

h e d s

Haute école de santé
Genève

Filière Soins infirmiers

L'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER RECOURS POUR LES PERSONNES MIGRANTES

Travail de Bachelor

Abosede Ogunlade
N° matricule : 4070016453

Jessica Rey
N° matricule : 4070011895

Directrice: Falta Boukar, RN, MScSI, Adjointe Scientifique

Membre du jury externe: Sonja Vincent-Suter, RN, MScSI, Infirmière spécialiste
clinique pour le VIH/SIDA

Genève, le 18 juin 2016



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

Fait à Genève, le 18 juin 2016

Abosedede Ogunlade

Jessica Rey

REMERCIEMENTS

Nous souhaiterions remercier toutes les personnes qui de par leurs conseils, leur aide et leur soutien, nous ont permis de réaliser ce travail de bachelor au sujet des soins de premier recours auprès des personnes migrantes.

Merci à Falta Boukar, notre directrice de travail de bachelor, pour ses savants conseils et son temps consacré à notre accompagnement.

Merci à Noelia Déléicado, ayant contribué à la correction d'une partie de la rédaction, pour son aide et sa disponibilité.

Merci à l'équipe du CAMSCO de nous avoir accueillies pour une demi-journée d'observation au sein de leur établissement, nous ayant permis ainsi de nous imprégner de notre sujet de travail de bachelor et de mieux comprendre l'organisation des soins au sein du réseau genevois. Merci pour leur accueil et leur amabilité.

Finalement, un grand merci à nos parents, frères et sœurs, et amis, pour leur soutien et encouragements tout au long de cette formation HES et dans l'élaboration de ce travail.

RÉSUMÉ

Contexte : La migration est un phénomène en augmentation continu dans la société actuelle. Il est d'autant plus présent en Suisse, étant située à un point stratégique de l'Europe. Sans avoir une autre issue pour survivre, ou dans l'expectative d'un futur meilleur, les migrants arrivent dans leur pays d'accueil avec des attentes et des besoins. Dû à la précarité et la vulnérabilité souvent présente dans cette population, la prise en soin par les professionnels de santé est nécessaire. De par leur rôle de premiers interlocuteurs dans un système de santé complexe en Suisse, les infirmiers de premiers recours ont un important rôle dans le suivi des besoins de santé des migrants. Cependant, en raison de diverses barrières, les migrants peuvent rencontrer des difficultés à accéder et à s'orienter dans le réseau de soins. Pour prodiguer des soins de qualité, ces barrières doivent être surmontées. Pour ce faire, selon la théoricienne Campinha-Bacote, les infirmiers de premiers recours devraient développer leurs compétences culturelles.

But : Cette revue de littérature a pour objectif d'explorer les effets des compétences culturelles dans la prise en soins des migrants. De plus, elle met en évidence les possibilités de réforme dans le système, de nouvelles stratégies et d'outils qui favorisent l'accès aux soins des migrants et améliorent leur expérience au sein du système de santé.

Méthode : La recherche des articles analysés s'est faite sur les bases de données PUBMED et CINHAL. Sept études, effectuées dans cinq pays différents, et publiées entre 2010 et 2015, ont été sélectionnées sur la base de notre question de recherche : « Dans quelle mesure la compétence culturelle serait-elle un outil pour promouvoir l'accès aux soins de premier recours des populations migrantes? » Ces articles décrivent les barrières empêchant l'accès à des soins de qualité pour la population migrante, du point de vue des migrants et des soignants, ainsi que les possibles solutions et outils pour faire face aux difficultés.

Résultats : Les articles révèlent un moins bon état de santé chez les personnes migrantes que chez les autochtones, cependant paradoxalement, les consultations auprès de professionnels de santé ne sont pas plus élevées chez les migrants (OFS, 2011). Au travers des études, il est mis en avant que ceci est dû à des barrières propres aux migrants, aux soignants, ainsi qu'au système de santé. De plus, les

articles ont démontré qu'en adoptant le modèle de soins transculturels de Campinha-Bacote, les infirmiers sont habilités à prendre conscience de ces barrières, et à comprendre les besoins et les attentes de chaque migrant de façon individuelle. Cela amène à un meilleur accès aux soins pour la population migrante et une diminution de leur vulnérabilité.

Conclusion/limites : Cette revue de littérature montre que le modèle de Campinha-Bacote est un outil pertinent pour surmonter les barrières qui diminuent la qualité des soins adressés aux personnes migrantes. De plus, les articles ont mis en avant d'autres stratégies et outils. Cependant, comme il s'agit d'un sujet d'investigation récent, les articles proviennent d'autres pays que la Suisse, malgré que les résultats puissent être transposables à la population suisse.

MOTS CLÉS

Le travail est référencé avec les mots clés suivants : *migrants, compétence culturelle, soins de premier recours.*

SUMMARY

Abstract : The continual worldwide increase of migrants has never been a more pertinent issue than it is now, even more so in Switzerland which is situated in a strategic point in Europe. Whether it be out of choice or to flee for their lives, the migrant person enters his/her adoptive country with needs and hopes. Because of the precarious situation of most migrants, attention from healthcare providers is one of those needs, be it for preventive or curative care. Because of their frontline role, primary care nurses have a central role to play in fulfilling the health care needs of migrants. However, because of the diverse barriers, migrants have difficulties adhering to treatment, adopting preventive methods but more especially, accessing and navigating the health care system. These barriers need to be addressed to assure effective care of migrants. According to Campinha-Bacote, the primary care nurse would have to develop cultural competencies to do this.

Goal : In this literary survey, the effects of cultural competencies along with reforms in the health care system and other strategies to increase migrant access to healthcare and their experience in the healthcare system are explored.

Method : Different articles were gathered and analyzed from diverse databases such as PUBMED and CINHALL. Finally 7 articles, published from 2010 to 2015, from 5 countries that corresponded the most with our research question were chosen. These articles describe barriers migrants and health care providers face that impede migrant as access to quality healthcare, and possible solutions to overcome them.

Results : The articles assembled reveal a lower healthy quality amongst migrants than the natives (no matter the country) and a decreased access to health amongst the former. This decreased access is due to different barriers inherent to migrants, healthcare providers and the healthcare system itself. However, adopting the Campinha-Bacote Model of Transcultural care, nurses are in a better position to identify and overcome these barriers and also to understand the unique needs and expectations of each migrant. This will lead to a better access to and use of the healthcare system by migrants and a general decrease of their vulnerability.

Conclusion, strength and limites: This literary survey revealed the fact that the Campinha-Bacote model is a very useful tool for surmounting barriers that hinder

quality healthcare delivery when it comes to migrants. In addition, other strategies were presented in our articles. However, being a new subject still, most of the articles came from countries other than Switzerland. That being said, the results are still transposable to the Swiss population.

KEYWORDS

This work is referenced with the following words : *migrants, cultural competency, primary healthcare.*

LISTE D'ABRÉVIATIONS

CAMSCO	Consultations Ambulatoires Mobiles de Santé Communautaire
HCR	Haut-Commissariat de l'ONU pour les Réfugiés
IOM	Organisation Internationale pour les Migrants
OCSTAT	Office Cantonal de la Statistique
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PSM	Programme santé migrant
SEM	Secrétariat d'Etats aux migrations

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Définitions des statuts migratoires (UNHCR, 2015).

Tableau 2. Tableau synoptique

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Part de la population résidente permanente étrangère en Suisse (OFS, 2015).

Figure 2. Diagramme de flux

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	11
2. PROBLÉMATIQUE	14
2.1 CONTEXTE	14
2.1.1 POPULATION MIGRANTE	14
2.1.2 POLITIQUE MIGRATOIRE ET SYSTÈME DE SANTÉ	16
2.2 DÉFIS DES MIGRANTS	17
2.3 MÉDECINE DE PREMIER RECOURS	19
2.3.1 IMPACT DE LA CULTURE	21
3. ANCRAGE SELON CAMPINHA-BACOTE	22
3.1 L'ORIGINE DU MODÈLE	22
3.2 LA COMPÉTENCE CULTURELLE SELON CAMPINHA-BACOTE	25
4. QUESTION DE RECHERCHE	26
5. MÉTHODE	27
5.1 MÉTHODE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	27
5.2 DIAGRAMME DE FLUX	28
5.2.1 CARACTÉRISTIQUES DES ARTICLES RETENUS	29
6. RÉSULTATS	31
6.1 TABLEAU SYNOPTIQUE	31
6.2 ANALYSE CRITIQUE	33
6.3 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	40
7. DISCUSSION	42
7.1 INFIRMIERS DE PREMIER RECOURS	42
7.2 SYSTÈME DE SANTÉ	46
7.3 MIGRANTS	48
8. CONCLUSION	49
8.1 FORCES ET LIMITES	49
8.2 RECOMMANDATIONS	50
9. BIBLIOGRAPHIE	51
10. ANNEXES	53
10.1 TABLEAUX SYNTHÉTIQUES	53
10.2 PROPOSITION PERSONNELLE D'OUTIL SCIENTIFIQUE : PROPOSITION D'ANAMNÈSE	67

« La culture est la possibilité même de créer, de renouveler et de partager des valeurs, le souffle qui accroît la vitalité de l'humanité. »

Proverbe africain

1. Introduction

La migration a toujours été un phénomène présent dans notre société, mais de nos jours, ce dernier prend une ampleur sans précédents et soulève une nouvelle problématique dans les soins (Longerich, 2014).

En effet, les populations de différents pays ont connu une grande diversification, et la multi-culturalité est devenue une partie intégrante de la société. Néanmoins, avec cette mixité apparaît une nouvelle réalité: la nécessité de s'intéresser et surtout de connaître l'autre pour avoir des rapports paisibles et constructifs. Cette réalité est aussi un besoin dans les institutions sanitaires qui doivent s'ouvrir à une population avec des différences de culture, de langue, d'éducation et de système de référence. Autour de ces différences peuvent se créer des barrières entravant des soins de qualité et limitant ainsi un accès aux soins pour les migrants (Longerich, 2014). En effet, les migrants ont un état de santé moins bon que celui des autochtones, mais paradoxalement, ils consultent moins. Il convient donc de se questionner sur leur prise en soin (OFS, 2011).

Il est pertinent de s'intéresser aux infirmiers¹, surtout dans les soins de premier recours puisqu'ils sont en première ligne des soins prodigués aux personnes migrantes et les premiers interlocuteurs en cas de problème de santé (Longerich, 2014).

Ce travail est articulé de la manière suivante : il commence par énoncer le contexte migratoire ainsi que les barrières pouvant entraver la prise en soins des migrants. Il développe ensuite les défis et les difficultés rencontrés par les soignants et explique le concept de soins de premiers recours. Puis, la compétence culturelle selon Campinha-Bacote, qui est la ligne directrice du travail est introduite pour en arriver à la question de recherche. S'ensuivent la méthodologie de recherche, les résultats, ainsi que la discussion.

¹ De manière générale, les textes qui suivent incluent toujours les personnes de sexe féminin.

2. Problématique

2.1 Contexte

Selon l'Organisation Internationale pour les Migrations (IOM, 2007), la migration est le mouvement d'une population d'un pays à un autre indépendamment de sa cause, sa composition et de sa durée.

En Europe, elle a connu sa première hausse pendant les années quarante et elle a beaucoup fluctué pendant la deuxième partie du 20ème siècle. Ces grandes vagues sont surtout dues à la situation économique défavorable du pays d'origine des migrants et à la politique changeante des pays d'accueil. Ces tendances, ainsi qu'un taux de natalité élevé et un faible taux de mortalité parmi les migrants, ont fait que beaucoup de pays en Europe aient une proportion de population migrante très élevée (OFS, 2015).

De par sa situation géographique et l'attrait qu'elle représente, la Suisse est loin d'être épargnée par le phénomène migratoire. De plus, au courant de ce 20ème siècle, le pays a subi d'importantes variations dans sa population étrangère dues à la situation économique et politique de l'Europe, comme le démontre la figure ci-dessous. On peut observer que de 1940 à 2014, la population migrante a augmenté de 20% dans la population totale de la Suisse, et que cette courbe continue de croître. Il en résulte qu'une grande proportion de la population suisse est issue de la migration (OFS, 2015).

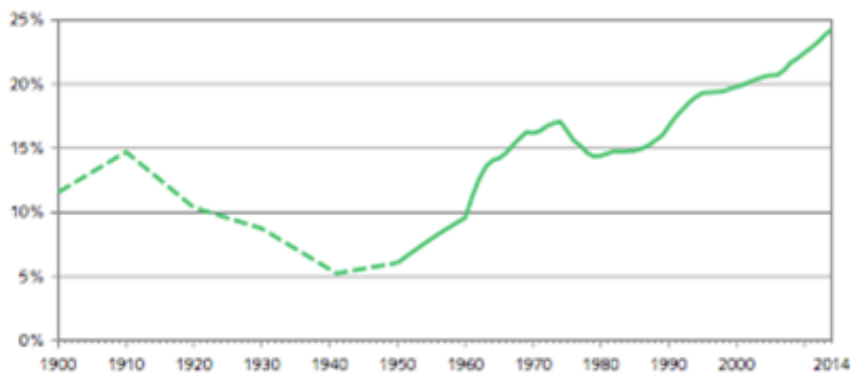


Figure 1: Part de la population résidente permanente étrangère en Suisse (OFS, 2015)

2.1.1 Population migrante

On définit un migrant comme une personne qui se déplace de son lieu de résidence vers un autre pays ou région pour améliorer sa situation économique et/ou sociale. Il s'agit d'un déplacement volontaire qui a généralement pour but d'améliorer les opportunités de vie de la personne migrante ou de sa famille. Une fois que le migrant s'est établi dans son pays d'accueil, il est appelé également "immigré" (IOM, 2007). Le nombre de migrants est élevé en Europe, avec plus de 430.000 migrants et réfugiés arrivés de janvier à septembre 2015, selon les estimations de l'IOM (IOM, 2015).

Le Haut-Commissariat de l'ONU pour les Réfugiés (HCR, 2015), considère que ce continent est en train de vivre une nouvelle vague d'immigration concernant essentiellement les populations en provenance de la Syrie (50%), suivi des Afghans (13%), des Erythréens (8%), des Nigériens (4%) et des Somaliens (3%). Ceci s'explique principalement par le fait que la population Syrienne souffre à cause de guerres civiles ayant éclaté en mars 2011, les obligeant à fuir leur pays. L'Afghanistan et l'Erythrée sont eux aussi des pays qui sont en guerre ou sous un régime dictatorial (SEM, 2015).

À l'échelle nationale, d'après l'Office Fédéral des Statistiques (OFS), en 2014, la population issue de la migration représentait 24,3% de la population Suisse. Il s'agit de l'un des pays européens avec le taux le plus élevé de population étrangère qui est en constante augmentation depuis les années 40. Et du fait que Genève soit une ville frontalière, les statistiques y sont encore plus élevées et indiquent que 41% de sa population est issue de la migration (OCSTAT, 2015).

Comme le démontre le Tableau 1, au sein de cette population, on distingue différents statuts migratoires: les apatrides, les requérants d'asile, les migrants économiques, les migrants se déplaçant pour des raisons professionnelles, les migrants en situation régulière, les étrangers naturalisés et les migrants en situation irrégulière. En Suisse, 43,3% des migrants viennent de trois pays: l'Italie (15,3%), l'Allemagne (14,9%) et le Portugal (13,1%). En revanche, ces statistiques ne prennent pas en compte les migrants non-déclarés ou sans permis de séjour (OFS, 2015).

Tableau 1. *Définitions des statuts migratoires* (UNHCR,2015).

Statut migratoire	Définition
Apatride	Ne possède aucune nationalité légale
Requérant d’asile	Exposé à de sérieux préjudices dans leur pays, effectue une demande d’asile dans un autre pays (En Suisse, il est autorisé à rester dans le pays tout le temps de la procédure d’asile).
Réfugié	Se trouve hors du pays dont il possède la nationalité, car il y est exposé à des préjudices dus à sa race, religion ou opinions politiques.
Migrant en situation régulière	Possède un statut légal (divers types de permis de séjour)
Migrant en situation irrégulière, “sans-papiers”	Ne possède pas de statut légal, pas de permis de séjour
Étrangers naturalisés	Étranger ayant obtenu la nationalité de son pays d’accueil

2.1.2 Politique migratoire et système de santé

Avec l’augmentation des mouvements migratoires, la migration est devenue un vrai enjeu politique. Le système de santé diffère d’un pays à un autre et dépend des politiques mises en place par le gouvernement de chaque pays (Poduval et al., 2015). À l’échelle internationale, la majorité des États adoptent des restrictions sur la migration dans le but de défendre les intérêts des autochtones, malgré qu’ils aient le devoir de protéger les personnes menacées et leur permettre l’asile. Chaque pays adopte donc ses propres stratégies politiques en matière de migration (SEM, 2015).

Malgré une politique qui semble favorable pour les migrants en Suisse, les campagnes politiques actuelles induisent l’idée de fermeture des frontières et de limitation des ressources financières et sociales accordées aux migrants. De cette manière, de nombreux préjugés sont véhiculés à la population : « On est envahis par les

migrants », « Ils viennent prendre nos emplois », « Ils viennent profiter de notre système social », voire même « Parmi les réfugiés, il y a des terroristes et des criminels » (CIRE, 2015). Ceci ne facilite pas l'intégration des migrants dans la société.

D'autre part, leur intégration reste difficile, car le système de santé Suisse est d'une grande complexité, et s'y orienter peut représenter un vrai défi pour les personnes migrantes. Premièrement, selon la loi sur l'assurance (LAMal), les soins médicaux ne sont pas gratuits, hormis des cas bien précis, et l'assurance maladie de base est obligatoire pour toute personne vivant en Suisse y compris les migrants en situation irrégulière. Le choix de l'assureur pour l'assurance de base est libre, mais il existe une telle diversité d'assureurs que cela complexifie ce choix. Il n'est pas facile non plus de savoir quelles prestations de soins sont prises en charge ou non par cette assurance de base (assurance-info, 2016). D'autre part, il existe de nombreuses infrastructures dans le système de santé suisse, ce qui rend d'autant plus difficile pour une personne qui vient d'un autre pays de savoir où et vers qui se diriger lorsqu'elle présente un problème de santé.

Par ailleurs, les migrants arrivent souvent dans leur pays d'accueil déjà en situation de précarité et de vulnérabilité due aux causes de l'immigration. Certains espèrent trouver un travail afin de subvenir aux besoins de leur famille restée dans leur pays d'origine, d'autres cherchent à fuir une guerre ou une politique dictatoriale (Poduval et al., 2015). Leur vulnérabilité est accentuée par une politique de santé durcissant de plus en plus ses lois en matière de migration. Cela ne fait qu'augmenter l'anxiété face à l'incertitude. De plus, la stigmatisation sociale et ces souffrances ont des conséquences sur la santé physique et psychique des personnes migrantes. Ce durcissement entraîne une peur de la discrimination sociale chez les migrants et la peur d'être renvoyés dans leur pays qui a comme conséquence une utilisation inadéquate du système de santé (Revue médicale, 2008).

2.2 Défis des migrants

D'après plusieurs études menées auprès de migrants en situation irrégulière, notamment une qualitative menée par Saint-Jean et al. (2011) aux Etats-Unis, une recherche effectuée par Bachmann, Völkner, Bösner, et Donner-Banzhoff (2014) en Allemagne, une autre étude quantitative menée par Poduval et al. (2015) aux Etats-Unis, ainsi qu'une dernière menée par Pivnick, Jacobson, Blank, et Villegas (2009) aux

Etats-Unis, les facteurs qui entravent l'accès aux soins des migrants s'articulent autour de deux axes:

D'une part, **la compréhension du système de santé et la gestion de la santé**

- **Le niveau d'éducation**, étant un indicateur de connaissances d'une personne par rapport à sa santé et les facteurs de risques liés à celle-ci. Selon l'étude, les migrants qui consultent le moins sont ceux qui ont arrêté leur scolarité après l'école primaire ou après l'école obligatoire (Saint-Jean et al., 2011).
- **Les barrières de communication** sont liées à un manque de compétences linguistiques (Saint-Jean et al., 2011). Ce manque génère un déficit d'information chez les migrants ainsi qu'une compréhension partielle ou une incompréhension totale des attentes et des besoins du patient par les soignants menant à une frustration des deux côtés. Le résultat est une relation patient-soignant inefficace et une insatisfaction vis-à-vis du système de santé de la part des migrants (Bachmann, Völkner, Bösner, & Donner-Banzhoff, 2014). Ce déficit génère aussi un manque de connaissance du réseau de soins menant à une utilisation peu ou pas adéquate de celui-ci (Poduval et al., 2015).
- **Le statut psychique**: dans leur processus d'adaptation, beaucoup de migrants sont dans un état de détresse psychique, de stress chronique, ou encore de dépression. Cela peut avoir une influence sur comment une personne va comprendre les choses et son adhérence aux traitements ou au suivi médical (Torán-Monserrat et al., 2013).
- **La culture**, détermine la manière dont une personne migrante va aborder le réseau de soins, sa façon de s'exprimer, de comprendre les informations qu'elle va recevoir, ainsi que ses attentes et ses besoins. Selon sa culture, la personne peut avoir des représentations négatives concernant son pays d'accueil qui vont mener à une incapacité à s'acculturer². D'un autre côté, elle peut aussi percevoir des stigmata provenant du pays d'accueil qui vont le décourager à consulter (Saint-Jean et al., 2011). Des préjugés comme par

² S'adapter à une nouvelle culture.

exemple, « Ils sont un danger pour notre économie » ou encore « Ils viennent profiter de notre système social ».

Et d'autre part part **le système de soins et la politique de santé**:

- **Les revenus socio-économiques** représentent une barrière à l'accès aux soins chez les migrants. La majorité des migrants en situation irrégulière n'ont pas le temps de consulter ou de se rendre aux rendez-vous médicaux parce qu'ils travaillent énormément pour combler à leur situation de précarité (Pivnick, Jacobson, Blank, & Villegas, 2009). De plus, les migrants ayant des difficultés financières évitent de consulter s'ils ne se trouvent pas dans un réel état d'urgence (Poduval et al., 2015).
- **Le statut légal** des migrants est un facteur déterminant majeur dans l'utilisation du réseau de soins (Saint-Jean et al., 2011). En effet, les migrants qui sont dans une situation irrégulière ont moins tendance à consulter que les migrants en situation régulière pour éviter de se faire déporter (Poduval et al., 2015).

D'après ces facteurs, il semble évident que les migrants ont d'autres priorités au quotidien que leur état de santé. Ces défis engendrés par leur précarité et leur vulnérabilité peuvent diminuer l'envie de consulter, ainsi que l'adhérence aux soins (Saint-Jean et al., 2011). Pour favoriser l'accès aux soins pour les migrants, il est donc important de s'intéresser aux premiers interlocuteurs du réseau de santé: les soignants de la médecine du premiers recours.

2.3 Médecine de premier recours

La médecine de premier recours est un des concepts de la médecine moderne réunissant la promotion et prévention de la santé, ainsi que des interventions de diagnostic, traitement ou d'orientation que reçoit toute personne indépendamment de son parcours thérapeutique (WHO, 2008). Elle est le point d'entrée dans le système de santé, pour cela il semble essentiel de prodiguer des soins de qualité, complets et intégrés pour une utilisation adéquate du système de santé par le patient (Poduval et al., 2015).

Une autre composante importante de la médecine de premier recours est la notion de suivi du patient. Un mauvais suivi des migrants, surtout ceux qui ont une maladie chronique ou infectieuse, augmenterait les coûts de la santé et aurait des conséquences sur la santé publique en général. En effet, le fait que les migrants consultent uniquement lorsqu'ils sont vraiment malades favorise le gaspillage des ressources et soulève un risque de transmission de maladie au niveau de la population dans le cas des maladies infectieuses (Poduval et al., 2015). L'importance de la promotion et la prévention de la santé auprès de la population migrante, faisant partie des concepts clés de la médecine de premier recours, prend donc son sens.

Selon une étude qualitative faite par l'Office de la Santé Publique Suisse en 2004 dans le cadre du programme Migration et Santé – le GMI, l'état de santé physique et psychique des migrants est moins bon que celui de la population autochtone. Néanmoins, l'utilisation du réseau de santé n'est pas plus marquée chez les migrants. Il existe donc des inégalités entre les migrants et les autochtones (OFS, 2011) et les efforts pour faciliter l'intégration des personnes migrantes dans le réseau semblent peu efficaces. Ces inégalités ont une cause multifactorielle et sont dues aux différentes barrières des migrants, des soignants et du système (Saint-Jean et al., 2011).

Les infirmiers de premier recours font partie de la première ligne de soignants que le patient rencontre lorsqu'il présente un besoin de santé. De ce fait, ils sont garants d'assurer l'orientation adéquate des personnes migrantes dans le réseau de soins, ainsi que la bonne compréhension du système de santé souvent complexe. Il se pourrait, en effet, que la première impression que ces derniers vont retenir des soins offerts par le système de santé, joue un rôle déterminant quant à leur compliance thérapeutique et leur intégration au système de soins par la suite. Prendre en compte et comprendre le contexte et la réalité du patient, pour assurer des soins globaux et centrés sur la personne semble primordial (WHO, 2008).

En tenant compte du nombre toujours croissant de consultations en médecine de premier recours par les migrants, l'approfondissement des connaissances culturelles auprès des soignants et des prises en soins multiculturelles pourrait avoir de nombreuses conséquences positives. Notamment, cela pourrait avoir des répercussions sur la compréhension des besoins des migrants, la gestion des situations et du temps pour les soignants, ainsi que probablement sur l'utilisation efficiente des ressources. Le but final serait l'optimisation de la qualité des soins,

l'efficience du système avec une diminution des coûts de la santé, et l'intégration des personnes migrantes au système de santé (Torán-Monserrat et al., 2013).

2.3.1 Impact de la culture

Selon Ingram (2014), la hausse des mouvements migratoires dans le monde provoque l'accroissement des minorités ethniques. Sachant que la culture affecte la façon de voir le monde d'une personne, l'importance qu'elle attache à la santé et comment elle aborde le système de santé, le défi des soignants serait le suivant: de prodiguer des soins en accord avec la culture du patient. En effet, il y a un lien très fort entre la culture des patients et leur santé. Les infirmiers culturellement compétents sont primordiaux pour établir des relations de soins basées sur la confiance et le respect avec les migrants ce qui favoriserait l'accès aux soins de ceux-ci dans le système de santé. Ingram (2014) préconise aussi la considération des barrières pouvant entraver la prise en soins. Selon elle, l'accès aux soins pour les migrants se base principalement sur la signification que les migrants donnent à leur maladie ainsi que leur compréhension du système de santé. En évaluant ces derniers, l'infirmier aurait une prise en soin plus efficace. Être compétent est donc l'habilité à piocher dans les croyances et les habitudes de la personne pour aller au-delà des obstacles (Ingram. 2014).

Selon l'étude mixte de Casillas et al. (2014), menée auprès des infirmiers de l'hôpital universitaire de Lausanne, les barrières contextuelles dans la prise en soin actuelle des migrants sont notamment le manque de temps accordé aux difficultés culturelles, le manque d'expérience dans la prise en soin de diverses populations, la formation inadéquate sur l'interculturalité, ainsi que la difficulté d'accès à des interprètes lorsqu'il y a une absence de langue commune. Par ailleurs, dans cette étude, les infirmiers ont pour la plupart exprimé leur difficulté dans la prise en soin et leur difficulté à faire entendre leurs besoins en lien avec l'accompagnement des personnes migrantes (Casillas et al., 2014).

3. Ancrage selon Campinha-Bacote

Compte tenu du défi que représente pour les infirmiers la prise en soin de personnes migrantes, il convient de mettre en évidence la plus-value de l'utilisation d'une théorie infirmier. Le fil conducteur de cette revue de littérature est le modèle de Campinha-Bacote, présenté ci-dessous.

3.1 L'origine du modèle

La prise en compte de la culture dans les soins est un concept très récent. Il a été abordé pour la première fois par Madeleine M. Leininger dans les années soixante au travers de sa ***théorie de l'universalité et de la diversité de soins selon la culture***.

Leininger a créé sa théorie dans le but de permettre à l'infirmier de prodiguer des soins culturellement adéquats. En la développant, elle a identifié des concepts, des principes et des théories de soins interculturels pour guider, innover et expliquer la pratique infirmière. Son travail a été une innovation significative dans les soins infirmiers et à travers ce dernier, elle a ouvert la porte à une nouvelle dimension scientifique et humaniste de la prise en soins de personnes avec des cultures différentes ou similaires à celui des soignants. Le but principal de cette théorie est d'établir une base de connaissances dans le but de guider les infirmiers dans la découverte des pratiques basées sur les soins interculturels et l'utilisation de ces derniers (Parker & Smith, 2010, p. 318).

La théorie de l'universalité et de la diversité de soins selon la culture a été développée après la deuxième guerre mondiale lorsque beaucoup d'immigrants et de réfugiés ont commencé à se rendre aux Etats-Unis. C'est en ce moment que Leininger réalisa l'importance des compétences interculturelles chez les infirmiers pour soigner des personnes de diverses cultures du monde entier. Selon Leininger, apprendre à soigner des personnes de diverses cultures était essentiel, néanmoins, beaucoup de soignants n'étaient pas prêts à faire face à ce défi mondial (Parker & Smith, 2010, p. 318).

Malgré les connaissances théoriques et empiriques des infirmiers, Leininger a constaté qu'il y avait une nécessité de développer leurs compétences culturelles pour assurer une prise en charge de qualité pour les personnes migrantes. Néanmoins, d'après la

théoricienne, beaucoup d'infirmiers ne semblent pas avoir les compétences culturelles nécessaires. Ces compétences paraissent inéluctables pour surmonter les barrières linguistiques, culturelles, financières, sociales et psychologiques des migrants. Et ainsi, pouvoir créer une relation de confiance de qualité qui favoriserait une prise en charge répondant aux besoins et aux attentes des patients migrants (Parker & Smith, 2010, p. 318).

Selon Pépin, la théorie de Leininger appartient à l'école du *caring* et s'inscrit, dans le paradigme de *la transformation*. Le paradigme de *la transformation* définit la personne et l'environnement comme un système complexe, indivisible qui s'influence et se développe mutuellement et de façon continue et simultanée (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010). Quant à la pratique infirmière, elle est centrée sur l'expérience de santé. L'infirmier accompagne la personne en misant sur le bien-être tel que la personne et son entourage le définit. Les préoccupations de la personne et de son entourage deviennent donc sa ligne directrice, tout en disposant des connaissances et des compétences nécessaires (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.81). L'école du *caring* se constitue des théoriciennes qui ont essayé de répondre à la question "comment les infirmières font-elles ce qu'elles font?" Elles centralisent le concept de *caring* qui comprend les aspects affectifs ou humanistes et les aspects instrumentaux ou techniques. Selon cette école, se baser sur le *caring* en rajoutant la culture et la spiritualité améliore la qualité des soins (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.69).

À travers sa théorie, Leininger a défini plusieurs termes. La *culture* se définit donc comme des modèles de valeurs, de croyances, de normes, de symboles et de pratiques d'individus, de groupes ou d'institutions. Ils sont appris et partagés entre individus et normalement, transmis d'une génération à une autre (Alligood & Tomey, 2010, p.460).

Quant aux méta-paradigmes, ils se définissent ainsi selon la théorie de Leininger:

- La *santé* est définie comme un état de bien-être qui n'implique pas uniquement l'absence de maladie (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.73). Elle est culturellement constituée, définie, estimée et pratiquée par les individus ou les groupes et par conséquent, sa définition change selon les cultures. Elle permet à la personne et au groupe d'être fonctionnel dans la vie quotidienne (Alligood

& Tomey, 2010, p.461). Dans cette revue de littérature, la santé est considérée comme l'état physique et psychique des migrants.

- La *personne* est un être indissociable de son vécu culturel et habitée par une envie innée de prendre soin des autres. La personne est liée à d'autres concepts: les individus, les familles, les groupes, les communautés et les institutions (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.72). Ces derniers ont des significations différentes selon les cultures. Dans le contexte de ce travail, la personne est le migrant, avec les influences de son parcours migratoire et de sa culture d'origine.
- Leininger définit deux types de soins: les soins professionnels et les soins génériques. Les soins professionnels sont basés sur une science et un art humaniste tandis que les soins génériques sont composés des systèmes traditionnels et non professionnels. Les deux ont un rôle à jouer dans le maintien de la vie et l'accompagnement vers la mort. Les soins prodigués par les infirmiers englobent les activités et les processus de soins dans le but de promouvoir et de maintenir le comportement de santé des personnes, des familles et des communautés. (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.72-73). Dans cette recherche scientifique, les soins sont considérés comme ceux prodigués par les infirmiers dans le contexte de la médecine de premier recours.
- *L'environnement* englobe tous les facteurs contextuels et physiques qui entourent la personne, tels que des aspects physiques, sociaux, écologiques, sa vision du monde et tout autre facteur qui a une influence sur le mode de vie de la personne et celle de sa famille ou de son groupe (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.73). Ici, l'environnement est défini comme tous les facteurs externes ayant une influence sur le quotidien des migrants et sur leur accès aux soins.

La théorie de l'universalité et de la diversité de soins selon la culture est généralisable, car c'est une théorie qui aborde les soins infirmiers à partir d'une perspective multiculturelle et globale. Elle est donc applicable à n'importe quelle culture et n'est pas limitée par les frontières (Alligood & Tomey, 2010, p.471). Plusieurs théoriciennes se sont donc basées sur la théorie de Leininger pour développer des modèles applicables dans la pratique. Un modèle qui est particulièrement axé sur les

compétences culturelles des infirmiers est celui de Campinha-Bacote (Transcultural Care, 2012).

3.2 La compétence culturelle selon Campinha-Bacote

Campinha-Bacote a développé son modèle conceptuel, **le processus des compétences culturelles dans les soins**, pendant les années nonante. Selon son modèle, la compétence culturelle se définit comme le processus par lequel l'infirmier lutte continuellement afin d'acquérir l'habileté et la disponibilité nécessaire pour travailler de façon efficace dans le contexte culturel du patient, dont sa famille et sa communauté. En fait, c'est un processus *de devenir* et non pas un processus *d'être* culturellement compétent (Transcultural Care, 2012).

Campinha-Bacote soutient que la compétence culturelle se construit sur cinq éléments très importants : la conscience culturelle, la connaissance culturelle, l'habileté culturelle, les rencontres culturelles et le désir culturel (Transcultural Care, 2012).

- **La conscience culturelle** est définie comme le processus d'auto-évaluation continu de ses propres représentations face aux autres cultures ainsi qu'une exploration profonde de ses propres expériences culturelles et professionnelles. Elle inclut aussi la conscience de l'existence des comportements racistes (Transcultural Care, 2012).
- **La connaissance culturelle** se définit comme le processus par lequel l'infirmier s'acquiert une base à travers des formations spécifiques concernant la culture de divers groupes tout en faisant attention d'individualiser les prises en soins (Transcultural Care, 2012).
- **L'habileté culturelle** est la capacité de faire une évaluation culturellement adéquate dans le but de récolter des données auprès du patient. Cela inclut aussi un examen physique adapté à la culture du patient (Transcultural Care, 2012).
- **La rencontre culturelle** est le processus par lequel l'infirmier est encouragé à interagir avec des patients de cultures différentes dans le but de modifier ses préjugés et de prévenir des éventuels stéréotypes (Transcultural Care, 2012).

- **Le désir culturel** est la motivation de l'infirmier de vouloir s'engager dans le processus *de devenir* culturellement conscient, culturellement instruit, culturellement habile, tout en cherchant des rencontres culturelles. C'est ce dernier élément qui démontre le caractère dynamique de la compétence culturelle. Plus on le désire, plus on va continuer à le devenir. En effet, selon Campinha-Bacote, la compétence culturelle est beaucoup plus qu'une conscience, une connaissance, une habilité ou des rencontres. Le désir culturel est *l'élément central* dans le processus de devenir culturellement compétent. Pour l'infirmier, il s'agit de la fondation du mouvement vers la compétence culturelle et sa motivation pour y arriver (Transcultural Care, 2012).

4. Question de recherche

Dans quelle mesure la compétence culturelle serait-elle un outil pour promouvoir l'accès aux soins de premier recours pour les populations migrantes?

5. Méthode

5.1 Méthode de recherche documentaire

Pour la recherche des articles, la méthode PICOT a été utilisée. Il s'agit d'un outil pour affiner le sujet de recherche dans les différentes bases de données et ainsi permettre de répondre à la question de recherche. Le PICOT appliqué afin de sélectionner les articles pour la revue, est basé sur les concepts présentés ci-dessous:

- P** **Population:** Infirmiers de premier recours
- I** **Intervention:** Compétences culturelles infirmiers dans la prise en soin de patients migrants - besoins des migrants - besoins des infirmiers
- C** **Contexte:** Soins de premier recours - migration
- O** **Outcome:** Accès aux soins - utilisation de l'offre en soin
- T** **Temporalité:** Pas nécessaire

Les bases de données desquelles ont été tirés les articles sont: CINAHL, étant plus spécifique aux sciences infirmiers et aux sciences paramédicales, ainsi que PUBMED, qui est plus axée sur les sciences biomédicales. Pour utiliser ces bases de données de façon pertinente, il a été nécessaire d'employer les termes inclus dans le thésaurus médical. Ce vocabulaire est appelé les MeSH Terms, et chaque base de données en possède des spécifiques. Voici ceux correspondant à cette problématique:

- **Migrants:** Transients and Migrants - Emigrants and Immigrants
- **Infirmiers:** Nurses
- **Compétences culturelles:** Cultural competency - Cultural competence - Transcultural nursing
- **Soins de premier recours:** Primary health care
- **Optimisation de prise en soin:** Health care quality
- **Accès aux soins:** Health care access

Ces différents Mesh Terms ont conduit à de nombreuses équations de recherche. En effet, il a fallu combiner de différentes façons ces mots clés pour obtenir des articles qui abordent la problématique sous des angles différents pour que les articles amènent les réponses au questionnement.

Premièrement, une recherche large a été effectuée en combinant maximum deux Mesh Terms, et par la suite les recherches ont été affinées en rajoutant des Mesh Terms sur les bases de données. Sur Pubmed, la combinaison “*migrants*” AND “*primary care*” a donné 470 articles. Puis en combinant “*emigrants and immigrants*” AND “*primary health care*” AND “*cultural competency*” sont obtenus 18 articles. Pour avoir des articles locaux, la combinaison “*Emigrants and Immigrants*” AND (“*Primary health care*” OR “*Cultural competency*”) AND “*Switzerland*” a permis d’obtenir 22 articles.

Sur la base de données CINHALL, la combinaison “*primary health care*” AND “*immigrants*” a donné 404 articles. En rajoutant “*Health services needs and demand*” ça a permis d’obtenir 16 articles scientifiques, et en rajoutant “*cultural competence in nursing*” ça a permis de faire ressortir 8 articles.

Des recherches ont également été effectuées sur les bases de donnée PsycINFO et BDSP, malgré le fait que les articles n’aient pas été retenus. BDSP étant une base de données axée sur la santé publique et communautaire, et PsycINFO couvrant les domaines de psychologie, soins infirmiers, médecine et sociologie.

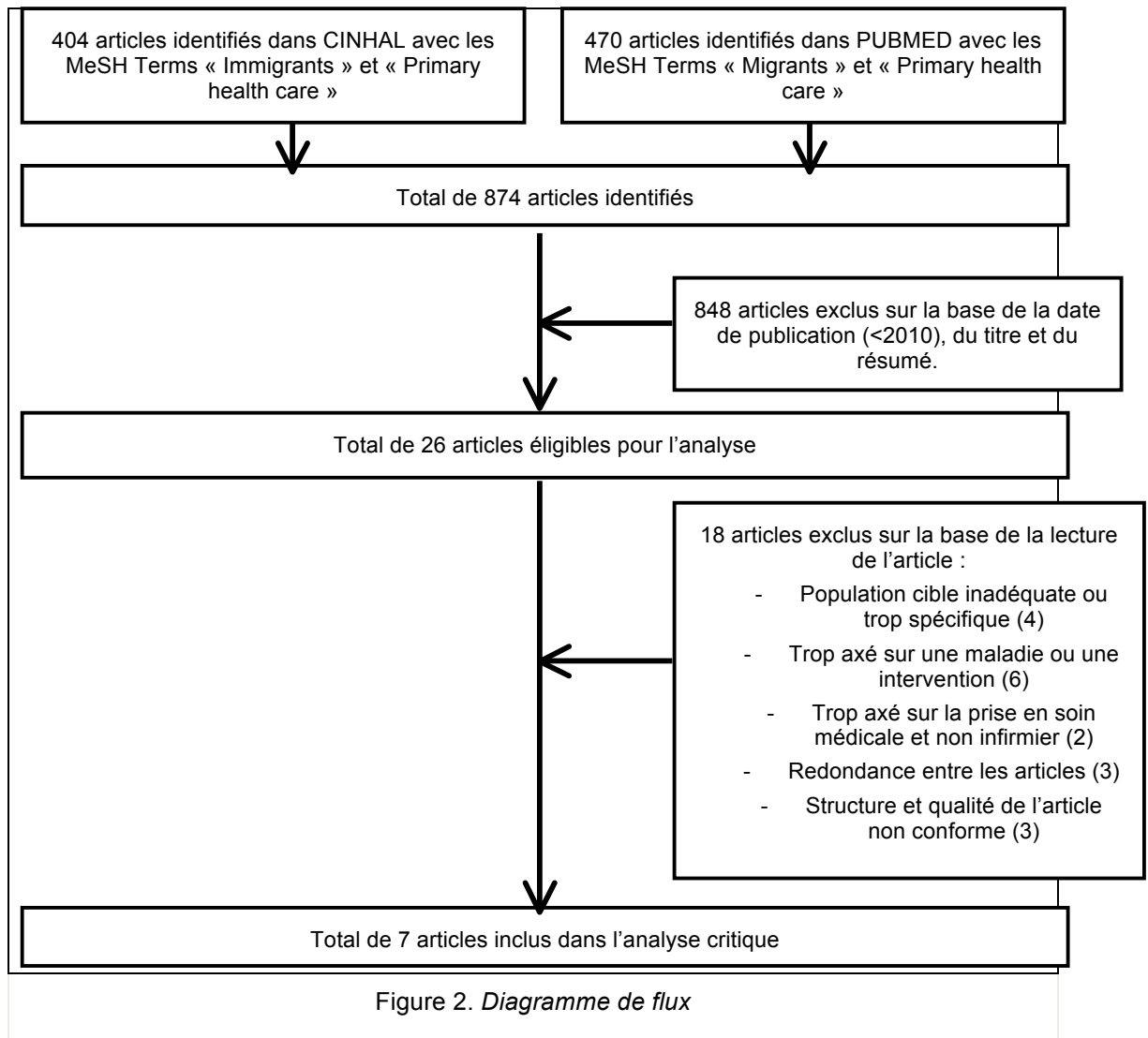
La BDSP étant une plus petite base de données, moins d’articles sont obtenus si les combinaisons de MeSH Terms sont trop précises. La combinaison “*migrant*” ET “*accès soins*” ET “*qualité soins*” a donné 9 articles, “*soins de premier recours*” ET “*migrant*” a identifié 4 articles, et “*compétences culturelles*” et “*migrant*” un seul article.

Sur PsycINFO, l’assemblage des MeSH Terms “*immigration*” AND “*primary health care*” AND “*Switzerland*” a donné 64 articles, et l’assemblage de “*immigration*” AND “*health care policy*” AND “*health care services*” a identifié 45 articles.

Une fois tous les articles réunis, ils ont été sélectionnés selon divers critères qui seront énoncés ci-dessous dans le diagramme de flux.

5.2 Diagramme de flux

Le diagramme de flux présenté ci-dessous met en évidence la démarche de sélection des articles avec les différents critères d’exclusion. Lors de la recherche, seul les deux MeSH Termes “*Migrants/Immigrants*” et “*Primary health care*” ont été utilisés, car ils englobent d’avantage la problématique et évitent de restreindre le nombre d’articles trouvés. Le choix final des articles comprend 5 articles tirés de la base de données PUBMED et 2 articles tirés de CINHALL.



5.2.1 Caractéristiques des articles retenus

- Date: articles publiés entre 2010 et 2015
- Pays d'origine:

Une des études a été menée en Suisse (Casillas et al., 2014), une deuxième au Canada (Pottie, Batista, Mayhew, Mota, & Grant, 2014), deux études ont été réalisées en Suède (Berlin, Nilsson, & Törnkvist, 2010 et Samarasinghe, Friedlung, & Arvidsson, 2010), une en Allemagne (Bachmann et al., 2014), en Angleterre (Poduval et al., 2015) et une dernière en Espagne (Torán-Monserrat et al., 2013). Peu d'études récentes ont été réalisées en Suisse concernant la problématique de la multiculturalité dans les soins, c'est pour cela qu'il a fallu trouver des

articles provenant d'autres pays d'Europe et même d'Amérique, s'étant penchés sur cette problématique.

- Population cible:

Parmi les études sélectionnées, deux concernent les migrants en situation de vulnérabilité venant de pays divers (Poduval et al., 2015 et Pottie et al., 2014). Une étude cible les migrants parlant russe (Bachmann et al., 2014). Puis, deux études ont pour population cible des infirmiers travaillant dans un centre de premier recours, permettant ainsi d'avoir le point de vue des soignants (Berlin et al., 2010 et Samarasinghe et al., 2010). L'étude de Casillas et al. (2014) réalisée en Suisse interroge des infirmiers et médecins dans une structure hospitalière. Une dernière étude interroge deux populations cibles: les patients migrants arrivant dans un centre de soins de premiers recours et également le personnel soignant de ces centres, permettant d'avoir la vision des deux interlocuteurs soignant-soigné (Torán-Monserrat et al., 2013).

- Type d'étude et niveau de preuve:

Trois études sont **qualitatives**, trois sont **mixtes** et une **quantitative** (essai contrôlé randomisé, soit de niveau de preuve 2). La grande majorité des études sont qualitatives, car elles cherchent à recueillir des éléments subjectifs, des expériences et des ressentis, au travers l'interrogation de migrants et de soignants de premier recours. D'autre part, ce sont des études qui peuvent ensuite mener à des études quantitatives, dans le but de mettre en pratique un outil pour le terrain, comme celle de Berlin, Nilsson, et Törnkvist (2010).

6. Résultats

6.1 Tableau synoptique

Le tableau ci-dessous regroupe les thématiques principales relevées dans les sept articles sélectionnés:

Tableau 2. *Tableau synoptique*

Thématiques		1. Bachmann et al. (2014)	2. Pottie et al. (2014)	3. Poduval et al. (2015)	4. Berlin et al. (2010)	5. Casillas et al. (2014)	6. Samarasinghe et al. (2010)	7. Torán-Monserrat et al. (2013)
Barrières propres aux soignants	Linguistique	o		o		o		
	Manque de formation				o	o		
	Manque d'outils (interprètes, guidelines,...)					o		
Barrières propres aux migrants	Communication	o		o				
	Culture différente	o						o
	Niveau d'éducation	o						
	Statut psychique						o	o
	Revenus socio-économiques						o	o
	Statut légal						o	
Barrières propres au système	Coûts élevés des soins			o				o
	Complexité du système de santé	o		o				
	Manque d'outils					o		o
	Durcissement de la politique migratoire			o			o	
Interventions, solutions	Promotion de la santé			o			o	
	Prise en soin globale et individualisée				o		o	
	Outils (interprètes, guidelines, brochures,...)		o					o
	Formations sur les compétences culturelles (Campinha Bacote)		o		o			
	Orientation, information claire et complète	o						

	Interdisciplinarité		o					
--	---------------------	--	---	--	--	--	--	--

6.2 Analyse critique

La recherche littéraire a permis d'englober la problématique sous divers angles, autant du point de vue des migrants que du point de vue des soignants. Les articles retenus soulèvent une difficulté générale dans la relation entre les migrants et les soignants et l'existence d'un obstacle compromettant l'accès au système de santé par les soins premiers recours. Les sept articles sélectionnés ont été résumés et analysés ci-dessous. Des tableaux synthétiques, se trouvant en annexe de ce travail, ont également permis d'analyser de manière détaillée chaque article.

1. The experiences of Russian-speaking Migrants in primary care consultations

Il s'agit d'une étude mixte menée par Bachmann et al. (2014) en Allemagne auprès de 24 autochtones et 25 migrants parlant le russe. Le but était de démontrer que les migrants (surtout ceux qui ne parlent pas la langue native) ont une expérience différente face à la médecine de premiers recours, voire négative, comparé à celle des autochtones. Un questionnaire semi structuré basé sur la littérature était utilisé lors des entretiens puis une analyse qualitative a été effectuée.

Les résultats obtenus ont démontré que les deux groupes ont des attentes différentes, et par conséquent des expériences différentes aussi. Ceci est très fortement lié à leurs besoins et la différence culturelle. En effet, les Allemands ont été généralement très satisfaits de leur expérience chez les médecins. Par contre, les migrants ont été moins communicatifs car ils pensent que ce sont les médecins qui doivent creuser davantage.

Des difficultés concernant le lien patient-médecin ont été rapportées aussi:

1. Les problèmes liés à la langue: les migrants sont souvent anxieux de ne pas pouvoir s'exprimer correctement.
2. Les problèmes de traitements prescrits: soit les traitements inutiles, inattendus ou non discutés.

3. Ils ont aussi trouvé l'approche du médecin comme celle d'un homme d'affaire. Seuls les migrants ont mentionné cela. Parmi les deux groupes, il y en a qui ont changé de médecin, mais surtout parmi les migrants. D'autres ne le font pas parce qu'ils ne trouvent personne d'autre (selon le lieu de résidence) ou parce qu'ils ne pensent pas trouver mieux ailleurs.
4. Information incomplète concernant les sujets liés à la santé. Cette plainte se trouve parmi les deux groupes mais pas de la même façon: les allemands avouent que c'est leur manque d'intérêt qui est à la source, tandis que les migrants disent avoir un niveau plus bas de connaissance comparé à celui des autochtones, mais les médecins ne le compensent pas. De plus, ils trouvent que le réseau est très difficile à comprendre pour pouvoir en profiter. En essayant de faire cela, ils rencontrent toujours des obstacles.

Cet article souligne explicitement la différence entre les attentes, les perceptions et les expériences des migrants dans le système de santé (plus particulièrement en lien avec les soins de premiers recours) et celles des autochtones. Les sources de cette différence, selon l'article, sont:

1. La barrière linguistique
2. Le manque d'information et de connaissances chez les migrants sur le réseau de santé et leurs droits.

Néanmoins, cette étude comporte un biais très important: le biais de sélection. Il n'y a pas de justification sur le choix de migrants parlant russe. De plus, l'échantillon limité aux migrants parlant russe rend l'étude difficilement généralisable à d'autres populations.

2. *Improving delivery of primary care for vulnerable migrants*

Cet article décrit une étude mixte menée par Pottie, Batista, Mayhew, Mota, et Grant (2014) au Canada, auprès des 41 professionnels de soins de premier recours de divers centres. Le but principal était d'identifier et de prioriser les stratégies innovatrices susceptibles d'améliorer la prestation de soins de premier recours à des migrants vulnérables. Les auteurs ont utilisé un processus consensuel selon la

méthode Delphi³ adaptée à l'étude. Les 6 stratégies prioritaires pour améliorer la prestation de soins de premiers recours aux migrants vulnérables sont:

1. L'interprétation des langues
2. Les soins interdisciplinaires
3. Les lignes directrices qui ont comme base des données probantes
4. La formation et le mentorat pour les professionnels
5. La collaboration intersectorielle
6. L'engagement de la communauté des migrants

La méthode de Delphes utilisée est une méthode fiable reposant sur la littérature et l'avis d'experts ce qui explique le fait que ces stratégies sont parallèles à celles proposées aux Etats-Unis, en Europe et en Australie (à l'exception de la proposition des lignes directrices basées sur les données probantes). Celle-ci augmente le niveau de preuve de l'étude et la rend facilement généralisable.

En outre, l'avis des professionnels donne une autre perspective à l'expérience des migrants. Cet avis est en lien avec les besoins et les attentes des migrants relevés dans les autres articles, rendant cette étude un vrai outil pour d'autres professionnels et pour d'autres études. Cependant, le nombre restreint de professionnels et la possibilité d'un biais de sélection (les soignants ont été recrutés via les CCIRH Health Knowledge Exchange Network) sont des points à considérer, néanmoins, les apports très importants de cette étude ne peuvent pas être négligés non plus.

3. Experiences among undocumented migrants accessing primary care in the United Kingdom: A qualitative study

Cet article présente une étude qualitative menée par Poduval et al. (2015), auprès des Migrants sans papiers cherchant à accéder aux soins de premier recours (N=16) dans le but de documenter les expériences des migrants sans papiers dans un contexte de durcissement des lois migratoires en Angleterre.

L'article soulève le fait que les migrants sans papiers sont un groupe très vulnérable de la population, nécessitant du soutien et non pas l'isolement, et que les aides concernant l'accès aux soins doivent être plus claires et plus accessibles pour les

³ Méthode de prévision ayant comme objectif de classer l'avis des experts.

migrants pour qu'ils puissent intégrer le réseau. De plus, le gouvernement doit examiner les conséquences financières liées à la limitation de l'accès aux soins de premiers recours pour les migrants, car elle peut amener les migrants à ne se présenter que lorsque leur situation de santé s'aggrave, mettant donc un fardeau financier sur le système de santé, allant à l'encontre des débats politiques.

Par conséquent, les nouvelles lois mises en place pour diminuer l'accès aux soins des migrants ne font qu'augmenter leur vulnérabilité, causer des dégâts sanitaires et augmenter les coûts de la santé.

Cette étude est très pertinente à la situation politique de plusieurs pays en ce moment, et relève les grands débats liés au durcissement des lois. Il démontre les dangers de cela et souligne les besoins des migrants. Néanmoins, un biais de sélection est présent dû au fait que les migrants provenaient d'un même centre et d'une seule région.

4. Cultural competence among swedish child health nurses after specific training : a randomized trial

L'essai contrôlé randomisé de Berlin et al. (2010), a pour objectif d'évaluer l'influence d'une formation spécifique sur la compétence culturelle des infirmiers basée sur la théorie de Campinha Bacote, sur les difficultés rencontrées dans la prise en soins de patients étrangers. Ils étudient aussi la façon dont la formation est évaluée par les infirmiers.

Des infirmiers travaillant dans des centres de santé de premier recours pour les enfants, à Stockholm et à Sörmland, deux grandes villes de Suède ont participé à cette étude. Parmi eux, 24 infirmiers ont fait partie du groupe interventionnel ayant suivi la formation, et 27 ont fait partie du groupe contrôle n'ayant pas participé à la formation.

Une partie des cours est théorique avec des lectures, ainsi que des groupes de discussion, et une autre partie est pratique au sein du centre de santé dans lequel les infirmiers travaillent. Puis, les infirmiers ont dû remplir des questionnaires basés sur le modèle de la compétence culturelle selon Campinha Bacote avant et après la formation.

Cette étude met en évidence plusieurs éléments intéressants. Premièrement, le groupe interventionnel montre une amélioration statistique de l'habileté culturelle, des connaissances et des rencontres culturelles en comparaison avec le groupe contrôle. Ce qui signifie que les infirmiers ont passé le niveau de "conscience culturelle" et continuent dans le processus de devenir culturellement compétent.

En revanche, les résultats ne notent pas de différence de "conscience culturelle" dans les deux groupes, ce qui signifie que les infirmiers sont déjà à cette étape du processus avant d'entamer la formation. Un autre chiffre souligné est celui de 92% d'infirmiers du groupe interventionnel ont augmenté leur désir culturel. Ils disent se sentir plus confiants dans les rencontres ou situations interculturelles dans leur travail après la formation, et que le manque de connaissances culturelles est maintenant une difficulté moindre.

Les limites de cette étude sont notamment le petit échantillon de population (N=51), ainsi que la période de formation très courte (trois journées de cours), mais elle possède également des forces. En effet, le programme a été créé à partir des difficultés et préoccupations rencontrées sur le terrain par les infirmiers et les parents en interaction dans le centre de santé, ce qui augmente la qualité et l'impact du cours. En revanche, on pourrait se questionner sur l'aspect éthique de cette étude, étant donné que l'on a pris 27 infirmiers de cette formation pour avoir un groupe témoin.

5. Cultural competency of healthcare providers in a Swiss University Hospital : selfassessed crosscultural skillfulness in a crosssectional study

L'étude de Casillas et al. (2014), est une étude transversale effectuée dans onze unités de l'Hôpital Universitaire de Lausanne, représentatives de dix départements sur treize existants. Le but de celle-ci est de mesurer les habiletés culturelles des soignants, comprendre les facteurs qui influencent ces habiletés culturelles, ainsi que comparer les habiletés entre les médecins et les infirmiers.

Un questionnaire a été envoyé à la population cible, et sur 885 sollicitées, 368 ont répondu au questionnaire soit 41,2% dont 124 médecins et 244 infirmiers.

Plusieurs points ressortent de cette étude. En comparaison entre les deux corps de métier, les infirmiers jugent leurs habiletés culturelles moins bonnes que les médecins.

D'autre part, les soignants soulèvent des barrières importantes dans les prises en charge multiculturelles: un manque d'accès à des interprètes formés, ainsi qu'un manque de bons guidelines pour ce type de prise en soin. De plus, les résultats montrent un faible pourcentage de soignants ayant reçu une formation spécifique dans le domaine.

L'étude démontre également des corrélations: le français comme langue dominante du soignant est associé à une habilité culturelle moins bonne. De plus, la conscience d'un manque de pratique et d'un manque de formation est corrélé à une meilleure compétence culturelle.

Dans cette étude-ci, nous avons à faire à un grand échantillon de population, ce qui est une force. En revanche, un biais de réponse est probable: il est possible que les infirmiers s'évaluent plus durement dans leur habilité, car ils attendent beaucoup d'eux-mêmes, et ont une grande conscience de soi. Les médecins admettraient peut-être moins bien le manque de compétences.

6. *Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health*

Cette étude-ci, faite par Samarasinghe, Friedlung et Arvidsson (2010), en 2010, a pour but de décrire par les infirmiers de premier recours, la promotion de la santé dirigée aux familles qui ont migré involontairement.

Il s'agit d'une étude qualitative, menée dans deux municipalités du sud de Suède dont le nombre de réfugiés était représentatif du nombre total de réfugiés en Suède. L'échantillon comprend 34 infirmiers de premier recours.

Chaque infirmier a été interviewé et enregistré sur son lieu de travail. Les questions principales posées étaient : Que signifie la promotion de la santé pour vous? Que signifie la santé de la famille pour vous? Pouvez-vous décrire le but de vos interventions infirmiers de promotion de la santé familiale chez les familles migrantes involontaires? Comment percevez-vous les résultats de ces interventions?

Les interviews ont duré environ une heure chacune, et celles-ci ont été retranscrites, résumées, puis groupées dans trois catégories selon leurs similitudes et différences.

Les trois approches de prise en soin infirmière multiculturelle qui ont été mis en évidence sont les suivantes:

- **L'approche ethnocentrique**, se focalisant sur le problème somatique de chaque individu.
- **L'approche empathique** qui se focalise sur la santé mentale dans le contexte familial.
- **L'approche holistique**, adoptant une vision globale de la famille migrante en prenant en compte les aspects somatiques, psychiques, familiaux et culturels.

L'ethnocentrisme peut créer des fausses hypothèses sur le comportement de la famille et causer de la frustration ou des confrontations avec ceux-ci. C'est pourquoi les infirmiers qui sont dans cette approche restent focalisés sur le côté biomédical. Ils sont nombreux à se sentir insatisfaits de leur prise en soin et sentir un manque de compétences culturelles.

L'approche holistique, en revanche, permet un empowerment des familles et une promotion de la santé efficace, car elle promeut la santé sociale en créant des réseaux sociaux et en facilitant l'intégration à la société. Il ressort donc de cette étude, que l'approche holistique est la plus adéquate pour la promotion de la santé auprès des familles migrantes en transition culturelle. Ces connaissances devraient être introduites dans la formation des infirmiers au niveau bachelor et post-graduation.

7. Level of distress, somatisation and beliefs on health/disease in newly arrived immigrant patients attended in primary care centres in Catalonia and definition of professional competences for their most effective management : PROMISE Project

L'étude mixte de Torán-Monserrat et al. (2013) vise à définir les différents facteurs de stress, le niveau de détresse perçue et l'impact sur la santé des communautés migrantes. D'un autre côté, il identifie les caractéristiques des compétences culturelles des soignants pour une meilleure approche dans les consultations de premier recours.

Il s'agit d'une étude mixte, faite au sein de centres de premier recours de Catalogne, et faisant participer 980 migrants provenant des cinq principales communautés migrantes non-Européennes résidant en Catalogne (Espagne): Maghrébins, Sub-Sahariens, Sud-

Américains, Hindous et Chinois. Dans les critères d'inclusion, les migrants devaient avoir entre 18 et 80 ans et être arrivés en Europe dans les derniers six mois à dix ans.

Puis dans un deuxième temps, ils ont interviewés le personnel de santé de ces centres de premier recours, dont dix infirmiers, dix médecins de premier recours, cinq travailleurs sociaux et cinq managers des soins de premier recours.

Les personnes migrantes ont reçu des questionnaires basés sur les échelles *Demographic Psychosocial Inventory* (DPSI), *Brief Symptoms Inventory* (BSI), ainsi que *Somatic Symptom Inventory* (SSI). Celles-ci ont permis d'évaluer les sources de stress quotidiennes des migrants, les symptômes psychologies et somatiques pouvant être corrélés au niveau de détresse.

Les soignants ont été interrogés à l'aide d'interviews individuels de 30 à 90 minutes, des focus groupes, ainsi que de questionnaires écrits, dans le but d'identifier leurs comportements dans la prise en soin de migrants en situation de détresse.

Une des limites de cet article, est qu'il manque des informations concernant les réponses aux interviews et l'analyse de ces résultats. En revanche, il est expliqué que les résultats de cette étude ont donné naissance à des interventions qui peuvent être mises en place dans le but d'améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système, ainsi que donner des outils aux soignants pour faciliter les prises en soin :

- Mise en place de profils de risques, basés sur les caractéristiques des populations migrants des cinq communautés.
- Elaboration d'une carte des risques de souffrance psychosociale en fonction des données démographiques.
- Guidelines pour guider les soignants dans leurs prises en soin, ainsi que mise en place de formations avancées.

6.3 Synthèse des résultats

Selon cette revue de littérature, il apparaît que l'incompréhension du système de santé engendre des difficultés à s'orienter dans le réseau de santé (Bachmann et al., 2014), et érige des barrières entravant une relation de confiance avec les infirmiers de premier recours (Ingram, 2014). Tous ces points conduisent à des conséquences néfastes sur la santé des personnes migrantes et à un accès aux soins diminué pour

ceux-ci (Poduval et al., 2015). D'autre part, le système de soins et la politique de santé constitue aussi une grande barrière gênant l'accès et l'offre en soins pour cette population. Cette limitation a tendance à aggraver la vulnérabilité et la précarité des personnes migrantes, menant donc à un cercle vicieux pour celles-ci (Poduval et al., 2015 et Pivnick et al., 2009). Ces éléments présentent des barrières importantes pour la prise en charge par les infirmiers donc il est important de les prendre en compte pour effectuer une prise en soins efficace et pour promouvoir l'accès aux soins des personnes migrantes (Ingram, 2014). Pour ce faire, les infirmiers ont besoin d'une sensibilisation, une formation spécifique, un suivi, des guidelines et des outils concrets et adéquats (Pottie et al., 2014 et Samarasighe et al., 2010). Une formation spécifique permettrait aux infirmiers d'acquérir des compétences culturelles et de commencer le processus de devenir culturellement compétent selon Campinha Bacote (Berlin et al., 2010). Des guidelines basés sur des données probantes permettraient aussi aux infirmiers d'avoir un outil généralisable et concret (Pottie et al., 2014 et Torán-Monserrat et al., 2013). Les infirmiers de premier recours étant la première ligne de soignants que les personnes migrantes rencontrent, ces intervention auront une plus value dans le travail des soignants et la prise en soin globale des personnes migrantes (Ingram, 2014).

7. Discussion

La discussion s'articule autour de trois axes importants retenus lors de l'analyse critique des articles scientifiques et les recherches documentaires. Les trois axes concernent les différents facteurs qui entrent en jeu dans la problématique: les infirmiers de premier recours, le système de santé, ainsi que les migrants.

7.1 Infirmiers de premier recours

En général, on retrouve dans la littérature que les infirmiers de premier recours se retrouvent face à une population migrante en constante augmentation et que les prises en soins interculturelles leur posent des difficultés. Selon Bachmal & al. (2014), ces difficultés sont liées à une barrière linguistique importante, à un manque de formation spécifique et à un manque d'expérience. Il se trouve aussi que les infirmiers ont une difficulté d'accès aux outils qui peuvent les aider à surmonter ces barrières. Par exemple, il existe une déficience d'interprètes ce qui entrave les efforts des infirmiers à remédier à la barrière linguistique. De plus, il y a un manque de référence, de guidelines ainsi que de modèles dans ce domaine de compétences, car c'est une problématique qui se développe depuis peu (Casillas et al., 2014).

Le but des infirmiers dans les relations de soins interculturelles, dans un contexte de soins de premiers recours, est d'assurer la compliance thérapeutique des personnes migrantes et leur intégration dans le système de soins en les orientant (WHO, 2008). Selon Poduval et al. (2015), le but de l'infirmier est aussi de soutenir la personne migrante et de le faire sortir de l'isolement social et sanitaire. Pour ce faire, le point central est une prise en soins globale et adaptée à chaque individu, comme le dit aussi Campinha-Bacote.

En relevant de la littérature les besoins des migrants, plusieurs interventions infirmiers qui faciliteraient et apporteraient un soutien aux soignants dans les prises en soins multiculturelles sont retenues.

Premièrement, selon Saint-Jean et al. (2011) et Poduval et al. (2015), il existe un besoin d'information de la part des migrants concernant le système de santé, leur propre santé et/ou leur maladie, ainsi que leurs droits. Ce décalage peut mener à une

compréhension partielle chez les migrants ainsi qu'à une utilisation inadéquate du réseau (Bachmann et al., 2014). Il est donc judicieux que l'infirmier de premier recours vérifie la compréhension de l'information par la personne migrante en utilisant des techniques de reformulation. De plus, il a été prouvé que les personnes qui ont arrêté leur scolarité précocement consultent moins (Saint-Jean et al., 2011). C'est pourquoi, il semble primordial de prendre en compte et d'évaluer le niveau d'éducation, pour avoir une indication des connaissances du patient. Un autre indicateur de connaissances est le statut psychique. Saint-Jean et al. (2011) a établi que celui-ci influence la manière dont une personne va comprendre les informations. Sachant que beaucoup de migrants, vu leur situation de grande précarité et de vulnérabilité, sont dans un état de dépression souvent non détecté, il est important que l'infirmier fasse un examen clinique mental.

Selon Bachmann et al. (2014), le fait de ne pas parvenir à s'exprimer amène a des discordances entre les objectifs de soins des migrants et ceux des soignants. De plus, cette incapacité à se faire comprendre est très anxiogène. En conséquence, pour répondre au besoin du migrant d'être compris, le soignant doit faire recours, si nécessaire, à des interprètes formels ou informels (entourage du migrant parlant les deux langues couramment).

Deuxièmement, selon Pivnick et al. (2009) et Poduval et al. (2015), la précarité sociale et économique des migrants est un facteur entravant la prise en soins des migrants (Poduval et al., 2015). En effet, les migrants ont souvent des difficultés financières menant à un emploi du temps de travail chargé et à des besoins socio-économiques importants. Pour favoriser l'adhérence aux soins par le migrant en situation de précarité, l'infirmier doit s'intéresser à son emploi du temps et à son revenu économique. Il doit également soulever les ressources du patient, comme les personnes de son entourage pouvant l'aider dans son organisation pour pouvoir venir aux entretiens (par exemple pour la garde d'enfants), la communauté migrante, les aides financières perçues par le migrant, les ressources personnelles et toutes les autres ressources pour le patient. En effet, selon Pottie et al. (2014), l'engagement de l'entourage des migrants est une des stratégies prioritaires pour améliorer la prestation de soins de premiers recours aux migrants.

Par ailleurs, le statut légal des migrants est un déterminant majeur de l'intégration des migrants dans le réseau ainsi que leur compliance aux traitements (Saint-Jean et al., 2011). En effet, les migrants en situation irrégulière évitent de consulter parce qu'ils ne

connaissent pas leurs droit et ils ont peur de se faire renvoyer. Il est donc pertinent que l'infirmier évalue le statut légal en donnant des information précises sur les droits du migrant, et de donner des brochures d'informations. Puisque Pottie et al. (2014) ont démontré l'amélioration de la prise en soins des migrants par les soins interdisciplinaires, l'infirmier peut faire intervenir un assistant social si besoin.

Troisièmement, selon Pivnick et al. (2009), la culture des migrants est la source de beaucoup de préjugés et de stigma chez les migrants ainsi que chez les infirmiers. Elle détermine la manière dont la personne va utiliser le réseau de soins et va comprendre les informations données, ainsi que ses attentes et ses besoins (Saint-Jean et al., 2011). Selon la définition de Leininger, la culture donne la perspective que chacun à du monde qui l'entoure (Alligood & Tomey, 2010, p.461). Subséquemment, s'intéresser à la santé des migrants sans s'intéresser à leur culture provoquerait une dissension culturelle ou même un conflit (Ingram, 2014). D'où l'intérêt pour les infirmiers de devenir culturellement compétent pour pouvoir acquérir l'habilité et la disponibilité nécessaire pour travailler de façon efficace dans le contexte culturel du patient, dont sa famille et sa communauté (Transcultural Care, 2012). Pottie et al. (2014), prétend que la formation est l'une des stratégies prioritaires pour améliorer la prise en soins des migrants. Selon Berlin et al. (2010), la mise en place d'une formation basée sur la théorie de Campinha-Bacote permettrait aux infirmiers du terrain d'entrer ou de poursuivre le processus de devenir culturellement compétent. Cela grâce à des cours théoriques, des groupes de discussion et la pratique du terrain. La formation s'articule en cinq phases :

- **la conscience culturelle:** les soignants examinent leurs propres préjugés envers les migrants, leur culture et antécédents professionnels, à l'aide de questionnaires individuels et de discussions de groupe (Berlin et al., 2010). Un exemple serait de partir du principe que les migrants ne comprendront pas les informations à cause de leur niveau d'éducation. En ayant une bonne conscience de ces croyances, les infirmiers pourront éviter de traiter les migrants selon ces préjugés et cela encouragerait une relation de confiance qui favoriserait une bonne communication avec la personne migrante ainsi qu'une bonne compréhension de ses besoins et ses attentes. Cette relation mènerait à une bonne adhérence thérapeutique de la part de la personne migrante et un meilleur *caring* de la part de l'infirmier.

- **la connaissance culturelle:** les soignants obtiennent des connaissances sur les différentes cultures, les caractéristiques de divers groupes ethniques, grâce à des cours théoriques, à des lectures, et au partage de connaissances dans les groupes de discussion. Ces connaissances permettraient au soignant de comprendre la gestion de la santé du migrant selon sa culture, et ainsi pouvoir le prendre en soin au plus proche de sa culture. En se référant à ses expériences antérieures et aux expériences des autres infirmiers, cela permettrait aussi à l'infirmier d'anticiper les différentes barrières que le soignant pourrait rencontrer dans la relation thérapeutique, ce qui optimiserait la prise en soin et l'accès aux soins de la personne migrante.

- **l'habileté culturelle:** les infirmiers apprennent pendant les cours théoriques et les groupes de discussion à faire des anamnèses pertinentes avec la problématique du patient dans chaque situation (Berlin et al., 2010). Comme cités auparavant, les informations importantes à soulever dans l'anamnèse d'un patient migrant sont notamment le pays d'origine, la langue, la culture, le niveau d'éducation, le statut psychique, les revenus socio-économiques, le statut légal et ses ressources. L'habileté culturelle est essentielle pour comprendre les besoins (bio-psycho-sociaux) et les attentes de la personne migrante. En effet, c'est la *manière* dont l'infirmier va aborder la personne migrante toute en prenant en considération son bagage culturel. Le but final étant d'aller à l'encontre des barrières de communication, de culture et de compréhension des informations, pour un meilleur accès aux soins et adhérence du patient.

- **les rencontres culturelles:** en gagnant de l'expérience grâce à des rencontres directes interculturelles sur le terrain, l'infirmier essaye de modifier ses croyances préexistantes et de prévenir des stéréotypes (Berlin et al., 2010). Cette étape de la formation est essentielle et directement en lien avec la pratique et l'acquisition d'expérience. C'est lors de ces rencontres que l'infirmier va forger et consolider sa connaissance culturelle. Cela permet à l'infirmier de progresser dans son processus de devenir culturellement compétent.

- **le désir culturel:** à cette étape de la formation, les soignants montrent une motivation et une envie de devenir culturellement compétent (Berlin et

al., 2010). Ce désir est le fondement du processus de devenir culturellement compétent. C'est la motivation qui va stimuler l'infirmier à continuer son processus de devenir culturellement compétent.

Dans la littérature, d'autres outils sont proposés pour palier au besoin de connaissances sur la prise en soin de patients selon leur culture, comme par exemple l'établissement de profils de risques basés sur les caractéristiques des populations migrantes les plus présentes dans la région. Ce serait un outil intéressant pour faciliter la prévention de situations de souffrance psychique des migrants (Torán-Monserrat et al., 2013). Ou encore l'élaboration de guidelines pour guider les soignants dans ces prises en soins (Torán-Monserrat et al., 2013).

Il est important de souligner qu'avec l'élaboration de guidelines ou de profils types, il est possible que le soignant soit tenté de prendre en soin tous les migrants de façon identique. En revanche, il faut être attentif à ne pas généraliser les prises en soin, car Campinha-Bacote, tout comme Leininger, spécifient que toute prise en soin doit être personnalisée et adaptée à chaque individu (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010).

Finalement, les études analysées dans ce travail confirment donc la plus value de la théorie de Campinha-Bacote dans l'acquisition de compétences culturelles, ainsi que l'utilité de ces compétences culturelles dans l'optimisation de l'accès aux soins des migrants. Suite aux résultats de la revue de littérature, une proposition d'anamnèse comme outils de prise en soins culturellement congruente a été suggérée par les auteurs du travail, celle-ci se trouvant en annexe 10.2.

7.2 Système de santé

L'infirmier ne pourrait pas avoir le désir culturel ni la possibilité de développer ses compétences culturelles s'il n'existe pas d'appui au niveau du système de santé. Puisque c'est lui qui contribue au financement, à la mise en place d'outils, de formations et d'infrastructures pour la prise en soin des personnes migrantes.

Le but final du système de santé est de perfectionner la qualité des soins, l'efficience du système avec une diminution de coûts de la santé et l'intégration des personnes migrantes dans le système (Torán-Monserat, P. & al., 2013). Néanmoins, plusieurs difficultés qui vont à l'encontre de ce but sont relevés dans la littérature:

Les coûts élevés de la santé posent problème. En effet, les coûts élevés des prestations font que les migrants en situation de précarité socio-économique consultent uniquement lorsqu'ils sont très malades, menant à une augmentation des coûts en aval du réseau (Poduval et al., 2015). Ceci contrarie l'objectif de diminuer les coûts de santé. Il est donc pertinent de financer la promotion de la santé chez les migrants pour arrêter le gaspillage des ressources et promouvoir l'accès aux soins et la survie des migrants.

Deuxièmement, la complexité du réseau est aussi un facteur entravant l'accès aux soins des personnes migrantes, provoquant une utilisation inadéquate du système de santé (Poduval et al., 2015). Il faudrait davantage d'outils d'informations adaptés au niveau d'éducation et à la langue des migrants, qui expliquent les différentes infrastructures et les assurances.

Troisièmement, le durcissement des lois en défaveur des migrants est une barrière due à la politique migratoire puisqu'elle incite à une discrimination sociale qui augmente l'isolement des migrants, ainsi que leur vulnérabilité (Poduval et al., 2015). De plus, ceci aggrave, chez les migrants en situation irrégulière, la peur d'être renvoyés dans leur pays d'origine et par conséquent, de se diriger vers des centres de soins (Revue médicale, 2008). Pour ce point, il n'y a pas de solution directe, puisque cela dépend des croyances de la population d'accueil et de sa politique.

Finalement, selon Casillas et al. (2014), le manque d'outils est aussi une barrière importante dans la prise en soins des migrants. Comme par exemple, l'insuffisance d'interprètes formés, le peu de formations pour les soignants, ou encore le peu d'infrastructures de la santé spécifiques pour les migrants. L'étude qualitative menée par Berlin et al. (2010), démontre que la mise en place d'une formation spécifique améliore les habiletés culturelles des infirmiers. Cette formation a également augmenté leur désir culturel et leur confiance en soi lors des rencontres interculturelles (Berlin et al., 2010).

Actuellement, en Suisse, plusieurs infrastructures existent au niveau du système de santé, pour suivre la logique de sa politique migratoire. En 2002, l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) a lancé le programme "Migration et santé", afin d'améliorer le niveau de santé des migrants et leur comportement face à leur santé. Celui-ci s'adresse plus particulièrement aux migrants en situation de précarité rencontrant d'avantage de problèmes de santé et des difficultés plus prononcées de

communication au niveau des institutions sanitaires (OFSP, 2011). Plus spécifiquement à Genève, il existe aussi différentes structures, dont la CAMSCO et le PSM, mises en place par le canton pour favoriser l'accès aux soins des personnes vivant dans des situations de précarité, le PSM étant spécifiquement adressé aux personnes migrantes (Ville de Genève, 2015).

7.3 Migrants

Les immigrants sont soumis à un haut niveau de détresse psychosocial dans leur processus d'adaptation à leur pays d'accueil. De nombreux problèmes peuvent apparaître, comme l'isolement, le manque d'intégration, le changement de culture, la discrimination, le manque de travail, les conditions de précarité, l'absence de support familial, un mauvais état nutritionnel qui peuvent se traduire par de l'anxiété, une dépression ou des plaintes somatiques (Torán-Monserrat et al., 2013). Cela signifie que les infirmiers de premiers recours et le système de santé ne sont pas les seuls facteurs influençant l'accès au soins des personnes migrantes. La compétence culturelle signifie en réalité une égalité des chances face au système de santé entre les migrants et les autochtones. Mais cela ne dépend pas uniquement du niveau de compétences culturelles du soignant, ni de l'organisation du système de santé, mais, selon Saint-Jean et al. (2011), des facteurs psycho-socio-économiques du migrant également. Vu la grande vulnérabilité et précarité d'une majorité des migrants, ces facteurs sont des éléments perturbant l'accès aux soins (Saint-Jean et al., 2011).

Par conséquent, le rôle de l'infirmier de premiers recours ne s'arrête pas à la prise en soins d'une maladie mais va bien au-delà. Une prise en soin globale va comprendre également l'orientation des personnes migrantes dans la vie de tous les jours et cela va avoir des effets positifs sur la santé de la personne. Cette approche est appelée "holistique", selon l'étude de Samarasinghe et al. (2010), prenant en compte tous les aspects de la vie du migrant. Par exemple, pour un patient qui cherche désespérément un travail, l'infirmier peut le mettre en lien avec des associations qui proposent du travail adapté ou le service de chômage selon sa situation légale et sociale. Un autre exemple serait le cas d'une personne qui n'a pas les moyens pour s'acheter à manger. Il existe des lieux qui proposent des repas, des petits-déjeuners pour ces personnes, et c'est le rôle de l'infirmier de les orienter et de les informer à ce propos. De même, pour une autre personne sans logements, l'infirmier peut le diriger vers les hébergements proposés par l'état ou par des associations spécifiques ou le mettre en lien avec un assistant social. Ces manques sont des générateurs de stress pour le

migrant et donc, en agissant sur eux, l'infirmier agit aussi sur sa santé et assure une relation de confiance ce qui favorise l'adhérence thérapeutique.

8. Conclusion

8.1 Forces et limites

Pour conclure, cette revue de littérature a permis de proposer différentes interventions qui amélioreraient les prises en soins de patients migrants, et de donner des outils aux infirmiers pour qu'ils se sentent plus confiants dans les rencontres multiculturelles. D'autre part, cette étude permet de mettre en avant que la compétence culturelle telle qu'elle est décrite par Campinha Bacote, pourrait être un outil qui permettrait d'optimiser la relation entre l'infirmier de premier recours et la personne migrante et par conséquent, l'accès aux soins des personnes migrantes. Elle démontre également que ce n'est pas l'unique facteur qui entre en jeu. Comme décrit ci-dessus dans la discussion, le système de santé et le statut psycho-socio-économique de la personne migrante sont aussi des facteurs influençants à considérer.

Néanmoins, il existe des limites à ce travail. Premièrement, il n'y a pas assez de littérature concernant les compétences culturelles et la prise en soin de patients migrants. Cela a non seulement rendu ce travail difficile à réaliser, mais a également fait éprouver un sentiment de déception et de frustration à ses auteurs. Cette revue de littérature apporte de nouveaux éléments et de nouvelles connaissances, surtout tirés des études qualitatives, mais les résultats restent tout de même très intuitifs et logiques.

Deuxièmement, le modèle de Campinha-Bacote soulève quelques questions telles que: est-ce que la compétence culturelle est uniquement applicable lors des rencontres interculturelles? L'habileté et la disponibilité dont elle parle, ne sont-elles pas nécessaires pour tout type de rencontres? Le modèle de Campinha-Bacote reste vraisemblablement un guide pour les infirmiers au sujet de la prise en soins des personnes migrantes. Néanmoins, étant donné que même les personnes ayant une culture commune n'ont ni un parcours de vie identique, ni les mêmes représentations ou attentes, la compétence culturelle devrait être mobilisée auprès des patients, peu importe leur origine.

Troisièmement, ayant retenu que sept articles pour l'analyse critique, il y a une possibilité que les résultats soient difficilement généralisables. De plus, ces articles abordent des concepts qui ne sont pas très bien approfondis, comme par exemple, le concept de sigma et de préjugés. En outre, les articles trouvés ne concernent pas uniquement les soins de premiers recours, mais aussi tout type d'unité hospitalière ou soins à domicile. En revanche, tous les articles incluent la prise en soin de personnes migrantes du point de vue du migrant et/ou du soignant, en apportant des réponses sous plusieurs angles au questionnement. Finalement, les études ont été réalisées dans divers pays, ce qui apporte des points de vue et des idées complémentaires, pouvant être vu comme une force.

8.2 Recommandations

Ayant établi le fait que la compétence culturelle est un outil dans la prise en soins des personnes migrantes, les perspectives futures pour la recherche seraient d'utiliser ces données comme une base pour des études qualitatives et quantitatives sur le terrain auprès d'infirmiers et de personnes migrantes. Il serait particulièrement intéressant d'effectuer des études qualitatives, pour continuer de recueillir les avis et les ressentis des migrants et des soignants. S'agissant d'une problématique avec une dimension très humaniste et sociale, il est primordial de commencer par développer les études qualitatives, avant d'effectuer des études quantitatives. Ces dernières pouvant concerner l'évaluation d'outils mis en place, ou encore la mise à jour des données démographiques de la migration en constante évolution.

Concernant l'apport sur le terrain, ce travail souligne essentiellement les défis des soignants existants sur le terrain concernant cette problématique. Cette recherche argumente le réel besoin d'instauration de mesures spécifiques (formations, guidelines, infrastructures), et encourage le financement pour cette cause. Ces données seront donc utiles pour sensibiliser les professionnels et les soutenir dans la prise en soins de personnes migrantes.

9. Bibliographie

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2010). *Nursing theorists* (7^e éd.). Missouri, Etats-Unis: Elsevier.

Assurance-info (2015). *Assurance de base*. Accès http://www.assurance-info.com/caisse_maladie_LAMal.htm

Bachmann, V., Völkner, M., Bösner, S., & Donner-Banzhoff, N. (2014). The Experiences of Russian-Speaking Migrants in Primary Care Consultations. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(51-52), 871-876.
doi:10.3238/arztebl.2014.0871

Bodenmann, P., Pasche, C., Marguerat-Bouché, I., Vannotti, M., Puig, F., Diserens, E.-A. & Elghezouani, A. (2008). Durcissement des lois sociales et santé des migrants forcés. *Revue médicale Suisse*, 181, 2563-2568.

CIRE (2015). Réfugiés & étrangers : petit guide anti-préjugés. Accès <http://www.cire.be/sensibilisation/outils-pedagogiques/refugies-etrangers-petit-guide-anti-prejuges>

Croix rouge Suisse (2011). *Guide de santé pour la Suisse*. Accès http://www.migesplus.ch/fileadmin/Publikationen/f_GWW_web_1_.pdf

Dao, D.M. (2012). *Somatisation, migration et culture : alternatives à quelques idées reçues*. Accès <http://www.revmed.ch/rms/2012/RMS-347/Somatisation-migration-et-culture-alternatives-a-quelques-idees-recues>

Fawcett, J. & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge* (3^e éd.). Philadelphie, Etats-Unis: F. A. Davis Company.

Hôpitaux universitaires de Genève (2015). *CAMSCO*. Accès <http://www.hug-ge.ch/medecine-premier-recours/camsco>

- Hôpitaux universitaires de Genève (2015). *Médecine de premier recours*. Accès
<http://www.hug-ge.ch/medecine-de-premier-recours>
- Ingram, R.R. (2011). Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(3), 695-704. doi :10.1111/j.1365-2648.2011.05822.x
- Longerich, B. (2014, juin). De la culture des soins aux soins des cultures. *Soins infirmiers*, pp. 60-61.
- L'office fédéral de la santé publique (2013). *Le Conseil fédéral prolonge le programme national Migration et santé*. Accès
<https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=fr&msg-id=48418>
- L'office fédéral de la santé publique (2015). *Médecins de premier recours*. Accès
<http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/13933/index.html?lang=fr>
- L'office fédéral de la santé publique. (2011). *Nouvelle étude sur la santé des migrants*. Accès <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=fr&msg-id=41506>
- L'office fédéral de la statistique. (2015). *Cantons: Chiffres clés*. Accès
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/regionen/kantone/ge/key.html>
- L'office Cantonal de la Statistique (2015). *État de la population*. Accès
http://www.ge.ch/statistique/domaines/aperçu.asp?dom=01_02_1
- L'office fédéral de la statistique. (2014). *Migration et intégration : Analyse*. Accès
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/dos2/01.html>
- L'office fédéral de la statistique. (2014). *Migration et intégration: Population étrangère*. Accès
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/key/01/01.html>
- L'office fédéral de la statistique. (2014). *Mouvement de la population: Indicateurs*. Accès
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/01.html>

- L'office fédéral de la statistique. (2014). *Population : Les principaux chiffres*. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/01/key.html>
- Organisation Mondiale de la Santé (2008). *Rapport sur la santé dans le monde 2008*. Accès <http://www.who.int/whr/2008/fr/>
- Organisation internationale pour les migrations. (2015). *Termes clés de la migration*. Accès <http://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
- Parker, M. E., & Smith, M. C. (2010). *Nursing théories & nursing practice* (3^e éd.). Philadelphie, Etats-Unis: F. A. Davis Company.
- Pépin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Québec, Canada: Chenelière Education.
- Pivnick, A., Jacobson, A., Blank, A.E. & Villegas, M. (2009). Accessing primary care: HIV Caribbean immigrants in the Bronx. *Journal of immigrant and minority health*, 12(4), 496-505. doi:10.1007/s10903-009-9293-0
- Poduval, S., Howard, N., Jones, L., Murwill, P., McKee, M. & Legido-Quigley, H. (2015). Experiences Among Undocumented Migrants Accessing Primary Care In The United Kingdom. *International Journal of Health Services*, 45(2), 320-333. doi:10.1177/0020731414568511
- Pottie, K., Batista, R., Mayhew, M., Mota, L. & Grant, K. (2014). Improving delivery of primary care for vulnerable migrants. *Canadian Family Physician*, 60(1), 32-40.
- Saint-Jean, G., Metsch, L., Gomez-Marin, O., Pierre, C., Jeanty, Y., Rodriguez, A. & Malow, R. (2011). Use of HIV primary care by HIV-positive Haitian immigrants in Miami, Florida. *AIDS Care*, 23(4), 486-493. doi:10.1080/09540121.2010.516339
- Secrétariat d'État aux Migrations SEM (2015). *Crise humanitaire en Syrie*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/syrien.html>
- Transcultural care. (2014). *Transcultural care associates : C.A.R.E*. Accès <http://www.transculturalcare.net/>
- The Johns Hopkins Primary Care Policy Center (2016). *Definitions*. Accès

<http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-carepolicy-center/definitions.html>

UNHCR (2015). *Questions et Réponses: Réfugiés*. Accès

<http://www.unhcr.ch/fr/services/questions-reponses/refugies.html>

Ville de Genève (2015). *Soins de premier recours pour les personnes sans ressources financières*. Accès

<http://www.ville-geneve.ch/themes/social/precarite/soins-medicaux>

10. Annexes

10.1 Tableaux synthétiques