européens utilisant plus fréquemment les interprètes (62 à 85%)

36% d'Africains utilisant le moins les interprètes (53 à 64%)

11% venus d'autres continents

81% sont venus aux rendez-vous qui ont été programmés suite à l'ESI (140/174 rendez-vous médicaux)

Orientation suite à l'ESI de l'infirmière: Jugée appropriée dans 97% des cas (136/140)

Intérêt pour le TdB: Cette étude reflète exactement notre thématique. Il parle de l'entretien sanitaire effectué à la frontière lors de l'enregistrement de la demande d'asile des requérants.

Il cherche à évaluer l'utilité et la pertinence de l'orientation que l'infirmière donne au suivi médical de la personne.

Ce travail est une bonne trame pour notre recherche.

9. Mazur V., Chahraoui K., (2008). Psychopathologies des demandeurs d'asile accueillis en République slovaque. *Annales médico-psychologiques* 169. doi: 10.1016/j.amp.2010.05.012.

But: Cette étude cherche à mettre en avant des troubles psychiques tels que l'ESPT et les troubles anxiodépressifs chez les demandeurs d'asile. Ces personnes ayant généralement vécu des événements traumatiques, cette étude cherche à mettre en évidence la prévalence de la psychopathologie.

Méthode: 40 demandeurs d'asile de plus de 18 ans.

Méthode mixte quantitative et qualitative:

Trois questionnaires avec un entretien individuel expliquant le cadre de l'étude (durée, but, signature de la personne pour consentement).

«Questionnaire 1 (GHQ): de santé générale de Goldberg et Williams». C'est un questionnaire auquel la personne répond de manière autonome et qui vise à évaluer son état psychologique et physique. Il questionne également la personne sur sa vie et les événements vécus.

«Questionnaire 2 (QSPT): de Jehel et al. Vise à détecter des signes de traumatisme et leur intensité.

«Questionnaire 3 Anamnétique de Guelfi et al: Vise à mieux connaître le parcours de vie de la personne ainsi que celui de sa famille. Il estime également le type de maladie éventuelle ainsi que ses causes.

Suite à ces questionnaires, deux échelles sont utilisées afin de compléter le recueil de données: «Echelle de Dépression MADRS, Echelle d'appréciation de l'anxiété HAS».

Un souci d'adaptation culturelle est mis en avant suite à l'évaluation à l'aide de ces échelles avec un entretien qui dure minimum deux heures avec la personne. Une psychologue clinicienne travaillant avec les requérants d'asile est présente. Cette étude est qualitative.

Résultats: 27 hommes et 13 femmes consentants.

Tous révèlent des événements traumatiques.

52.5% estiment qu'ils souffrent d'une maladie psychologique.

62% pensent qu'ils souffrent de troubles psychiques qu'ils attribuent à 52.4% au deuil suite au décès d'un proche.

62% mettent l'accent sur des soucis de type administratif/judiciaire.

52.4% disent avoir des problèmes psychologiques suite au départ de leur pays.

Questionnaire GHQ: moyenne: 70% des participants vont d'une détresse modérée à sévère. Note supérieure à 4 (seuil). Seulement 5% d'entre eux ont été suivis psychologiquement.

Entretiens: Les personnes n'expriment pas spontanément leur vécu, mais suite aux entretiens les auteurs précisent que 50% des participants ont vécu des événements traumatiques comme par exemple : violences physiques et/ou sexuelles, ont vécu de la torture, ont vécu la prison.

Questionnaire QSPT: 86.6% ont vécu un sentiment d'horreur entraînant reviviscences, évitement, manifestations neurovégétatives. 100% craignent la fin de la journée et la nuit qui tombe et ressentent la peur de dormir.

Le diagnostic d'ESPT peut être établi chez 86,7% des participants, selon ce questionnaire au moment de l'événement et quelques mois après. Aujourd'hui, il peut être établi pour 53% des personnes interrogées.

Echelle de dépression MADRS: score >84 chez 15% des participants. Les idées suicidaires sont exprimées chez des femmes ayant vécus des violences sexuelles. 65% sont dépressifs majeurs d'après le DSM-IV_TR et 67,5% sont au-dessus du seuil de l'échelle MDRS soit >20. Score moyen de cette échelle: 26.

Echelle de HAS: 42.5% dépassent la note seuil de cette échelle soit 20.

Intérêt pour le TdB: Cet article est pertinent, car il reflète le besoin d'axer les soins, auprès de cette population, sur l'aspect psychiatrique. En effet, il apparaît que sur un échantillon de requérants d'asile, plus de la moitié souffre ou a souffert d'événements traumatiques et anxiogènes. L'étude et la discussion mettent en avant la perte de repères dans toute la procédure de changement de vie, de pays. La perte de proches, les vécus traumatiques, la violence ou encore le manque de ressources primaires comme la nourriture par exemple ne sont pas les seules causes d'un état dépressif ou d'anxiété. Le voyage, l'attente, le manque de repères une fois parti de son pays, la non reconnaissance du pays d'accueil ainsi que toute la longue procédure de demande d'asile entraînent également des troubles psychologiques chez ces personnes. D'où l'importance pour les soignants d'axer leur prise en soins en tenant compte de tous ces éléments. Une question primordiale est posée dans cette discussion finale. Comment est-il possible de recenser autant de syndrome de stress post-traumatique dans un échantillon alors que les demandes et les soins apportés au niveau psychiatriques sont moindres? Peut-on en conclure que la demande ou le besoin n'est pas possible face à l'accès aux soins psychiatriques?

10. Ouimet M-J., Munoz M., Narasiah L., Rambure V. & Correa A (2006). *Pathologies courantes chez les demandeurs d'asile à Montréal*. Accès <http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAQ&url=http%3A%2F%2Fjournal.cpha.ca%2Findex.php%2Fcjph%2Farticle%2Fdownload%2F1696%2F1880&ei=TbTkU8joBlqp7AaDrIDQAg&usg=AFQjCNHoQoLibeHfUP47ckackaNJN1uBNQ&sig2=hhBGeoAzJ214R3GgtCTy-Q&bvm=bv.72676100,d.ZGU>

But: Le service de santé du PRAIDA à Montréal dépiste les maladies chez les requérants d'asile. Cette étude montre la prévalence des maladies et les facteurs de risques chez les personnes ayant fait un long voyage dans le but d'atteindre un pays d'accueil comme le Canada.

Méthode: Etude quantitative

Suite à l'entrée dans le pays, le Canada prodigue un examen médical aux requérants d'asile. Dans cette étude, les dossiers médicaux des années 2000 à 2004 sont étudiés et les résultats sont classés en deux variables.

- Les facteurs de risque (sexe, âge, continent d'origine, durée du séjour au Canada, motif de la consultation initiale)
- Les pathologies (diagnostic psychiatrique posé suite à une entrevue clinique)

Analyses statistiques effectuées avec un logiciel SAS

Intervalle de confiance à 95%

Seuil de signification : $p < 0,5$

Résultats: Echantillon: 289 patients=6,8% de nouveaux patients durant cette période.

Hommes : 57%, Femmes : 43%

20 et 40 ans : 66%

44 pays différents: Asiatiques (53%) (principalement des hommes) et Africains (38%) (principalement des femmes) sont majoritaires.

Durée de séjour: de 0 jour à 7ans et 10 mois.

Motifs de consultation: 25,3% douleurs corporelles, 22,8% troubles psychologiques

Consultations pour troubles psychologiques: Diagnostic psychiatrique posé chez 59,4%: dépression 14,9%, ESPT 26,6%

Consultations pour autres motifs (164 patients): Diagnostic psychiatrique posé chez 48,7%.

Les asiatiques sont trois fois plus susceptibles d'avoir un diagnostic psychiatrique que les africains. Et toujours en comparaison avec les africains, les sud-américains sont quatre fois plus susceptibles d'avoir un diagnostic psychiatrique.

Intérêt pour le TdB: Cet article est pertinent, car il démontre bien le taux élevé de prévalence en maladies psychiatriques chez les requérants d'asile.

Il nous permet d'avoir des chiffres sur le taux de consultation qui ont abouti à un diagnostic psychiatrique sur un temps donné.

Il confirme ainsi la nécessité du dépistage précoce dans cette population de certaines maladies comme la dépression, l'ESPT, le trouble d'adaptation et les autres troubles anxieux.

11. Johnson J. (2012) How can western providers adapt their techniques when working with the Hmong population in a mental health setting?. *Master of Social Work Clinical Research Papers. Paper 42*. Accès

http://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1042&context=msw_papers

But: Explorer la sensibilité culturelle chez les prestataires (de soins) occidentaux travaillant avec le groupe culturel Hmong (ethnie venant des régions montagneuses de la Thaïlande, du Laos, de la Chine et du Vietnam).

Cette étude qualitative est menée aux Etats-Unis, dans l'état du Minnesota.

Méthode: N= 9

Un questionnaire comprenant 13 questions sur les compétences culturelles des prestataires interviewés et sur la symptomatologie de la population Hmong.

Les résultats ont été codés puis comparés entre eux avec la méthode d'analyse qualitative de contenu utilisée principalement en science sociale et humaine.

Il n'y avait aucun critère d'exclusion. Des hommes (3) et des femmes (6) ont été interviewés. Dans les thérapeutes, il y avait 9 caucasiens et 1 Hmong. Cependant, les participants ont été choisis en fonction de leur expérience de travail avec les réfugiés et la population Hmong.

Résultats: Les thérapeutes avaient en moyenne 6 ans d'expérience et la moyenne d'âge était de 40 ans. Tous avaient des licences en psychothérapie, psychologie ou des Master en psychologie. Quatre des prestataires avaient des doubles diplômes.

Neuf thèmes sont ressortis des interviews:

- Les diagnostics: la majorité des participants ont traité la dépression, l'anxiété et l'ESPT.
- La reconnaissance des symptômes de santé mentale: 4/9 participants parlent de reconnaissance de la santé mentale par le biais des plaintes somatiques (douleurs, insomnies, douleurs de dos, engourdissement des bras et des doigts). De plus, des informations ont pu être obtenues lors d'interviews sur les activités de la vie quotidienne (Isolement? Prendre soins d'eux? Comment est construit leur quotidien?). Certains patients parlent de maux de cœur quand le thérapeute lui demande comment il se sent. De là, le thérapeute pose plusieurs questions relatives à la douleur présente au cœur pour écarter les pistes d'une éventuelle maladie somatique. Les Hmong ne définissent pas leurs symptômes avec les mêmes termes que ceux des pays occidentaux. Leurs symptômes se manifestent plus par des plaintes somatiques. Il est donc essentiel pour les thérapeutes d'être conscient de cette particularité-là.

- Les obstacles ou les barrières face aux traitements: Les interprètes peuvent être des obstacles aux traitements s'ils ne sont pas suffisamment qualifiés dans le domaine médical. De plus, le manque de connaissance de certains clients sur les méthodes thérapeutiques occidentales peut être un frein. Le niveau d'éducation des clients peut aussi interférer avec la thérapie.
- La considération culturelle: Pour augmenter la sensibilité culturelle, il est impératif de prendre connaissance de la culture et des croyances en se renseignant, en posant des questions, en montrant de la compassion pour la culture de l'Autre et du respect. L'importance est de ne pas rester dans le moule du prestataire de santé mentale européen mais de penser plus loin et d'apprendre ce qu'est un immigrant, de réussir à développer une certaine sensibilité à l'Autre. De plus, le thérapeute doit montrer aussi une ouverture à d'autres pratiques comme le shamanisme qui est très présent dans la culture Hmong. Accepter aussi le fait que la culture de l'autre est fondamentalement différente de la nôtre et être capable de se décentrer pour mieux comprendre.
- Les shamanes: Les participants demandent toujours aux clients leurs croyances et s'ils ont recourt au shamanisme. Ils ne voient pas de problèmes à combiner leur thérapie avec une thérapie shamanique. Les participants prennent en compte l'aspect spirituel qu'ils trouvent comme étant un aspect essentiel de la thérapie. Il semble donc qu'il n'y a pas de conflit entre les méthodes traditionnelles et les thérapies occidentales.
- Les modalités de traitement: Le traitement le plus utilisé est la TCC. Les autres thérapies utilisées sont la relaxation, les groupes et des exercices pour favoriser les capacités d'adaptation. La thérapie de groupe est utile pour les clients n'ayant pas un haut niveau d'éducation.
- L'efficacité du traitement: Les clients montrent une amélioration dans leurs affects. Certains clients offrent des cadeaux, d'autres, ne viennent plus en thérapies. De plus, les clients ont eux-mêmes exprimé leur satisfaction. Enfin, les clients ont noté que leurs besoins primaires avaient été pris en compte dans les thérapies. Cela peut être la clef essentielle pour l'amélioration de l'état de santé mentale.
- Les barrières contre la guérison: les principales sont l'acculturation, la pauvreté et l'isolement. Les participants expliquent aussi que certains clients résistent à la thérapie pour garder leur „handicap“ et donc conserver ainsi l'attention de leur famille, ce qui leur procure une certaine sécurité. Un seul participant parle du problème de la langue et du manque d'éducation comme barrière à la guérison. L'enjeu pour le thérapeute est de reconnaître la principale barrière qui empêche la guérison et de bien mesurer les besoins essentiels de chaque client avant le début d'un traitement.

- La famille: Dans la culture Hmong, la famille a une grande importance. L'inclure dans la thérapie permet de la faciliter, mais peut produire aussi un certain stress. Certains clients amènent des membres de leur famille avec eux, d'autres parlent beaucoup de la hiérarchie ou parlent de problèmes familiaux qui causent des stress importants. La perte d'un membre de la famille à la guerre ou par famine et une différence du niveau d'acculturation entre génération sont aussi des sujets rapportés par les clients.

Intérêt pour le TdB: développer une sensibilité culturelle pour pouvoir comprendre les principaux besoins des migrants dans le but de trouver un traitement adéquat. Si le thérapeute encourage le client et respecte sa culture, cela peut favoriser l'acculturation. La sensibilité culturelle se développe en apprenant de la culture de l'autre, en étant dans le respect et la compassion. Être ouvert à des thérapies se rapprochant plus de la spiritualité comme le shamanisme, semble également très efficace.

Prendre en compte l'aspect socio-économique et inclure la famille dans la thérapie.

Mettre en évidence le fait que plusieurs cultures non occidentales manifestent des symptômes somatiques qui sont souvent liés à de la détresse psychique.

Essayer de déceler pourquoi il y a une telle résistance de la part de groupes culturels venant d'Asie concernant les traitements occidentaux. Les thérapeutes devraient essayer de comprendre ces différentes réticences à travers leur prise en soins.

L'importance des besoins des clients doit être évaluée avant de commencer un traitement car bien souvent, les problématiques sociales et économiques sont les soucis les plus immédiats des clients.