

***La prévention des Infections Sexuellement
Transmissibles auprès des requérants d'asile à
Genève:
Quelle relation soignant-soigné?***

Travail de Bachelor

KEMKEN Lucie Marigo – N°08312498

MAKAMWE NTOUNKAM Nicole – N°09671900

Directrice de mémoire: Sorg Emmanuelle – Chargée de cours HES

Jury externe: Decaillet Patricia – Infirmière référente pour les Migrants et précaires
aux HUG

Genève, septembre 2013

Déclaration

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

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

Fait à Genève, le 12 Juillet 2013

Makamwe Ntounkam Nicole Paule

Kemken Lucie Marigo

Résumé

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont en recrudescence en Suisse et à Genève en particulier. Force est de constater qu'il y a une haute prévalence chez les requérants d'asile selon leur lieu de provenance, raison pour laquelle nous avons choisi de traiter de la relation soignant-soigné et de la prévention des IST auprès de cette population.

Notre étude a pour objectif de montrer que les perceptions, les représentations, les croyances des requérants d'asile et des soignants peuvent être une barrière aux discours de prévention des IST. Le but secondaire est de permettre aux différents acteurs (infirmières du PSM, des autres unités hospitalière et à domiciles, les conseillères en santé sexuelle et reproduction) d'avoir le point de vue des requérants d'asile sur leur travail de prévention et d'éducation afin d'accroître leurs compétences spécifiques.

Pour y arriver, nous avons opté pour une méthode qualitative. Nous avons mené des entretiens semi-dirigés auprès des soignants et des requérants d'asile après avoir préétabli un cadre théorique.

Il en ressort que la rencontre soignant-soigné est la rencontre de deux individus au-delà de toute culture. De plus, le travail de prévention auprès de cette population est complexe à cause des facteurs socio-économiques qui influencent les comportements sexuels.

Pour des résultats représentatifs de la population cible, nous pensons qu'une étude quantitative qui engloberait les interprètes pourrait être réalisée.

Mots clés:

Requérant d'asile, Soins transculturels, Relation soignant-soigné, Prévention, Infection sexuellement transmissible, Communication, Culture, Représentation, Sexualité.

Asylum seekers, Transcultural care, Nurse-patient relationship, Prevention, Sexually transmitted diseases, Communication, Culture, Representation, Sexuality.

Ce n'est qu'en étant conscient du caractère relatif de ses propres valeurs et comportements, de même que du nombre infini des possibilités en terme de pratique social et d'opinion individuel, que l'on peut acquérir des compétences transculturelles.

Domenig Dagmar (2001)

REMERCIEMENTS

Nous désirons exprimer nos remerciements à Emmanuelle Sorg, notre enseignante et directrice de mémoire qui nous a coachées tout au long de ce travail. Elle nous a encouragées et nous a laissées rédiger librement notre mémoire, ce qui est une marque de confiance de sa part à notre égard.

Nous souhaitons également remercier Patricia Decaillet qui a accepté d'être notre jury pour ce travail de bachelor.

Nous tenons aussi à remercier Gilles Hourton, Isabelle Villommet et Leaticia Baillot pour leur aide lors de nos entretiens exploratoires. Ils nous ont orientées dans nos recherches de la littérature et nous ont aidées à cibler la thématique de notre étude.

Nous remercions très chaleureusement les requérants et les soignantes interviewées qui non seulement nous ont donné de leur temps, mais ont aussi pris plaisir à nous transmettre leur expérience, leur savoir-faire et leur savoir-être.

Un " grand merci" aux infirmières du foyer d'Anières qui nous ont mis en contact avec les requérants interviewés et qui ont mis des locaux à notre disposition pour la réalisation de nos entretiens avec ces derniers.

Une pensée toute spéciale est destinée à Marie-Claude Pissetaz et Dominique Bart qui au-delà de la relecture et de la correction, nous ont confortées et stimulées dans la réalisation de ce travail.

En somme, nous disons " merci" à nos proches qui nous ont soutenues et ont cru en nous tout au long de nos études.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	9
1.1 <i>Motivations personnelles</i>	9
1.2 <i>Motivations professionnelles</i>	10
1.3 <i>Emergence du sujet et premiers questionnements</i>	11
1.4 <i>Restriction et pertinence de la question de recherche.....</i>	11
1.5 <i>Les différents statuts des étrangers en Suisse.....</i>	14
1.6 <i>Les requérants d'asile et la politique d'asile actuelle en Suisse</i>	15
1.7 <i>Données épidémiologiques</i>	18
1.8 <i>Les infections sexuellement transmissibles.....</i>	19
1.8.1 Les différentes Infections sexuellement Transmissibles à Genève.....	22
1.8.2 Les conséquences socio-économiques des IST à Genève	26
1.9 Démarches entreprises pour la revue de littérature.....	27
2. Méthodologie.....	29
2.1 <i>Phase empirique.....</i>	29
2.1.1 Formalités et contacts avec le terrain.....	29
2.1.2 Population cible et conditions de réalisation de l'entretien.....	30
2.1.3 Ethique et confidentialité des données	31
2.1.4 Instrument d'enquête	31
2.1.5 Présentation du planning familial	37
2.1.6 Présentation du Programme Santé Migrant	38
3. Cadre théorique	39
3.1 <i>Concept de soins transculturels de Leininger.....</i>	39
3.2 <i>Rôle infirmier dérivé du modèle de Leininger</i>	41
3.3 <i>Définition des mots clés.....</i>	43
3.4 <i>Analyse des données</i>	47

4. Analyse des thèmes des soignantes.....	54
4.1 <i>Relation soignant-soigné.....</i>	54
4.1.1 La relation d'aide.....	54
4.1.2 Adaptation de l'infirmière.....	56
4.1.3 La communication.....	57
4.2 <i>Les facteurs socio-économiques influençant les comportements.....</i>	58
4.2.1 Le niveau d'instruction.....	58
4.2.2 La religion.....	60
4.2.3 Situation socio-économique.....	61
4.2.4 La prise de risque.....	62
4.3 <i>Prévention primaire, secondaire et collective.....</i>	64
4.3.1 Prévention primaire.....	64
4.3.2 Prévention secondaire.....	65
4.3.3 Prévention tertiaire.....	65
4.3.4 Outils de prévention.....	67
4.3.5 Manque de suivi.....	68
4.4 <i>Culture et soins transculturels.....</i>	68
4.4.1 Compétences interculturelles infirmières.....	69
4.4.2 Genre homme/femme.....	72
4.5 <i>Les collaborateurs et les différents réseaux de préventions.....</i>	73
5. Analyse des thèmes des requérants.....	76
5.1 <i>Sexualité et tabou.....</i>	76
5.1.1 Formation spécifique des interprètes à la question de la sexualité.....	78
5.2 <i>Représentations et croyances.....</i>	79
5.3 <i>Attentes et intérêts des requérants d'asile.....</i>	81
6. Discussion.....	83

6.1	<i>Réflexion ultime</i>	83
6.2	<i>Apports et Limites du travail</i>	86
7.	Conclusion	88
8.	Bilans personnels selon rôle KFH	89
9.	Bibliographie	92
9.1	<i>Liste de références bibliographique</i>	92
9.2	<i>Liste bibliographique</i>	94
10.	Annexes	97

1. Introduction

Pour notre Mémoire de Fin d'Etude (MEF), nous avons choisi de traiter de la **prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) par les infirmières auprès des requérants d'asile à Genève.**

En effet, les IST sont un problème de santé publique de part les répercussions psychologiques, les complications et les coûts qu'elles génèrent. Elles sont en augmentation en Suisse et plus particulièrement à Genève, à tel point que les médias s'en préoccupent et se demandent « si c'est grâce au dépistage précoce ou si c'est à cause de l'efficacité du traitement (trithérapies) qui dédramatise le fléau et incite les gens à ne plus se protéger ». (Tribune de Genève du 7-8 Juin 2013 n° 131-23).

Tout au long de ce travail, vous verrez que nous nous sommes intéressées à la population migrante et en particulier aux requérants d'asile. Au quotidien, ils doivent faire face aux difficultés (obstacles linguistiques, difficultés de compréhension du fonctionnement du pays d'accueil, difficultés d'ordre administratif et socioéconomique). Nous avons voulu démontrer que tous ces facteurs pouvaient avoir une influence négative sur leur santé sexuelle et par conséquent sur leur adhésion au message de prévention. De plus, en allant à la rencontre des soignants travaillant spécifiquement avec cette population, nous voulions savoir s'ils prenaient en compte ces différents facteurs. Faut-il avoir des compétences spécifiques pour faire de la prévention auprès des requérants d'asile?

Par ailleurs, dans un souci d'unicité dans la relation de soin, nous avons également donné la parole aux requérants d'asile afin qu'ils puissent s'exprimer sur le message qui leur est délivré par les soignants: est-il adapté? Répond-t-il à leur attente?

1.1 Motivations personnelles

Dès le premier jour de la rentrée scolaire en 2009, nous nous sommes rapidement liées d'amitié car nous étions originaires du même pays le Cameroun et natives de la même ethnie Bamiléké. Pour la préparation des examens et des travaux de groupes, nous nous sommes rendu compte que nous étions complémentaires et avions la même méthode de travail. Pour nous, c'était donc une évidence qu'ensemble nous unirions nos forces pour le travail de Bachelor qui s'est esquissé lors d'un cours sur l'épidémiologie.

Il y était question des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), et plus particulièrement de l'hépatite B. L'enseignant nous expliquait que selon certaines

études, la population noire était prédisposée à l'hépatite B. A ces explications, n'étant pas nous même informées, d'un seul regard, la question que nous nous sommes posée était la suivante: qu'est-il mis en place pour informer cette population de la complication majeure de l'hépatite B à savoir le cancer du foie?

Etant nous même noires, immigrantes venant d'un pays à haute prévalence pour le VIH, 5.5 % de la population en 2004 (Ministère de la santé publique Cameroun, 2004) nous nous sommes senties concernées et avons fortement eu envie de découvrir ce qui se faisait à Genève au niveau de la prévention des IST.

En effet, Lucie a quitté le Cameroun il y a de cela 11 ans pour un regroupement familial. Elle a toujours voulu travailler soit dans l'humanitaire, soit en santé communautaire. Quant à Nicole, elle a dû partir du Cameroun il y a de cela 5 ans pour des raisons socioéconomiques. Vivre toutes les deux à Genève, une ville internationale et multiculturelle a renforcé nos valeurs de respect de l'autre et de ses croyances. En effet, dans la vie courante, la rencontre de deux personnes signifie la rencontre de deux cultures et l'interculturalité est ce qui rend cette rencontre intéressante et productive car donnant la possibilité à chacun d'apprendre quelque chose de l'autre.

Nous avons été particulièrement intéressées par les données épidémiologiques tant au niveau mondial qu'au niveau Suisse (OFSP), raison pour laquelle nous nous sommes déterminées à choisir ce thème de recherche. Toute cette réflexion nous anime et nous encourage à chercher, analyser et approfondir notre mémoire de fin d'étude.

1.2 Motivations professionnelles

Dès le début de la formation, il nous a été appris que la prise en soins relève de deux concepts important: la rencontre et l'accompagnement. Aller à la rencontre d'une personne qui vient au devant de nous avec une expérience de maladie ou dans le cadre de la prévention c'est, selon Florence Nightingale, bien l'accueillir. Et pour ce faire, la communication et la compréhension sont primordiales.

De plus, sachant qu'en Suisse, on trouve 188 nationalités, nous avons pris conscience durant nos stages que ni nous et ni aucune autre soignante ne pouvait faire d'impasse sur la question de l'interculturalité. De ce fait, quelles habilités infirmières sont nécessaires pour une communication adaptée dans une rencontre interculturelle? Quelles sont ses ressources et ses limites à cette adaptation?

1.3 Emergence du sujet et premiers questionnements

Le choix du sujet nous est venu à l'esprit l'année dernière lors du module Santé publique/Santé communautaire. Le problème de l'hépatite B dans la population noire a attisé notre curiosité, nous avons également réalisé un travail de validation du module sur la tuberculose, ce qui prouve notre intérêt marqué pour la santé des immigrés.

Par la suite, l'idée faisant son chemin, nous avons mené une petite enquête auprès de notre entourage et lors d'une discussion avec une compatriote, à la question de savoir si elle avait songé à faire le test du sida, elle nous répondit: «je ne suis pas une prostituée».

En y réfléchissant, nous nous sommes demandées comment la question a été perçue, décodée, comprise pour qu'elle en arrive à cette conclusion.

Tout ceci nous a amené à une première formulation de la question de recherche qui est: Comment est fait et perçu le discours de prévention des maladies sexuellement transmissibles dans une population immigrée?

Nous voulions à partir de cette question comprendre comment le discours de prévention des maladies sexuellement transmissibles peut être perçu par les immigrés comme choquant, moralisateur sur leur vie sexuelle. En effet, il nous semble que le discours de prévention est trop souvent stigmatisant, discriminant car dirigé vers une population cible dite immigrée et que les soignants ont encore des efforts à faire en ce qui concerne les conceptions et les représentations de la santé par les immigrés.

Suite à la lecture de plusieurs articles, celui de Vissandjée, Ntetu, Courville, Breton & Bourdeau, (1998) a retenu notre attention et nous a permis d'arriver à plusieurs questionnements: l'infirmière lors de la prévention, adapte-elle son discours face à la personne immigrée? Qu'elles sont ses ressources et ses limites? Les disparités de vision existant selon l'appartenance culturelle, tient-elle compte des représentations culturelles (valeur, code, interprétation) de ces immigrants? Comment est perçu ce discours par les immigrés?

1.4 Restriction et pertinence de la question de recherche

Pour ce travail, la difficulté pour nous a été de s'assurer que notre thématique était pertinente dans le cadre des soins infirmiers. Pour ce faire, nous avons énormément discuté avec certains enseignants qui nous ont aidées à la précision et permis d'aborder d'autres angles de réflexion. A savoir cette mnémotechnique ou plan de Laswell afin de définir de quoi nous allions réellement parler. C'est une méthode qui permet de réfléchir à l'avance à la situation afin d'anticiper les différentes actions: dans ce lexique, Le

C correspond au Comment

Q correspond au Quoi

Q correspond au Quel

C correspond au Combien

O correspond au Où

Q correspond au Qui

P correspond au Pourquoi

C= comment le tabou se manifeste-t-il?

Exemple: les gens se révoltent? Ne répondent pas aux questions?

Q= Quand se manifeste-t-il?

Exemple: lors d'une consultation? Lors de l'entretien (foyer d'asile, service migrant, médecin traitant)?

Q= Quel est le problème?

Exemple: parle-t-on des infections transmissibles? Comment transmettre un message à des personnes qui ont leur croyance, leur vécu personnel?

C= Combien?

Exemple: Y a-t-il des études ou des données épidémiologiques en termes de chiffres qui nous permettent de vérifier si c'est réellement un problème?

O= Où voudrait-on aller pour les entretiens?

Q= Quelles sont les personnes concernées? Les infirmières? Les personnes immigrées fraîchement arrivées ou installées depuis 10 ans

P= Pourquoi la personne réagit-elle ainsi? (hypothèse, apriori)

Nous avons également fait un premier entretien exploratoire avec une enseignante de l'école qui dans son parcours professionnel, a beaucoup travaillé avec la population migrante.

En effet, au fil des lectures et de l'entretien, nous nous sommes rendu compte que la population immigrante était vaste avec différents profils. En plus des questions précédemment posées, une autre nous semblait pertinente: Existe-t-il des outils dans la pratique qui permettent aux infirmières de prodiguer des soins culturellement adaptés?

Par la suite, nous avons réalisé un autre entretien avec le responsable du Programme Santé Migrant (PSM)¹, ce qui nous a aidé à restreindre la population cible aux requérants d'asile de Genève.

Au début, nous pensions nous intéresser uniquement à la perception du message de prévention par les requérants d'asile mais nous avons trouvé plus complet de traiter des deux pôles qui sont: la transmission du message de prévention par l'infirmière et la perception de celui-ci par le requérant d'asile.

Nous avons peaufiné le sujet et voici ce qui en est ressorti: **Comment est transmis par les infirmières² et perçu par les requérants d'asile le discours de prévention des Infections Sexuellement Transmissibles?**

Différentes autres questions nous aideront à diriger le travail afin de répondre à notre question de recherche: Lors d'une rencontre de soins interculturels entre le soignant et le soigné, y a-t-il des habiletés permettant de ne pas trop culturaliser le soin? Est-il aisé de parler de sexualité avec des personnes requérantes d'asile, sachant que culturellement le thème peut être perçu comme tabou? Quelles connaissances ces personnes ont-elles des différents réseaux mis à leur disposition? Les infirmières du Programme Santé Migrant et les conseillères en santé sexuelle et reproductive du planning familial utilisent-elles la même approche (individuelle ou collective) lors de la prévention ou de l'éducation?

- L'objectif primaire de notre étude est de montrer que les perceptions, les représentations, les croyances des requérants d'asile et des soignants peuvent être une barrière aux discours de prévention des IST.
- Le but secondaire est également de montrer que les facteurs socio-économiques (le niveau d'éducation, la religion et le lieu de provenance) et le vécu (guerre, violence sexuelle) influencent les comportements sexuels.
- L'objectif tertiaire de notre étude est de permettre aux différents acteurs (infirmières du PSM, des autres unités hospitalières et à domicile, les conseillères en santé sexuelle et reproduction) d'avoir le point de vue des requérants d'asile sur leur travail de prévention et d'éducation afin d'accroître leurs compétences spécifiques.

¹ Cf page 37

² L'infirmière doit s'entendre au féminin comme au masculin

Les hypothèses émises en lien avec notre questionnement sont:

- Les infirmières adaptent leur discours lors du message de prévention.
- Parler de sexualité est perçu comme tabou chez les professionnels et par les requérants d'asile eux-mêmes.
- Il n'y a pas de variabilité dans les perceptions des requérants d'asile en fonction de leurs origines ou de leurs provenances.
- Les pictogrammes, les brochures et romans photos sont stigmatisants et ne sont pas suffisamment adaptés à la population cible.
- Nous pensons qu'il y a une relation complexe entre les comportements sexuels, les normes sociales et les croyances.
- Les différents réseaux de prévention sont sous-exploités par les requérants d'asile à cause de la barrière de la langue.
- L'approche collective généralise et catégorise les personnes requérantes au lieu de considérer le requérant comme unique et singulier ayant des croyances et des représentations.
- Les soignants doivent avoir un savoir-faire et un savoir-être transculturel pour accompagner cette population à un changement de comportement.

Selon l'Office Fédéral des Migrations (ODM), 1,8 millions de migrants vivent en Suisse, où une personne active sur quatre est d'origine étrangère. Actuellement avec les différents conflits à travers le monde (Mali, Syrie, Egypte, Israël, Palestine), le nombre de demandes d'asile en Suisse ne cesse de croître soit 7830 demandes d'asile déposées au troisième trimestre 2012 donc 550 demandes de plus qu'au second trimestre. (ODM, 2012).

De ce fait, les professionnels de la santé au vu de ces chiffres, seront appelés à travailler de plus en plus avec les requérants d'asile et en ce sens, le choix de notre sujet nous semble pertinent.

1.5 Les différents statuts des étrangers en Suisse

Après la seconde guerre mondiale, naît la convention de Genève relative au statut des réfugiés en 1951. Cette convention a pour but de protéger les requérants d'asile contre la persécution par la reconnaissance de leur statut. Selon l'Office Fédéral des Migrations (ODM), la convention a «pour principe que nul ne peut être refoulé dans un Etat où sa vie ou sa liberté seraient menacées» (p.13).

Selon Delieutraz (2008), l'étranger est: «quelqu'un qui est d'une nation, qui appartient à un autre pays. Un étranger est un individu qui ne possède pas la nationalité du pays où il se trouve. Il s'agit d'une notion juridique dont le critère principal n'a aucun lien avec un déplacement (l'on peut être étranger même si l'on est né dans le pays où l'on se trouve)» (p.32). Autrement dit, «l'étranger, au sens grec, est bien celui qui n'était pas là depuis le début» (Laacter, 2006, p. 5).

Pour s'établir en Suisse, il faut avoir une autorisation de séjour et de ce fait, des démarches administratives sont nécessaires et selon la demande et les situations, différents permis peuvent être obtenus à savoir:

Nous nous limitons à ne citer que les permis qui sont liés à l'asile.

- Le permis N: celui-ci est accordé aux personnes qui ont déposé une demande d'asile et qui sont en attente d'une réponse. Durant cette procédure, elles ont le droit de résidence en Suisse et sont habilitées à exercer une activité lucrative après 3 mois. Elles ont également droit à une assurance maladie et sont assurées par le réseau de soins d'asile (HPR).
- Le permis F: est attribué aux étrangers admis provisoirement, car une décision de renvoi a été prononcée mais que l'exécution du renvoi est soit illicite (violation du droit international public) soit inexigible de par la mise en danger concrète de l'étranger ou encore matériellement impossible selon l'ODM à cause des motifs techniques d'exécution. A titre provisoire, ils sont autorisés à travailler et sont couverts par l'assurance-maladie (LAMal).
- Le permis S: est destiné aux personnes nécessitant une protection provisoire avec le droit à une activité lucrative.
- Les Non Entrée en Matière (NEM): sont des personnes qui ont fait l'objet d'une procédure de demande d'asile en Suisse et qui s'est soldée par un refus. Avant quitter le territoire Suisse, elles ont tout de même droit à l'aide d'urgence (10frs + logement) et à l'assurance maladie (LAMal).
- Les clandestins ou sans papiers: n'ont pas le droit de travailler. Toutefois, ils ont accès aux soins par la Consultation Ambulatoire Mobile de Soins Communautaires (CAMSCO).

1.6 Les requérants d'asile et la politique d'asile actuelle en Suisse

La migration n'est pas née d'aujourd'hui. Elle date de la nuit des temps. Des personnes quittent leur pays d'origine, en vue d'une meilleure situation pour diverses raisons à savoir: guerres, religions, réalités socio-économiques et politiques.

Indépendamment de la confédération, chaque canton est responsable de mettre sur pied sa politique de santé publique en matière de prévention et de promotion de la santé. Quelle est la politique de Genève? Et qu'en est-il de son efficacité? Étant donné qu'en 2009 en Suisse, 646 nouvelles personnes ont été dépistées positives au VIH soit 578 cas dus à des rapports sexuels non protégés (PNVI 2011-2017).

Le discours de la confédération helvétique sur la migration et santé 2008 à 2013 a une vision d'égalité des chances et sa stratégie de santé a pour but de donner une chance équitable à toute personne vivant en Suisse de réaliser pleinement son potentiel de santé, sans qu'aucun facteur évitable ne vienne l'en empêcher. Cette vision nous semble utopique dans la mesure où n'ayant aucun logement, aucune situation professionnelle, ni de soutien social, il est difficile pour le requérant d'asile de se sentir en santé. La barrière de langue constitue également un facteur de risque car elle entrave la communication, la compréhension de l'information et donc le déploiement de sa santé.

Nous croyons fermement qu'il est difficile de parler d'égalité de chances lorsque les requérants d'asile sont la plupart du temps dans un environnement précaire et qu'ils ont vécu des violences et subi des traumatismes.

La demande d'asile est déposée soit dans un centre d'enregistrement et de procédure (CEP) de la confédération, soit auprès d'une ambassade suisse à l'étranger, à un poste frontière ou dans un aéroport à l'arrivée. En Suisse, ces centres se trouvent à Altstätten, Bâle, Chiasso, Kreuzlingen et Vallorbe. Durant la procédure d'enregistrement, les demandeurs sont identifiés (relevé d'empreintes digitales plus photo). Ils sont également entendus oralement ou par écrit et doivent répondre à diverses questions.

Dans la mesure où le CEP ne peut prendre une décision immédiate, les personnes sont réparties dans divers cantons. Ces derniers ont pour devoir de les accueillir, les héberger et les soutenir sachant qu'ils reçoivent une indemnisation de la part de la confédération.

Lorsque les autorités statuent de ne pas entrer en matière, les demandeurs d'asile deviennent des NEM. Ils sont priés de quitter le territoire suisse et de retourner dans leur pays d'origine. Toutefois certains choisissent de rester en Suisse et de vivre dans la clandestinité. L'autre possibilité est de renvoyer le demandeur dans son premier pays européen d'accueil selon l'accord de Dublin³.

³ Les cas Dublin sont les requérants ayant fait une demande d'asile en Suisse mais celle-ci ne sera pas traitée car ils ont déjà été enregistrés dans un autre état Dublin.

Les pays ayant signé l'accord Dublin sont: la Belgique, l'Espagne, la France, le Luxembourg, la Suède, le Danemark, la Norvège, l'Allemagne, le Pays-Bas, l'Autriche, l'Italie, la Finlande, la Grèce, l'Islande, la Suisse, le Royaume-Uni.

Toutefois, lorsque les autorités sont favorables à la demande, elles délivrent un permis B renouvelable chaque année durant 5 ans.

Bien que la Suisse selon l'ODM soit l'un des pays en tête de liste des pays européens accueillant le plus grand nombre de requérants d'asile, il nous semble important de noter qu'avec le durcissement de la politique au cours des dix dernières années, l'asile n'a été accordé en moyenne qu'à 15% des requérants.

Nous avons décidé d'illustrer sous forme de tableau le lien entre le durcissement de la politique d'asile et le recul du nombre des demandes d'asiles, sachant que c'est depuis le 1^{er} janvier 2008 que des modifications de la loi sur l'asile (LAsi) sont entrées en vigueur.

Demande d'asile en fonction du pays de provenance de 2008 à 2012

Source : www.ejpd.admin.ch/content/bfm/fr/home/dokumentation/zahlen_und_fakten/asylstatistik/jahresstatistiken.html

	Nationalité	Année 2008	Année 2009	Année 2010	Année 2011	Année 2012
1	Nigéria	988	1786	1'969	1'895	2'746
2	Erythrée	2'849	1'724	1'799	3'356	4'407
3	Sri Lanka	1'262	1'415	939	⁴	
4	Irak	1'440	935	659		
5	Somalie	2'014	753		636	808
6	Afghanistan	405	751	670	1'052	1'386
7	Kosovo	115	694	602	634	
8	Géorgie	481	638	642		
9	Serbie	1'186	575	910	1'217	1'889
10	Turquie	519	559	530		
11	Syrie			469	826	1'229

⁴ Ces cases sont vides parce qu'il manque des données

12	Tunisie				2'574	2'239
13	Macédoine				926	1'137
14	Chine				696	808
15	Maroc					931
	Autres	5'347	6'175	6'378	8'739	11'051
	Total	16'606	16'005	15'567	22'551	28'631

A la lecture de ce tableau, nous notons une légère diminution du nombre de demandes d'asile pour les années 2009 et 2010. Toutefois, il est important de noter que les demandes d'asile varient aussi en fonction des pays de provenance et dépendent de la situation économique et politique de ces pays. Nous pouvons aussi constater qu'en 2011 et 2012, le nombre de demandes d'asile a fortement augmenté en Suisse. Ceci est principalement dû à la crise causée par le vent de révolution qui a sévi dans plusieurs pays de l'Afrique du Nord.

Il nous semble que face à cette politique migratoire restrictive menée par la Suisse, les demandes d'asile n'ont pas régressé

1.7 Données épidémiologiques

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le VIH reste un problème majeur de santé publique dans le sens où on recense de nombreux décès dans le monde: «plus de 25 millions de morts au cours des trois dernières décennies et en 2011 environ 34 millions de personnes vivant avec le VIH».

En Suisse, le dépistage du VIH a débuté en 1985 grâce à certains laboratoires qui ont réussi à mettre en évidence les anticorps du VIH. C'est à partir de décembre 1987 que tout dépistage positif est soumis à la déclaration obligatoire à l'office fédéral de la santé publique. Il est important de noter qu'à cette politique de dépistage, les IST n'étaient pas prises en considération et ce n'est que récemment que le nouveau programme national de lutte contre le VIH de l'Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP) prend en considération les autres Infections Sexuellement Transmissibles (Le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011-2017)⁵. Cette inclusion s'explique d'une part par le fait que selon

⁵ Le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011-2017 (PNVI en abrégé)

le PNVI (2010), « épidémiologiquement, l'incidence de certaines IST a progressé ou triplé depuis 2000 (chlamydia, syphilis et gonorrhée). De plus, non traitées, elles ont de graves conséquences au niveau de la santé publique car se répandent et se transmettent facilement. » (p.13)

D'autre part, il existe une interaction entre le VIH et les IST, car celles-ci permettent une propagation rapide du VIH. (p.14)

Sachant qu'une personne sur cinq résidant en Suisse est de nationalité étrangère, soit 1,8 million de personnes (office fédérale de la statistique 2011), et qu'elle est en général en moins bonne santé que la population Suisse, sollicite-t-elle pour autant le système de santé ? Quels pourraient être les obstacles à cette utilisation du réseau de soins?

1.8 Les infections sexuellement transmissibles

Les Infections de l'Appareil Reproducteur (IAR) de l'homme et de la femme selon L'Office Mondiale de la Santé, sont des infections provoquées par des microorganismes normalement présents dans les voies génitales, ou introduits à l'occasion d'un contact sexuel ou d'actes médicaux. Ainsi dit, il en existe 3 catégories: les infections endogènes, les infections sexuellement transmissibles et les infections iatrogènes. Pour notre travail, nous traiterons principalement des IST.

Les infections sexuellement transmissibles sont un problème de santé publique dans la mesure où elles sont l'une des causes majeures de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales. Elles sont responsables des incapacités chroniques telles que la stérilité et le cancer génital. De plus, elles peuvent entraîner le décès si elles ne sont pas traitées.

Chaque année, on dénombre plus de 340 millions de nouveaux cas d'IST. Souvent asymptomatiques, elles sont dépistées tardivement et leur transmission se fait principalement par des bactéries, des virus, des champignons et des parasites lors des rapports sexuels non protégés.

Selon le PNVI (2010), «l'infectiosité et les autres modes de transmission varient toutefois d'un agent pathogène à l'autre» (p.19).

Si la voie sexuelle reste le mode de transmission le plus connu, il en existe d'autres qui sont:

- La transmission verticale de la mère à l'enfant à la naissance et lors de l'allaitement
- Les transfusions sanguines ou greffes d'organes
- Les transmissions lors de contact avec les objets souillés

- Par voie bucco-génitale (contact des muqueuses)

Le canton de Genève dispose de ressources financières mises à disposition pour les programmes de lutte contre le VIH/sida par la confédération depuis 1987. Depuis 1994, ces ressources n'ont cessé de diminuer passant de 16 millions à 8 millions en 2010. (PNIV, 2010, p.71). Actuellement, pour ce même coût, on y a intégré la prévention des IST, ce qui est paradoxal dans la mesure où la prévalence des IST est en augmentation.

A Genève, il existe diverses structures (institutions et associations) proposant des tests de dépistages gratuits ou payants garantissant ainsi l'accès à toute personne désireuse de se faire dépister indépendamment de son statut légal.

Voici un tableau récapitulatif des différents lieux de dépistage du VIH et des IST à Genève.

Lieux	Hôpital Cantonal	PSM	Groupe médical d'Onex	Consultation Santé Jeune (16-20 ans)	Checkpoint Genève (Homosexuels)	Centre médical du Léman	Centre médical de Meyrin
Adresse	4, Rue Gabrielle Perret-Gentil 1205 Genève	89, Rue de Lyon 1203 Geneve	Route de Loëx 3 1213 Onex	Boulevard de la Cluse 87 1205 Genève	Rue du Grand-Pré 9 1202 Geneve	Rue Alfred-Vincent 17 1201 Genève	Promenade des Artisans 24 1217 Meyrin
Contact	Rdv téléphonique	Rdv téléphonique	Sans rdv	Rdv téléphonique	Sans rdv	Sans rdv	Sans rdv
Horaires	Lundi au vendredi 9h30-17h30	Lundi 9h30-16h Jeudi et vendredi 9h30-18h	Lundi au vendredi 8h30-18h30	Lundi au vendredi 9h-12h, 14h-17h	Lundi et mercredi 16h-20h Vendredi 12h-16h	Lundi au vendredi 8h-18h	Lundi au vendredi 7h30-18h
Prix	55.- / 25.- jusqu'à 18 ans	Gratuit	30.- / 10.- pour les mineurs	<18 ans 26.- (consultation gynécologique confidentielle)	Test VIH: 50.- / 30.- pour les moins de 26 ans IST: facturation via les caisse-maladies	40.-	50.-
Anonymat	oui	Oui sur demande	Oui	Non	Oui pour le VIH, Non pour les IST	Oui	Oui
Conseil	oui	Oui, possibilité d'avoir un traducteur formé	Non sur demande	Oui	Oui	Non sur demande	Non sur demande
IST	Sur rdv	Non	Sur rdv	Sur rdv	Vaccination hépatites A et B, dépistage IST et traitement	Sur rdv	Sur rdv
Délai pour Résultat	30 min. (entretien avec l'infirmière, test VIH et remise du résultat)	20 min	7 à 10 jours	3 jours à 1 semaine	30 min. pour le VIH / Dans la semaine pour les IST	48 heures	3 jours ouvrables

Source: http://www.infotestvih.ch/mobile/?page_id=363 (infotestvih mobile)

1.8.1 Les différentes Infections sexuellement Transmissibles à Genève

Les IST sont soumises à une déclaration obligatoire en Suisse et à Genève en particulier. Cette surveillance mise en place depuis 1988 permet d'avoir des données épidémiologiques. Lors de tests positifs, les laboratoires reconnus ont le devoir de les déclarer au service du médecin Cantonal et à l'Office Fédéral de la santé publique (OFSP). Ce n'est qu'en 2006, que l'OFSP a introduit une obligation de déclaration complémentaire par les médecins en cas de diagnostic positif et ce uniquement pour la syphilis et la gonorrhée. Ceci doit être fait dans un délai de 7 jours au service du médecin cantonal. (PNIV, 2010, p. 34)

Dans cette déclaration complémentaire, doit apparaître des informations sur les tests effectués, les spécificités à l'agent pathogène (mode d'infection) et le stade de la maladie. Toutefois, selon le PNIV (2010), ce système de surveillance ne permet pas d'évaluer avec fiabilité la prévalence et l'incidence des différentes IST du fait que la qualité des données déclarées est limitée en raison de déclarations complémentaires manquantes ou incomplètes. (p.34)

Les IST que nous allons citer ci-dessous sont déterminantes pour la santé publique selon l'OFSP car malgré les mesures mises en place, elles sont en progression.

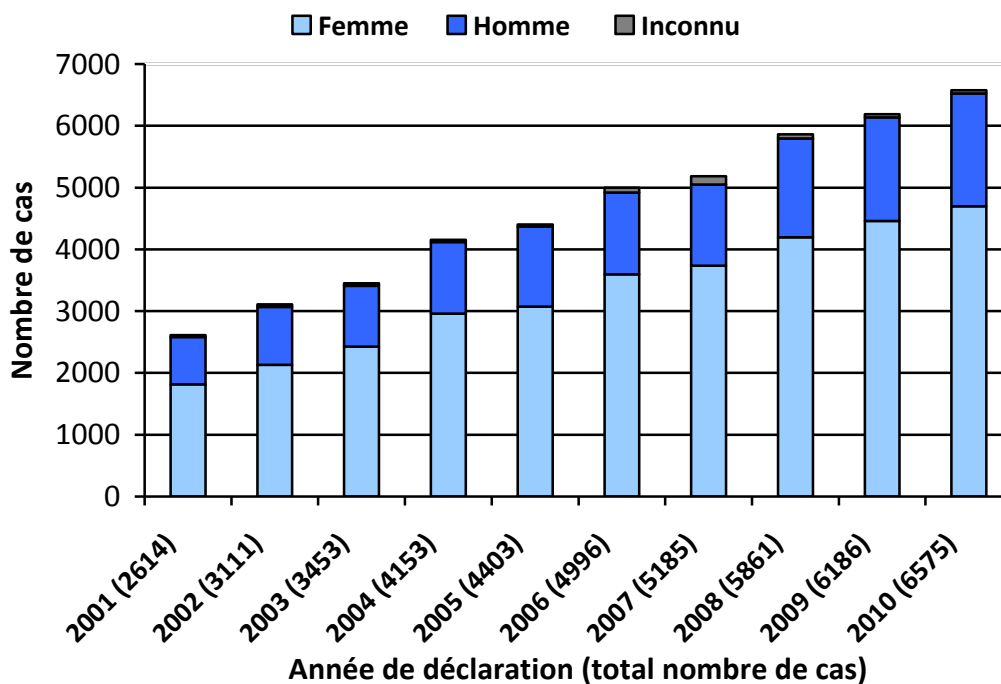
- Chlamydia trachomatis

C'est une infection sexuellement transmissible d'origine bactérienne la plus diagnostiquée et donc soumise à la déclaration obligatoire. Elle est transmise par des relations sexuelles vaginales, anales ou bucco-génitales et de la mère au nouveau-né lors de l'accouchement.

Le plus souvent asymptomatique, elle se manifeste essentiellement par des brûlures et des douleurs lors de la miction. Elle se traite par antibiothérapie ou se guérit spontanément. Cependant, si l'infection n'est pas traitée, elle peut conduire soit à une infertilité chez la femme, soit provoquer une grossesse extra-utérine.

Le nombre d'infections à chlamydia déclarées a pratiquement triplé en 9 ans. En 2001, il y avait 2614 cas et en 2010, c'était 6575 cas déclarés (OFSP).

Chlamydia trachomatis, 2001-2010



Nombre de cas de *Chlamydia trachomatis* de 2001 à 2010, par sexe

La répartition des cas par sexe et classe d'âge à Genève met en évidence que les femmes, en particulier celles de 20 à 24 ans sont les plus touchées soit 70% des femmes.

- Gonorrhée – *Neisseria gonorrhoeae*

Transmise par la bactérie *neisseria gonorrhoeae*, elle est également appelée «chaude pisse». La transmission se fait lors de rapport sexuel vaginal, anal, bucco-génital ou de la mère au nouveau-né lors de l'accouchement.

Loin d'être asymptomatique chez l'homme, la bactérie gonocoque induit une inflammation des muqueuses sur le site de l'infection, avec douleurs et écoulement purulent lors de la miction. Chez la femme, elle est le plus souvent asymptomatique. Toutefois, il peut y avoir quelques signes tels qu'un écoulement purulent et une miction plus fréquente et douloureuse.

La maladie se soigne grâce à un traitement d'antibiotique. La conséquence du non traitement est une stérilité chez l'homme et la femme. Celle-ci peut infecter son enfant, ce qui s'observera par une conjonctivite purulente chez le nouveau-né.

Contrairement à la chlamydia, ce sont les hommes qui sont le plus touchés: 37% d'hétérosexuel, 25% d'homosexuel pour une classe d'âge de 20 à 24 ans. (OFSP). C'est une infection soumise à la déclaration obligatoire en Suisse.

- Syphilis – *Treponema pallidum*

Provoquée par la bactérie *treponema pallidum*. Il existe plusieurs stades: primaire, secondaire, latente et tertiaire lorsqu'elle est non traitée. La transmission se fait par contact direct des lésions cutanées (pénis, anus, pharynx, vagin ou autres endroits du corps) ou des muqueuses de la région génito-anale et dans la cavité buccale. Durant la grossesse et l'accouchement, il y a un risque que la mère transmette l'infection à l'enfant, raison pour laquelle l'OMS recommande un dépistage systématique à toutes les femmes enceintes.

Les signes précurseurs de l'infection surviennent entre 5 et 21 jours et jusqu'à 3 mois après l'infection. Ce sont: des tâches rouges se transformant en ulcérations, en éruptions cutanées par la suite sans démangeaisons. Non traitées, elles ont de graves conséquences irréversibles: lésions au niveau du cœur, du cerveau, des os, de la peau et d'autres organes. Pour ce qui est de la dyade mère-enfant, elle peut entraîner chez l'enfant des malformations et une cécité chez le nouveau-né.

L'infection peut être traitée par antibiothérapie si elle est dépistée précocement. Sa déclaration est également obligatoire en Suisse.

La syphilis touche aussi plus les hommes, en particulier les homosexuels de la tranche d'âge de 40 à 44 ans. Actuellement, elle tend à augmenter chez les jeunes.

- Hépatite B

L'infection est induite par le virus de l'hépatite B (VHB) et peut conduire à une cirrhose hépatique ou à un cancer de foie. Sa transmission se fait par contact avec les liquides corporels à savoir: liquide sanguin et sécrétions génitales lors de rapports sexuels non protégés mais aussi de par l'utilisation des objets souillés (seringue, aiguille pour tatouage) et la dyade mère-enfant lors de l'accouchement.

Asymptomatique chez certaines personnes, elle se manifeste par des douleurs abdominales, articulaires, de la fièvre, des éruptions cutanées, le manque d'appétit et des nausées et vomissements. Selon l'OFSP, moins de 1% des personnes atteintes en meurent et elle devient chronique chez environ 5 à 10% des personnes infectées à l'âge adulte. L'hépatite B chronique se soigne avec des antirétroviraux. Il existe une recommandation de l'OFSP depuis 1998 pour une vaccination généralisée chez les adolescents de 11 à 15 ans en plus des populations à risque issues des pays à haute prévalence.

Elle touche surtout les hommes âgés de plus de 45 ans et est à déclaration obligatoire.

- L'Herpes génital

Causé par le virus herpes simplex (HSV-1 et HSV-2), il se manifeste par l'apparition de vésicules induisant des brûlures et des démangeaisons au niveau des

muqueuses du corps. Seules les symptômes sont traitables mais la pathologie en elle-même ne peut être guérie. Le HSV-1 étant le plus fréquent, il n'apparaît qu'à la bouche et aux lèvres. Quant au HSV-2, son lieu de prédilection est la région génitale.

Selon le PNVI (2010), 80% des personnes infectées par le HSV-2 restent asymptomatiques. Cependant, chez la femme enceinte, une primo-infection dans les 12 premières semaines de grossesse peut provoquer une fausse couche. La transmission se fait principalement par contact des muqueuses, avec une peau et des selles infectées. Cette infection fait partie des IST à déclaration obligatoire à Genève.

- Papillomavirus humain (HPV, verrues)

La présence de petites verrues sur les organes génitaux et même sur l'anus, dans le rectum et la bouche sont des signes de cette infection. Souvent asymptomatique, les HPV 16 et 18 sont responsables de dysplasie et du cancer du col de l'utérus chez les femmes. Les modes de transmission sont : contact des muqueuses avec une peau infectée, les relations sexuelles non protégées (anale et vaginale) et la transmission verticale mère-enfant.

Un vaccin à titre préventif est recommandé pour toutes les jeunes filles de 11 à 26 ans.

- Trichomonase – *trichomonase vaginalis*

Trichomonase vaginalis est le parasite responsable de cette infection. Selon l'OFSP elle est connue pour être très répandue avec 5 million de nouveaux cas par an. Souvent asymptomatique chez certaines personnes, elle se manifeste par des écoulements purulents, des brûlures mictionnelles, des démangeaisons et des douleurs lors des rapports sexuels.

Cette infection peut être guérie par un traitement antiparasitaire. Toutefois, pour un traitement efficace, le partenaire doit aussi être soigné. Elle peut provoquer chez la femme enceinte une fausse couche ou un poids réduit du nouveau-né à la naissance.

La transmission se fait par contact avec des sécrétions génitales et d'autres liquides infectieux.

- Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

Fréquente chez les homosexuels, elle est rare dans la population générale. C'est la bactérie chlamydia trachomatis L1-L3 qui est responsable de cette infection. Cela se manifeste au début par une inflammation indolore du site de contamination, puis par un gonflement des ganglions lymphatiques induisant des douleurs et fièvre, saignements, des écoulements purulents, constipation et ou abcès et ulcères anaux.

Lorsqu'elle n'est pas traitée, elle engendre des lésions dans l'anus nécessitant une intervention chirurgicale.

L'infection se soigne par antibiothérapie et la transmission est faite par contact des muqueuses (génitales, anales et orales).

- VIH (virus de l'immunodéficience humaine)

Lorsqu'une personne est infectée par le VIH, elle voit son système immunitaire être détruit par le virus, réduisant petit à petit ses défenses immunitaires.

Le lien entre le VIH et les autres IST est la transmission par des rapports sexuels non protégés ou l'échange de seringues et d'aiguilles pour les consommateurs de drogues. Il nous semble important de noter que les risques de transmissions du VIH diffèrent selon les pratiques sexuelles. Selon le PNVI (2010), les rapports anaux non protégés représentent la pratique la plus risquée au regard d'une infection au VIH pour les deux partenaires. En ce qui concerne les rapports bucco-génitaux, il y a risque d'infection au VIH si du liquide biologique ou des sécrétions génitales (sperme, sang menstruel) pénètrent dans la bouche du partenaire ou sont avalés. Toutefois, les autres IST se transmettent plus facilement que le VIH qui peut non seulement être transmis au contact d'objets souillés mais aussi dans la dyade mère-enfant lors de l'accouchement et l'allaitement maternelle.

Si le préservatif est un moyen efficace de prévention contre le VIH, ce n'est pas le cas pour toutes les IST par exemple l'herpès génital et la syphilis car il y a contact peau à peau.

De par certaines études scientifiques et selon l'OMS, la circoncision serait un moyen de protection contre les infections sexuellement transmissibles bien que n'étant pas à elle seule un moyen de protection sûre.

Actuellement, il n'existe pas de vaccin contre le VIH et par conséquent, on ne peut guérir cette infection. Cependant, un traitement plus précoce prolonge la vie des patients et a pour résultat de faire baisser la transmission entre les sujets infectés et les personnes indemnes. (OMS, 2013)

Le sida (syndrome de l'immunodéficience acquise) est la complication tardive d'une infection au VIH (OFSP, 2012). A ce stade, certaines infections peuvent être mortelles pour la personne atteinte du fait de l'affaiblissement complet de son système immunitaire.

1.8.2 Les conséquences socio-économiques des IST à Genève

Plus de 34 millions de personnes sont infectées par le VIH ou atteintes du sida dans le monde selon l'OFSP. En Suisse, on en dénombre 22000 à 29000 personnes porteuses du VIH à la fin de 2011.

Selon Wassilew & al, (2013), 620 infections ont été nouvellement diagnostiquées en 2012. Concernant les autres IST, environ 20000 personnes sont infectées de manière chronique par l'hépatite B soit 0,3% de la population et toutes les autres IST sont en augmentation.

Au niveau sanitaire, les IST engendrent de graves conséquences sur la population en général et sur les coûts du système de santé. Lorsqu'elles sont non traitées comme mentionné précédemment, elles induisent des maladies chroniques, des décès, de la stérilité, des cancers, des malformations sévères et de la cécité chez les nouveau-nés.

Au niveau économique, les coûts des traitements sont élevés. Pour le VIH par exemple, le PNVI (2010) affirme que le traitement d'une personne infectée coûte jusqu'à un million de francs suisse (25000 CHF par année durant une espérance de vie moyenne de 40 ans). (p.7).

VIH	Coûts
Recherche	15 millions
Prévention	41 à 62 millions en 1998 59 millions en 2010
Traitement	168 millions en 1998
Assurance-maladie LAMal	200 millions en 2010
Entreprises (coûts directs causés par l'arrêt de travail et décès prématuré)	443 millions

Source : PNVI (2010)

1.9 Démarches entreprises pour la revue de littérature

La recherche d'articles et d'ouvrages en lien avec notre travail de mémoire de fin d'étude date de la deuxième année Bachelor.

Pour mieux cerner le sujet, nous avons fait des recherches généralisées et spécifiques avec des mots clés sur différents moteurs de recherche tels que : HONSELECT pour la traduction des mots clés en anglais et CINHAL pour la recherche des articles en soins infirmiers et la sauvegarde de ces derniers par la création d'un compte.

Les mots clés utilisés étaient les suivants:

- Communication
- Interculturel
- Prévention
- Perception

- Speech
- Immigrants
- Transcultural care
- Nurse-patient relations
- Sexually transmitted diseases

Pour la recherche des ouvrages, nous avons utilisé le moteur de recherche BIBAL de la HEDS, RERO pour le réseau des bibliothèques de Suisse Romande et nous avons également sollicité la bibliothèque du planning familial. Une des personnes interviewée, nous a également donné des références en lien avec le travail.

Nous avons aussi visionné le DVD documentaire «Quand comprendre peut guérir» réalisé par artefakt wort+bild sur mandat de l'office fédéral de la santé publique.

Toutes ces démarches nous ont permis d'investiguer, de délimiter et d'approfondir nos connaissances sur le sujet. Elles nous ont aussi permis d'apprendre et de nous questionner à nouveau sur les aspects méconnus du sujet et de voir ce qui avait déjà été traité.

2. Méthodologie

2.1 Phase empirique

2.1.1 Formalités et contacts avec le terrain

Dès la rentrée scolaire 2012-2013, nous avons commencé par remplir les différents documents qui nous permettraient d'obtenir une autorisation d'interviewer les populations cibles de notre étude.

Ces documents se composaient :

- d'une lettre de demande d'autorisation aux directions d'institutions
- d'une lettre d'information destinée aux personnes participant au travail de Bachelor
- d'un formulaire de consentement libre et éclairé pour garantir la confidentialité des données.

Ceci fait, nous avons cherché la liste des foyers de requérants d'asile de Genève et avons téléphoné à ces institutions pour premièrement avoir un responsable de soins et ensuite pouvoir avoir un premier rendez-vous.

Dans un premier temps, nous nous sommes heurtées à plusieurs reprises à l'incompréhension des réceptionnistes du foyer de requérant d'asile du Grand-Saconnex qui nous ont à chaque fois renvoyées au service de communication de l'Hospice Général. Frustrées par cette incompréhension, nous avons décidé de nous présenter physiquement à ce foyer pour finalement comprendre que le responsable n'était autre que celui du Programme Santé Migrant (PSM).

D'autre part, nous avons également pris rendez-vous avec le responsable du foyer d'Anières et grande fût notre surprise lorsque arrivées sur place, les infirmières nous ont expliqué qu'elles faisaient plus un travail de coordination de réseaux de soins pour requérants d'asile qu'un travail de prévention. Lorsqu'il y avait une demande de la part des requérants pour de la prévention, ils étaient dirigés soit au Programme Santé Migrant, soit au planning familial.

Au final, nous avons déjà rencontré Monsieur Gilles Hourton, responsable du PSM et interviewé une infirmière du PSM en deuxième année Bachelor lors de l'entretien exploratoire. Sur les recommandations d'une infirmière du foyer d'Anières, nous avons décidé d'entreprendre de nouvelles démarches au planning familial pour interviewer une conseillère en santé sexuelle et reproductive.

Concernant ces démarches, nous avons eu l'autorisation de la responsable du Planning Familial.

Une fois de plus avec l'aide des infirmières du foyer d'Anière et l'accord de Mr. Hourton, nous avons pu malgré la délicatesse du sujet entrer en contact avec des requérants d'asile qui ont accepté de signer le formulaire de consentement éclairé et libre.

2.1.2 Population cible et conditions de réalisation de l'entretien

Pour notre échantillonnage, nous avons interviewé deux femmes, l'une infirmière spécialisée au PSM et l'autre sage femme, conseillère en santé sexuelle et reproductive. Du côté des requérants d'asile, nous avons interviewé une femme et un homme tout deux originaire d'Afrique subsaharienne (Rwanda et Côte-d'Ivoire), donc $n=4^6$.

Comme mentionné dans les motivations personnelles, notre choix de population cible sur les requérants d'asile d'origine subsaharienne est lié au fait que le sujet est délicat et n'est pas facile à aborder sans être intrusif. Etant nous même noires et d'origine d'Afrique subsaharienne, nous avons pensé que cela nous faciliterait l'accès à cette population et permettrait à chacun de se sentir plus en confiance et de s'exprimer librement.

Nous avons pris soin d'apporter à boire et à grignoter durant l'entretien pour créer une ambiance chaleureuse. Au début de l'entretien, celui-ci se déroulant dans une salle d'entretien infirmier du foyer d'Anières, nous avons dès les premières questions observé une gêne de la part de Fatou⁷ due au fait qu'elle était installée face fenêtre et pouvait être vue par tous les résidents du foyer qui passaient par là. Ayant constaté cela, nous lui avons fait changer de place et la suite de l'entretien s'est déroulée sans encombres.

Quant à l'infirmière et la conseillère en santé sexuelle et reproductive, les entretiens se sont déroulés dans leur bureau. L'accueil était chaleureux et elles se sont montrées très intéressées par le sujet. Nous avons prévu une heure pour chaque entretien, mais au final ça a duré une demi-heure de plus à cause des diverses interruptions dues soit au téléphone, soit à une demande à l'accueil. Nous avons trouvé qu'elles étaient dans leur élément, maîtrisant parfaitement leur sujet car répondant avec aisance à nos questions.

De plus, par la démonstration concrète des outils utilisés dans leur pratique tels que les dépliants, les images, le roman photo, cela nous montrait un aspect palpable de leur pratique quotidienne.

⁶ N correspond au nombre de personnes interviewées. Il y en a quatre en tout: 2 soignants et 2 requérants d'asile.

⁷ Fatou est un nom fictif pour la requérante d'asile

2.1.3 Ethique et confidentialité des données

Selon la législation genevoise sur la santé, la loi K1 03 stipule que les professionnels de la santé et leurs auxiliaires sont tenus au secret professionnel (art 87). Ce qui signifie que nous, en tant qu'étudiantes infirmières, sommes également tenues au secret professionnel.

Avant de réaliser les différents entretiens, nous avons pris soins de remettre à chaque participant, une lettre d'information (art 18a, devoir d'informer lors de la récolte de données personnelles), le questionnaire et un formulaire de consentement libre et éclairé en lien avec la Loi Fédérale sur la protection des données. Nous leur avons ainsi assuré la confidentialité, l'anonymat lors de la retranscription et de l'utilisation des données dans l'analyse du travail et pour finir, la destruction du dictaphone à la fin du travail.

Du point de vue éthique, soucieuses de la bonne compréhension de l'information par les participants requérants d'asile en particulier, du fait qu'à ce moment là nous ne connaissions pas leur niveau d'étude, nous avons pris soin d'organiser avec l'aide de l'infirmière un premier rendez-vous où nous leur avons expliqué oralement le but, les tenants et les aboutissants de l'entretien. Nous leur avons également expliqué qu'ils avaient la possibilité de ne pas répondre aux questions qui leur paraissaient gênantes dans le respect d'une de nos valeurs: le principe d'autonomie qui selon Le Coz cité par Mattei, (2008) «est une valeur qui oblige à prendre en considération la capacité du patient – alors considéré comme un agent à participer au processus décisionnel» (p. 77).

2.1.4 Instrument d'enquête

Nous avons utilisé une méthode qualitative pour notre recherche et selon Fortin, (2010) «les méthodes de recherche qualitatives se fondent sur des croyances et sur une approche holistique des êtres humains, qui orientent la démarche de la recherche» (p. 269). En effet, le but de notre étude étant de découvrir, comprendre et approfondir les perceptions et les expériences des participants afin de répondre à nos questions de recherche.

Pour y arriver, nous avons effectué différents entretiens semi-dirigés avec la population cible pour collecter des données. Comme mentionné préalablement, nous avons préparé les questions en avance et les avons remises aux participants, nous avons créé un climat de confiance par une ambiance conviviale afin que les participants soient à l'aise pour répondre aux questions. De part l'enregistrement audio, nous nous sommes assurées que ces entretiens semi-dirigés soient comme le définit si bien Savoie-Zajc (2009)

Une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le flux de l'entrevue dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux sur lesquels il souhaite entendre le répondant, permettant ainsi de dégager une compréhension riche du phénomène à l'étude. (Fortin, 2010, p. 429).

Le guide d'entretien nous aura permis de reformuler et clarifier les questions afin de permettre aux participants de rester dans le cadre de la question lorsqu'il nous semblait qu'ils en sortaient.

Questions pour infirmière et conseillère en santé sexuelle	But recherché
<p>Question 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous de manière synthétique nous relater votre parcours professionnel? 	<ul style="list-style-type: none"> Permet de mettre la personne en confiance, de se sentir valorisée et de s'ouvrir plus facilement sur le sujet. Permet de savoir si la personne est qualifiée pour répondre à nos questions et si ce n'est pas le cas, s'adresser à quelqu'un d'autre.
<p>Question 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Comment entrez-vous en contact avec les requérants d'asile pour faire de la prévention des IST? Se présentent-ils spontanément? Comment vous organisez vous? 	<ul style="list-style-type: none"> Visualiser les réseaux mis en place pour les requérants et la prise en soins. Connaître leur rôle propre et leur rôle prescrit.
<p>Question 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Recevez-vous des personnes pour l'éducation à la santé? Si oui à quelle fréquence? Comment sont organisées ces consultations pour toucher les populations concernées? 	<ul style="list-style-type: none"> Savoir concrètement comment elles travaillent. Connaître les stratégies qu'elles utilisent pour entrer en contact. Découvrir la spécificité de leur prise en soins.
<p>Question 4</p> <ul style="list-style-type: none"> Sachant que les requérants 	<ul style="list-style-type: none"> Comprendre comment elles

<p>d'asile ne sont pas toujours de langue francophone, qu'ils sont de cultures diversifiées, pouvez-vous nous expliquer votre démarche de transmission du message de prévention?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmettez-vous le message de manière identique selon que la personne est asiatique, africaine, européenne ou américaine? 	<p>s'adaptent à la différence de culture.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au niveau de la communication, identifier leurs habilités et les stratégies mis en place pour se faire comprendre.
<p>Question 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisez-vous des outils tels que: des protocoles, des brochures ou des traducteurs? 	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer si les outils utilisés ont un impact sur le discours de prévention. • Vérifier qu'ils soient adaptés à la population cible.
<p>Question 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'après votre expérience professionnelle, comment est perçu selon vous votre message de prévention? • Avez-vous le sentiment de répondre aux attentes des usagers? • Existe-t-il une variabilité dans les perceptions des personnes en fonction de leurs origines? • Si oui quelles variabilités? 	<ul style="list-style-type: none"> • Leur permettre de s'auto-évaluer • Comparer leurs points de vue avec celui des requérants d'asile. • Mettre en évidence la perception qu'elles ont de leur travail.
<p>Question 7</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'elles sont les différentes IST que vous rencontrez? • Comment réagissez-vous si lors d'un entretien ou discussion avec un requérant, celui-ci vous informe ou vous découvrez qu'il est déjà porteur d'une IST? 	<ul style="list-style-type: none"> • Recenser les différentes IST existantes. • Identifier la prise en soins au niveau de la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

<p>Question 8</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statistiquement parlant, parmi les requérants d'asile, quelle est la population (nationalité, âge et genre) auprès de laquelle vous faites le plus de prévention des IST? 	<ul style="list-style-type: none"> • Nous aider à choisir notre population cible. • S'informer sur son accessibilité.
<p>Question 9</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'après votre expérience, parler de sexualité est-il un sujet tabou chez ces personnes requérantes d'asile? • Comment se manifeste ce tabou? • Quels sont les comportements des personnes? • Et comment prenez-vous en compte le fait que le thème est perçu comme tabou? 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en évidence les stratégies qu'elles adaptent pour parvenir à parler de sexualité. • Connaître ces stratégies et habiletés pour pouvoir les utiliser lors de nos entretiens avec les requérants et lorsque nous serons des professionnelles.
<p>Question 10</p> <ul style="list-style-type: none"> • En tant que futures professionnelles, nous avons peur de ne pas avoir suffisamment de savoir-être relationnel pour un accompagnement de cette population à une prise de conscience si besoin. Pensez-vous qu'il faille avoir des compétences particulières? • Y a-t-il «une manière de faire» ou une «manière d'être» qui vous semble adéquate? • Si oui laquelle? 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en évidence les compétences nécessaires pour la prise en soins des requérants d'asile. • Identifier leur degré d'investissement dans cette prise en soins.
<p>Question 11</p> <ul style="list-style-type: none"> • Souhaitez-vous ajouter quelque chose d'important que nous n'avons pas abordé? 	<ul style="list-style-type: none"> • Leur permettre de rajouter des éléments leur semblant important. • Clore l'entretien.

Questions pour les requérants d'asiles	But recherché
<p>Il nous semble important de noter que nous avons simplifié et reformulé les questions lors des entrevues pour une bonne compréhension de la part des requérants.</p>	
<p>Question 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • En quelques mots, pouvez-vous nous raconter votre parcours de vie? 	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de connaître le parcours de vie de la personne, les raisons de son exil. • Malheureusement, en dehors de la nationalité et de l'âge, nous n'avons pas eu de réponse à cette question parce que les personnes interviewées ont annoncé ne pas vouloir parler de leur vie privée.
<p>Question 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà assisté à une séance d'information et de prévention des IST ou avez-vous été abordé par une infirmière pour parler des IST? 	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de savoir s'ils ont été approchés par une infirmière et de quelle manière. • Identifier le discours de prévention.
<p>Question 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment avez-vous perçu le message de prévention? Répondait-il à vos attentes? si oui lesquelles? 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre la perception et l'interprétation qu'ils ont du message de prévention. • Identifier leurs différents besoins. • Savoir s'ils sont satisfaits de ce qui est mis en place ou fait actuellement.

<p>Question 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parlez-vous de sexualité avec l'infirmière, quelle relation avez-vous avec elle ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir s'il existe une relation de confiance entre eux et l'infirmière ou la conseillère en santé sexuelle.
<p>Question 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parler de sexualité est-il un sujet tabou pour vous? si oui pour quelles raisons? 	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir si parler de sexualité représente une gêne, une honte pour eux. • Mettre en évidence les motifs ou les facteurs qui les empêcheraient d'en parler.
<p>Question 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que le langage et les outils (pictogramme, roman photo et brochure) utilisés par les infirmières vous ont aidé à comprendre le message de prévention? 	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si les outils utilisés sont adaptés. • Identifier l'outil qui leur correspond le mieux. • Evaluer la compréhension du discours de prévention et mettre l'accent sur la barrière linguistique.
<p>Question 7</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selon vous, quelles sont les facteurs qui influencent votre comportement sexuel? 	<ul style="list-style-type: none"> • Cerner les raisons qui favorisent un comportement sexuel à risque.
<p>Question 8</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que l'accès à l'information (internet, télévision) et message de prévention de l'infirmière influencent votre comportement sexuel? 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier si les différents moyens d'information ont un impact positif sur le comportement sexuel. • Identifier le moyen qui leur correspond.
<p>Question 9</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selon vous, qu'est-ce qui vous correspond le mieux: parler de 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en évidence l'approche qui permet au mieux de les

sexualité de manière collective ou de manière individuelle?	sensibiliser.
<p>Question 10</p> <ul style="list-style-type: none"> • Souhaitez-vous rajouter quelques choses? 	<ul style="list-style-type: none"> • Leur permettre de rajouter des éléments leur semblant important. • Permet de clore l'entretien

2.1.5 Présentation du planning familial

Créé depuis environ 50 ans et anciennement appelé CIFERN, le planning familial de Genève est un service psycho-social, non médicalisé travaillant en collaboration avec le Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève et ceci depuis 2002.

Il est important de noter que dans le canton de Genève, en matière de santé sexuelle, le planning familial est le seul endroit qui offre l'accessibilité et la gratuité de ses prestations. Il joue également un rôle de transmission entre le service publique et privé et est intégré dans le réseau psychosocial du canton.

Le planning familial s'occupe des adultes et des adolescents sans distinctions d'âge, de genre, de nationalité, d'état civil et de confession religieuse.

Leurs missions sont de:

- Contribuer en promouvant la qualité de vie des individus, des couples et des familles, pour tout ce qui a trait à la fertilité, la contraception, la sexualité et les relations affectives.
- Informer en aidant, soutenant ou orientant les individus qui le désirent sur toutes les questions d'ordre médical, social et psychologique concernant les différentes étapes de la vie relationnelle et sexuelle.
- Au niveau Fédéral, leur mission est de prévenir les IST/VIH, la dépression périnatale et la santé sexuelle et procréative auprès de la population migrante. Il est partenaire de l'Office Fédéral de la Santé Publique en charge du développement de la stratégie nationale de prévention du VIH/sida et autres IST pour la mise en œuvre du programme 2011-2017 (axe 1 de la stratégie) avec les experts du terrain.

Les conseillers (ères) en santé sexuelle et reproductive y sont les principaux acteurs.

2.1.6 Présentation du Programme Santé Migrant

Créé en 1993 à l'initiative de la Croix Rouge genevoise, il fait également partie du département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences depuis 1999.

C'est à partir de 2002, qu'il participe au Réseau de Soins Asile (RSA) en collaboration avec l'Hospice Général. Les infirmières qui y exercent, partagent leurs activités entre le Programme Santé Migrant (Charmille) et les différents foyers d'accueils pour requérants d'asile du canton (Saconnex et Anières).

Leurs rôles essentiels sont de pratiquer les soins de premier recours, évaluer les problèmes de santé primaire et orienter les patients vers un médecin.

Leurs principales missions sont de:

- Accueillir, effectuer une évaluation de l'état de santé de chaque nouveau requérant d'asile et attribuer systématiquement un médecin de premier recours dans le cadre du Réseau de Soins Asile (RSA).
- Prendre des rendez-vous pour la mise à jour des vaccins et participer à des actions de promotion et de prévention de santé.
- Assurer le suivi de maladies chroniques, la santé maternelle et infantile.
- Coordonner les réseaux socio-sanitaires autour de chaque patient tout en assurant la gestion des situations de crises.
- Travailler en collaboration avec les interprètes communautaires et les médiateurs culturels de la Croix-Rouge genevoise spécialement formés pour travailler en milieu médical.

3. Cadre théorique

Pour ce qui est du cadre théorique de notre travail, en plus d'autres auteurs, nous allons principalement nous appuyer sur la théorie des soins infirmiers de Madeleine M. Leininger que nous trouvons essentielle pour répondre à notre questionnement de départ en sachant que «L'infirmière qui base sa pratique professionnelle sur la conception de Leininger vise des soins infirmiers culturellement cohérents avec les valeurs et les croyances de la personne, de la famille, du groupe ou de la communauté, dans le but de promouvoir, de préserver, et de maintenir son bien-être» (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.104).

3.1 Concept de soins transculturels de Leininger

Madeleine M. Leininger est la fondatrice du concept de soins infirmiers transculturels et de l'universalité des soins. C'est vers 1950, travaillant dans un institut psychiatrique avec des enfants provenant de milieux culturels différents qu'elle prend conscience de l'importance de la culture dans les soins.

Comme susmentionné, le but de la théorie de Leininger (1988) «est de fournir des soins infirmiers culturellement congruents».

En effet, «les soins infirmiers culturellement congruents» signifient selon Pepin et al (2010) «examiner la structure sociale de la personne, sa vision du monde, ses valeurs, la langue et son contexte environnemental afin de répondre à ses besoins spécifiques» (p. 73). « C'est pourquoi, un comportement n'est significatif que dans la mesure où il s'insère dans un environnement. » (Leininger, 2002, cité par Pepin et al, 2010, p.73).

Dans notre pratique actuelle, est-il aisé de procurer des soins culturellement congruents?

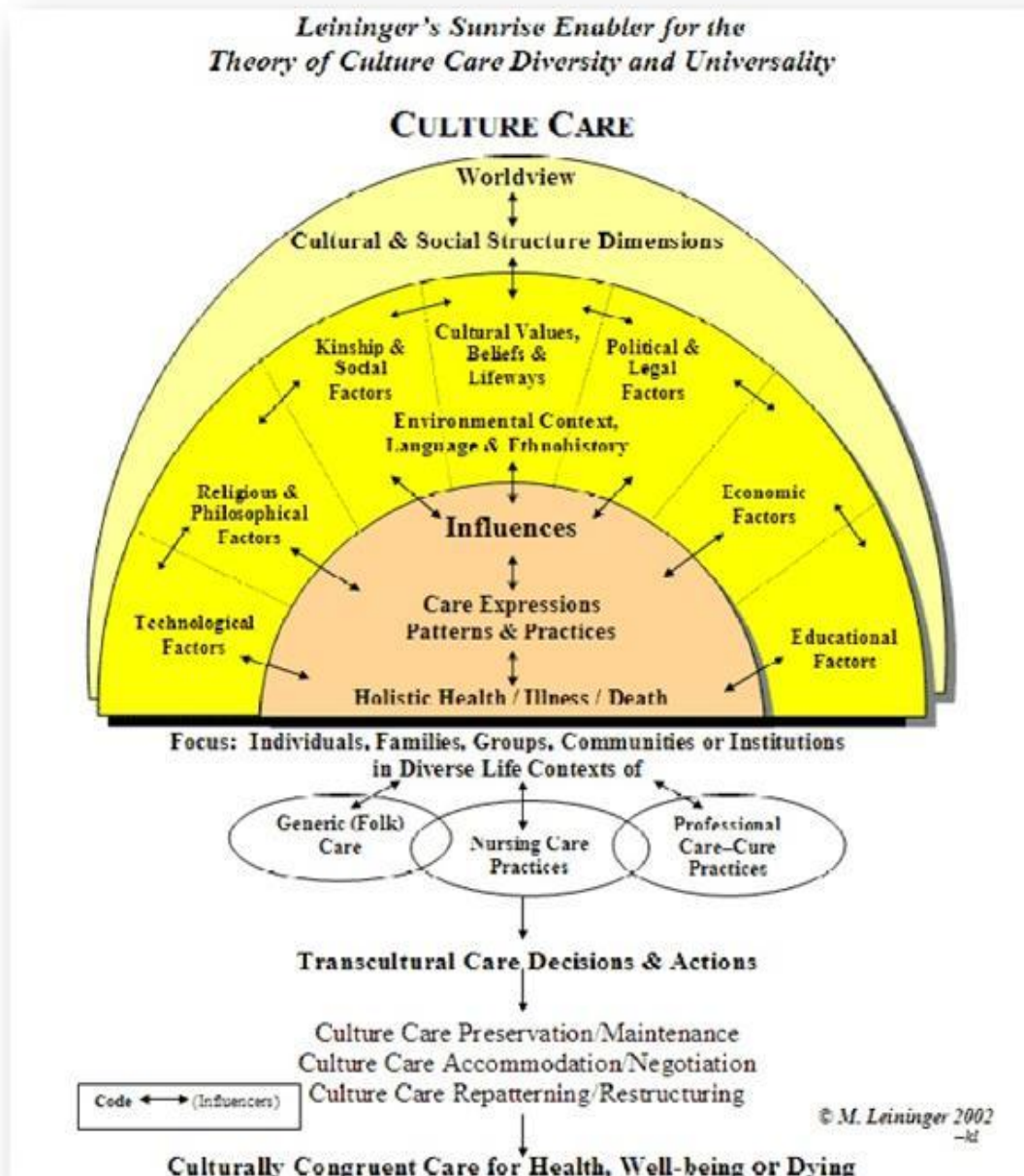
Bien qu'ayant des outils (anamnèse, démarche de soins) adaptés à cette démarche, n'y a-t-il pas trop d'obstacles pour y arriver?

Leininger par son concept, a sensibilisé les professionnels de la santé aux soins transculturels. En cette ère de mondialisation favorisant une augmentation de la mobilité et donc de la migration, son héritage est plus qu'indispensable pour les professionnels et les futures professionnelles que nous sommes. La compétence transculturelle doit également être prise en considération dans la politique de santé à tous les niveaux et dans toutes les institutions.

En effet, «une démarche transculturelle suppose de prendre conscience non seulement des différences, mais aussi des points communs, et d'empêcher la

délimitation et l'exclusion en allant vers l'autre ou en s'efforçant de le comprendre.» (Dagmar Domenig, 2009, p. 26).

Théorie des soins et modèle Sunrise de Madeleine Leininger



Source : <http://1.bp.blogspot.com/-thgronWksCk/ThuxKo82VGI/AAAAAAAAAi4/ZLihfVYm01Y/s1600/pic.jpg>

3.2 Rôle infirmier dérivé du modèle de Leininger

La discipline infirmière se base sur les concepts tels que les méta-paradigmes et les paradigmes.

Pour ce qui est des méta-paradigmes, l'infirmière dans son rôle est en relation avec la personne, son environnement, son état de santé et le soin qu'elle prodigue. Florence Nightingale est la pionnière de l'interaction personne-environnement ainsi que de la recherche dans les soins infirmiers.

Selon Pepin et al (2010), Leininger considère la personne comme « un être culturel qui a naturellement tendance à prendre soin et qui a survécu au temps et à l'espace. » De plus, elle définit l'environnement comme étant « tous les aspects contextuels dans lesquels se trouvent les personnes et les groupes culturels, par exemple les caractéristiques physiques, écologiques et sociales, ainsi que les visions du monde. » (p. 81)

En effet, les soignantes du terrain que nous avons rencontrées sont conscientes de l'influence de l'environnement sur les comportements sexuels des requérants. Elles affirment que ces personnes vivent dans un monde complexe suite aux difficultés quotidiennes dont elles doivent faire face. De ce fait, concernant la prévention, les infirmières savent également qu'il ne suffit pas de dire pour qu'elles fassent.

Leur but étant la santé et la qualité de vie de la personne, que ce soit dans son environnement immédiat ou élargi (Pepin et al, 2010, p. 8), elles prennent en considération tous ces facteurs et se retrouvent parfois dans le paradigme de la catégorisation à savoir, faire pour la personne:

Nous, souvent dans la prévention, on aura envie de faire, mais je trouve c'est très fort chez nous les soignants [...] ici on a qu'à même souvent à faire à une population plus précarisée et le but c'est pas de mater les gens, de les prendre par la main, faire à leur place mais moi j'arrête pas tout le temps de faire ça, ça dépend des caractères, mais je suis persuadée que le fait de faciliter les demandes chez les migrants ça aide à consulter. (Lydia⁸)

« Les soins infirmiers sont définis comme étant un processus facilitant les transitions en vue d'optimiser le sentiment de bien-être quels que soient l'âge des personnes, leur culture, leur situation de vie et de santé ou l'environnement des soins. » (Pepin et al, 2010, p. 8). Leininger souligne que pour ce qui est de la santé, « les croyances, valeurs et façons d'agir reconnues culturellement doivent être utilisées afin de préserver et de maintenir le bien-être d'une personne ou d'un groupe

⁸ Lydia est un nom fictif pour la sage-femme conseillère en santé sexuelle et reproductive

pour permettre l'exécution des activités quotidiennes. » (Citée par Pepin et al, 2010, p. 81).

Dans la pratique, l'exemple notoire est celui de Lena⁹ qui utilise la croyance de la personne sans entrer en confrontation avec elle pour faire passer son message de prévention « C'est Dieu qui donne la maladie, Dieu me protège...moi j'essaye de dire voilà Dieu vous protège et vous donne l'information». Par cette illustration, Lena est dans le paradigme de l'intégration et de la transformation. Elle reconnaît que la personne est un être biopsychosocial, culturel et spirituel en interaction avec son environnement. De plus, elle fait avec la personne et est avec elle dans la mesure où elle l'accompagne dans le changement de comportement.

En somme, nous pensons que dans la prévention des Infections sexuellement transmissibles, les infirmières ne se figent pas dans un seul paradigme car selon les situations de soins, elles migrent de l'un à l'autre.

⁹ Lena est un nom fictif pour l'infirmière interviewée

3.3 Définition des mots clés

A ce stade du travail, il nous semble indispensable de définir ces mots clés pour être dans une compréhension commune des thèmes.

- **Droit d'asile:**

A l'origine, c'est un lieu de refuge où l'ennemi ne peut entrer. La notion de droit d'asile s'entend fréquemment de l'asile politique or historiquement, ce sont des agissements de droit commun que visait à protéger un tel droit. La conception civile est dominante dans nos sociétés actuelles avec des traces de la conception religieuse. Le droit d'asile est devenu étatique puisque c'est le territoire entier d'un Etat qui est «terre d'asile». L'asile a acquis un caractère laïque et politique et constitue l'une des composantes de la souveraineté territoriale de l'Etat d'accueil. L'article 14 de la Déclaration universelle des droits de l'homme prévoit que: «devant la persécution, toute personne a le droit de chercher asile et de bénéficier de l'asile en d'autres pays». (Ferréol & Jucquois, 2003, p. 29-30).

- **La communication:**

Vient du mot latin *communicatio*, qui va progressivement prendre le sens de transmettre, d'échanger. C'est un échange de personne à personne, qui mobilise et remanie en temps réel ce que l'on est, et de la façon dont l'autre se vit. Il y a communication lorsqu'on émet ou reçoit un message et lorsqu'on donne une signification aux signaux de l'autre. C'est une mise en relation de deux individus qui vont se découvrir. (Bioy & al, 2003, p. 15, 43)

Par contre la **Communication interculturelle** est ce qui permet aux membres d'une même culture ou de cultures différentes qui partagent des modèles de perceptions du monde, des schémas cognitifs et des langages communs, de créer du sens à travers leurs interactions. Barrette Christian & al, (1993, p. 30)

Dans le cadre de soins, la communication est décrite par Phaneuf (2011), comme un aspect des soins inséparable de leur qualité. Des interventions infirmières où la communication est insuffisante pour le client se révèlent rebutantes et sont perçues par celui-ci comme étant déshumanisées. (p. 8)

- **La perception:** vient du mot latin *perceptio*, signifie une fonction par laquelle l'esprit se représente les objets; acte par lequel s'exerce cette fonction; son résultat. (Rey-Debove & Rey, 2007, p. 1855).

Influencée par des facteurs culturels, la perception décrit le mécanisme individuel de réception d'informations. Elle est fonction d'actes perceptifs chez l'individu et non d'une attitude d'ouverture passive. Ces actes perceptifs sont ceux de l'appareil biologique (les sens) et de la personne (culture, personnalité, expériences antérieures). (Barrette Christian & al, 1993, p. 26)

- **La culture:** issue du latin *cultura*, lui-même dérivé du verbe *colere*, le terme est décrit par Edward Tylor dans son ouvrage publié en 1871 comme un tout complexe qui inclut la connaissance, la croyance, l'art, la morale, la loi, la coutume et toutes les autres aptitudes et habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société. (Cité par Ferréol & Jucquois, 2003, p. 81).

Barrette Christian & al, (1993), définissent la culture comme l'ensemble des éléments appris en société par les membres d'une société. Ces éléments sont des actions, des pensées (des raisonnements, croyances, sentiments, sensations) et des perceptions. (p. 21).

- **Les croyances:** sont définies comme l'action, le fait de croire une chose vraie, vraisemblable ou possible. (Rey-Debove & Rey., 2007, p. 593).
- **Les représentations sociales L'interculturalité:** viennent du «latin *repraesentatio* qui signifie« action de mettre sur les yeux». C'est une forme de savoir individuelle et collective distincte de la connaissance scientifique, qui présente des aspects cognitifs, psychiques et sociaux en interaction» (Akoun & Ansart, 1999, p. 450).

De plus, Jodelet, (1989) les définit comme:

Une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et encourageant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social [...] On reconnaît généralement que les représentations sociales en tant que systèmes d'interprétation régissent notre relation au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications sociales. (Akoun & Ansart, 1999, p. 450).

- **L'interculturalité:** est définie comme « l'ensemble des processus psychiques, relationnels, groupaux, institutionnels...générés par les interactions de cultures, dans un rapport d'échanges réciproques et dans

une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle des partenaires en relation.» (Cité par Tison, 2007, p. 33)

- **Migration:** selon Rey-Debove & Rey (2007), la migration vient «du latin *migratio*, déplacement des populations qui passent d'un pays dans un autre pour s'y établir» (p. 1597).

La migration est un déplacement de la population avec changement de résidence, d'une unité géographique à une autre [...] d'un espace de vie à un autre. Elle est définie selon divers critères: pour les espaces parcourus (migrations intérieurs et internationales), les durées (elles renvoient à des réalités économiques, sociologiques ou démographiques), les causes (guerres, sous-emploi, recherche de qualification...la migration peut être subie, par exemple les réfugiés, volontaire ou spontanée). (Akoun & Ansart, 1999, p. 341).

- **Prévention:** dans le langage courant, c'est un ensemble de mesures préventives contre certains risques. (Rey-Debove & Rey., 2007, p. 2018).
- **Prévention primaire:** se définit comme «un ensemble de mesures visant à prévenir l'apparition d'un problème de santé, à diminuer l'incidence d'une maladie ou à empêcher l'émergence de situation qui peuvent nuire à la santé de l'individu ou une collectivité.» (Magnon & al, 2000, p. 234)
- **Prévention secondaire:** est un «ensemble d'activités visant à enrayer l'évolution et la propagation d'une maladie et en diminuer la prévalence et la virulence». (Magnon & al, 2000, p. 234)
- **Prévention tertiaire:** c'est un «ensemble d'activités ayant pour but de réduire les complications, les récives, les séquelles dues à une maladie ou à un accident, d'éviter la chronicité et de contribuer à la réadaptation des individus et à leur réinsertion professionnelle et sociale» (Magnon & al, 2000, p. 235)
- **Promotion de la santé:** Pepin & al, (2010), la considère comme: «le but premier des soins infirmiers. Selon elles, c'est le maintien, le renforcement et le développement de la santé de la famille et de ses membres. L'apprentissage de comportements de santé et l'activation des processus

menant au développement d'un potentiel de santé sont au centre de cette conception» (p. 64).

- **Requérant d'asile:** selon L'Office Fédéral de la Migration (2010), «c'est une personne qui a déposé une demande d'asile en Suisse et qui fait l'objet d'une procédure d'asile.»
- **Relation d'aide:** est un concept développé par le psychologue américain Carl Rogers.

Il s'agit d'un échange à la fois verbal et non verbal qui dépasse la superficialité et qui favorise la création du climat de compréhension et l'apport du soutien dont la personne a besoin au cours d'une épreuve. Cette relation permet à la personne de mieux comprendre sa situation, de mieux l'accepter et, selon le cas, de s'ouvrir au changement et à l'évolution personnelle, et de se prendre en main pour devenir plus autonome. Cette relation aide la personne à faire preuve de courage devant l'adversité et même devant la mort. (Margot, 2002, p. 320)

- **Santé:** selon Akoun & Ansart, (1999), la santé vient du latin *sanitas* «santé (du corps et de l'esprit)» (p. 469).

L'Organisation Mondiale de la Santé, la définit comme «Un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.»

Selon Rey-Debove & Rey (2007), la santé est un «bon état physiologique d'un être vivant, fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme pendant une période assez longue (indépendamment des anomalies ou des traumatismes qui n'affectent pas les fonctions vitales)» (p. 2307).

- **Santé publique:** se définit comme « [...] connaissances et techniques propres à prévenir les maladies, à préserver la santé, à améliorer la vitalité et la longévité des individus par une action collective (mesures d'hygiène et de salubrité, dépistage et traitement préventif des maladies, mesures sociales propres à assurer le niveau de vie nécessaire)». (Rey-Debove & Rey, 2007, p. 2307).
- **Soins de santé primaires:** définis lors de la conférence internationale de 1978 par l'Organisation Mondiale de la Santé, Collière (1980) l'a résumé ainsi:

Les soins de santé primaire se proposent d'être [pour la population] un moyen de répondre à ses besoins de santé les plus courants et les plus habituels, en tenant compte de ses modes et de ses conditions de vie, et en l'intéressant directement à l'élaboration et à la mise en place d'une politique de santé appropriée et adaptée à la forme et à la fréquence et à la manifestation de ses problèmes dans ce domaine. (Pepin & al, 2010, p. 36)

3.4 Analyse des données

En préambule de l'analyse des données, nous avons identifié à la lecture globale de nos entretiens, et à son approfondissement, des analogies entre des mots, des phrases et des concepts. Ce qui nous a conduites à déterminer des thèmes.

La présentation à suivre sous forme de tableau, permet une mise en évidence des similitudes et des différences en lien avec les personnes interviewées.

Thèmes et sous-thèmes d'analyse de l'entretien de l'infirmière

<u>Thèmes</u>	<u>Sous-thème</u>
Relation soignant-soigné: adaptation de l'infirmière	<p>-Rôle propre</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informer, discuter, nommer les problèmes, donner des explications, annoncer des résultats -Avoir une pratique réflexive, ne pas généraliser ni trop culturaliser -Faire une anamnèse, se positionner observer, écouter, créer des liens, noter les ressemblances, respecter les différences, trouver la juste distance thérapeutique, l'expérience -Utiliser de l'humour pour détendre l'atmosphère -Evaluation des risques, ne pas abuser du pouvoir soignant -Le temps comme cadre donné <p>-Rôle prescrit</p> <p>Temps pour la gestion administrative, Education à la santé sexuelle</p>

Culture et Soins transculturels	<p>-Formation spécifique des interprètes à la question de la sexualité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir un vocabulaire adéquat, comment aborder la sexualité - Nommer les choses, créer des liens - Dépasser le tabou, la gêne, nommer le malaise - Aider à détendre l'atmosphère - Respecter la confidentialité
Les facteurs sociaux qui influencent les comportements	<ul style="list-style-type: none"> -Le niveau d'éducation -La religion -La situation socio-économique -Les représentations du corps et de la santé -Lieu de provenance zone urbaine /zone rurale -Le vécu (guerre, violence sexuelle)
Les collaborateurs et les différents réseaux de préventions	<p>-Collaborateurs</p> <p>les médecins de premier recours</p> <p>les infirmières de foyers</p> <p>les infirmières de la CAMSCO</p> <p>-Réseau de prévention</p> <p>Aspasie</p> <p>le Planning Familial</p> <p>le Groupe Sida Genève,</p> <p>le Quai 9</p> <p>la Consultation Santé Jeune.</p>
Prise en soins après infection au VIH ou IST	<p>-Prévention primaire</p> <p>accueillir, conseiller et donner les préservatifs</p> <p>Discuter, informer, évaluer les risques et faire une anamnèse.</p>

	<p>-Prévention secondaire</p> <p>traiter la personne</p> <p>évaluer la compréhension et la compliance au traitement</p> <p>traiter le partenaire</p> <p>-Prévention tertiaire</p> <p>un travail rétrospectif</p> <p>protéger les autres</p> <p>-Outils de prévention</p> <p>Roman photo</p> <p>images</p>
Attentes et besoins des usagers	

Thèmes et sous-thèmes de l'entretien avec la conseillère sexuelle

<u>Thèmes</u>	<u>Sous-thèmes</u>
Relation soignant-soigné: adaptation de l'infirmière	<p>-Rôle propre</p> <ul style="list-style-type: none"> -Accueillir, écouter, orienter, présenter le planning familial, répondre aux questions, rechercher l'information, faciliter les démarches, organiser les rendez-vous, collaborer. -Informer sur les plaisirs et les risques de la sexualité, présenter les méthodes de contraception et anticiper, comprendre pourquoi c'est difficile de se protéger. -Maintenir les liens, Ne pas lever les résistances, prise en compte de l'histoire de vie, établir la confiance. -Adopter une pratique réflexive, adaptation de son langage, expliquer avec des mots simples, sans jugement, ne pas être indécente, respecter la pudeur selon la culture <p>-Rôle prescrit</p>
Les collaborateurs et les différents réseaux de préventions	<p>-Collaborateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> -CAMSCO -Les foyers (Anières, Saconnex) -La maternité -L'Arcade -les écoles -Les copines/copains -Le groupe de prévention à la naissance de femmes migrantes -Médiatrices culturels -Appartenance

<p>Les facteurs socio-économiques qui influencent les comportements</p>	<p>-Prise de risque</p> <ul style="list-style-type: none"> -Représentation du préservatif (ne se met pas quand on s'aime, ne se met pas dans une relation stable) -Lors d'un fort désir d'enfant -Se fonde sur l'allure propre du partenaire -Confiance en son partenaire <p>-Situation socio-économique</p> <ul style="list-style-type: none"> -le niveau d'éducation -les traumatismes, deuils à faire, tristesse
<p>Culture et Soins transculturels</p>	<p>-Compétences infirmières</p> <ul style="list-style-type: none"> -être authentique -Importance d'avoir des repères qui viennent avec l'expérience -Acquisition du métier petit à petit avec expérience et intérêt -Avoir un savoir-faire par la connaissance et un savoir-être. -Nécessité de faire des formations continues -On ne peut pas tout savoir sur toutes les cultures --Modèle culturel et configuration relationnelle -Poser simplement la question (et chez vous, comment on fait?) -Toujours demander aux gens où ils en sont et ne pas les fermer dans nos représentations <p>-Genre homme/femme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partir de ce que la personne sait -On a à faire à un être humain -Poser les questions individuellement

<p>Prévention primaire, secondaire et collective</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Il ne suffit pas de dire pour que l'autre fasse -Information sur les différents préservatifs -Notion de répétition -Etre attentive aux prises de risques et aux IST -Anticiper -Poser des questions simples -Se fait dans les églises, les communautés africaines à Camarada dans les cours de français -Manque de suivi -La barrière de la langue -Pour la prise de rendez-vous, dépendance à autrui -La pauvreté -Outils de prévention Brochures Dépliants
<p>Attentes des usagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Pas clairement formulées et donc difficile à comprendre

Thèmes et sous-thèmes de l'entretien avec les requérants

<u>Thèmes</u>	<u>Sous-thème</u>
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> -L'approche collective permet d'accéder aux idées des autres -Consultation au planning familial pour accompagnement et suivi de grossesse par la suite, prévention sur les IST -Se questionne sur les modes de transmission du VIH -Projections vidéo sur les IST et participation dans des réunions de certaines associations dans le pays d'origine
Représentations et croyances	<ul style="list-style-type: none"> -C'est l'homme qui est infidèle et qui par conséquent apporte le sida dans le domicile familial -Avoir des relations sexuelles avec un homme sans préservatif est synonyme de sida et de grossesse -Sida égale mort car pas de traitement -Transmission du sida par des objets tels que la cuillère, l'assiette et le coupe ongle -Méfiance envers le préservatif car selon les rumeurs dans le pays d'origine: les préservatifs sont imprégnés de sida -N'aime pas les préservatifs et verbalise ne pas pouvoir les utiliser -La lecture des dépliants et des romans photos permettent aux requérants de comprendre: que leurs croyances sont fausses et d'avoir quelques informations sur le mode de transmission des IST
Sexualité et tabou	<ul style="list-style-type: none"> -Se sent libre de parler de sexualité de par sa curiosité et son envie de comprendre -Difficulté de faire confiance à son

	partenaire -N'est pas un tabou, au contraire il faut en parler
Attentes et intérêts	-Connaître son statut lui permet d'adapter son comportement -Intérêt pour le thème, curiosité, envie de connaître et d'apprendre -Adaptation du langage et disponibilité des soignants

4. Analyse des thèmes des soignantes

4.1 Relation soignant-soigné

4.1.1 La relation d'aide

Les soignantes que nous avons interviewées ont insisté sur la relation d'aide aux soignés. A travers différentes anecdotes qu'elles nous ont racontées, nous avons remarqué qu'elles insistaient sur leur rôle propre tout en se positionnant: Lena dit: «Moi c'est mon travail, je suis infirmière, je suis là pour donner des explications». Dans le même ordre d'idée, Lydia affirme: «mon métier c'est d'accueillir, mon but c'est de montrer que ça m'intéresse et puis qu'elle peut en parler si elle a envie, un de nos rôle c'est d'orienter la personne là où il faut et de faciliter les soins vraiment,» A la lecture globale des entretiens, nous nous sommes aperçues qu'elles respectaient les six étapes de la relation d'aide cité par Phaneuf (2011, p. 190) à savoir:

Faire connaissance avec le client et gagner sa confiance:

Dans ce sens, Lena nous a dit qu'il était important de détendre l'atmosphère, de créer le lien et pour le faire, elle utilise de l'humour et n'hésite pas à s'intéresser à la personne en posant de simples questions telle que: «comment dit-on bonjour ou au revoir dans votre langue?»

Lydia quant à elle, pense qu'il faut poser simplement les questions et partir de ce que les personnes savent «je demande comment ça se passe chez vous bêtement, qu'est-ce qu'on vous dit, qu'est-ce que vous savez?». Toutefois, comme le stipule Bioy, Bourgeois & Nègre, (2003) «Il ne suffit pas d'adresser une phrase à un patient pour s'inscrire dans une relation d'aide [...] Pour pouvoir parler de relation

d'aide, il faut que le soignant se place dans l'écoute de la réponse, dans une disponibilité à l'autre et à ses expressions» (p. 24).

Créer un partenariat soignante-soigné:

Nous l'avons notifié lorsque Lena disait faire un travail de rétrospection avec le patient infecté pour qu'il prenne conscience de comment il a pu s'infecter et comment il pense se protéger dans le futur. Ce que Phaneuf (2011) affirme comme étant: «un lien de collaboration favorisant l'acceptation du client à s'investir dans son évolution vers un mieux-être» (p. 190).

Lydia dans la même idée, vérifie auprès des soignés qu'elle rencontre, la perception qu'ils ont des risques pris: «notre rôle si ça n'existe absolument pas c'est qu'à même de titiller un petit peu toujours en maintenant le lien sans faire peur, sans lever les résistances»

Se mettre à l'écoute du client et comprendre sa difficulté:

Notre interlocutrice Lena en est arrivée à la conclusion qu'il ne suffit pas d'informer les gens que le sida existe pour se protéger car selon la situation, c'est beaucoup plus compliqué parce que certaines personnes ont vécu des situations traumatisantes qui les poussent à se remettre dans les situations à risques et par cette compréhension de leur difficulté, elle a une attitude de non jugement, d'écoute et est prête à les recevoir chaque fois que nécessaire.

Lydia, rajoute que le fort désir d'enfant, la situation que vivent les femmes et le contexte migratoire sont un obstacle à la prévention dans la mesure où:

Parce que quand une femme a un très fort désir d'enfant, les histoires des IST peut-être ça passe un peu au-delà et puis c'est encore moins dans le champ de la conscience et puis il y a la situation que vit la femme, on sait que les femmes qui sont très précarisées, tout ce qui est contraception, parce que finalement la protection contre les IST c'est aussi de la contraception, pour qu'une femme puisse se protéger, protéger sa santé sexuelle, euh...s'affirmer dans sa vie sexuelle, mais surtout se protéger, il faut qu'elle soit capable de gérer sa vie, c'est-à-dire qu'elle ait une capacité sociale à maîtriser sa vie hein! et toutes les femmes qui sont super fragilisées soit... et Dieu sait dans un contexte migratoire, bah il y a encore plus de chance que ça arrive, soit parce qu'elles sont traumatisées de ce qui s'est passé dans leur pays, soit parce qu'elles sont super tristes, parce qu'il y a des deuils à faire, la famille est là-bas et elles sont là, soit parce qu'elles sont dans un manque affectif terrible, soit parce qu'elles ont des préoccupations de trouver le logement, le travail, de trouver un homme et tout ça. Tout ça, ça fait que franchement elles sont occupées à autres choses que de la prévention.

Reconnaître la difficulté et le besoin d'aide du client:

L'exemple notoire est l'anecdote avec le Somalien de 55 ans qui exprime sa difficulté à acheter des préservatifs. Bien que l'infirmière l'encourage en lui donnant des adresses où se procurer ces derniers et que celui-ci n'y parvient pas à cause de sa peur et de la honte, Lena comprend sa difficulté et finit par lui fournir elle-même des préservatifs.

Tout ceci nous permet de prendre conscience que l'infirmière dans le processus d'aide est amenée à avoir certaines habilités telles que l'empathie et l'écoute. Cette écoute active permet aux soignantes de cerner son problème afin d'y répondre de manière adaptée.

Organiser l'intervention et soutenir le client dans son action:

Dans ce sens, Lena discute avec eux, les incite à poser des questions, à dépasser le tabou. Dans cette phase de la relation, le soignant est une ressource primordiale car par son action, il encourage la personne à se percevoir autrement et à garder courage. «Je pars à l'étranger rejoindre mon copain, il ne veut pas mettre de préservatif, il veut des enfants, je sais que je vais être enceinte, j'ai déjà eu des interruptions de grossesse [...] la femme bon, elle s'y est prise trois jours en avance, je veux dire il y a vraiment le souci de prendre soins de sa santé donc j'ai pu en faisant tout plein de micmac obtenir une ordonnance pour qu'elle puisse commencer sa pilule»

Jeter un regard rétrospectif sur l'intervention:

Il en est ressorti des entretiens que Lena et Lydia avaient une pratique réflexive dans la mesure où, étant confrontée à différentes cultures, Lena s'est posée la question de savoir s'il fallait parler différemment à un Africain, un Sri-lankais. Petit à petit cette remise en question lui a permis d'évoluer et d'arriver à la conclusion que la question culturelle n'avait pas lieu d'exister mais seule la question individuelle était importante.

Quant à Lydia, c'est par exemple l'échange avec ses collègues qui lui permet d'avoir un regard rétrospectif pour pouvoir faire autrement la prochaine fois: «Chaque fois qu'on a l'impression qu'avec quelqu'un ça s'est pas bien passé, on en parle peut-être à une collègue en disant...t'aurais pu faire si, t'aurais pu faire ça et puis petit à petit, les choses viennent.»

4.1.2 Adaptation de l'infirmière

Roy (1991), dans sa conception de l'adaptation, stipule que l'être humain a un potentiel remarquable à s'adapter à des stimuli qui menacent sa vie, sa santé ou sa qualité de vie. Selon elle, le but des soins infirmiers est de promouvoir l'adaptation de

la personne ou du groupe [...] afin de contribuer à la santé, à la qualité de vie ou à la mort dans la dignité. (Cité par Pepin et al, 2010, p. 61-62)

« L'intervention de l'infirmière vise à évaluer les comportements et les facteurs qui influencent les capacités d'adaptations, et à intervenir pour élargir ces capacités et améliorer les interactions avec l'environnement. » (Fawcett, 2005, cité par Pepin et al, 2010, p. 62)

Ce concept d'adaptation n'est pas utopique dans la mesure où les soignants que nous avons interviewés adaptent leur langage au niveau de compréhension et d'éducation du requérant d'asile. Lena affirme que: «C'est pour ça que j'ai toujours une question sur...j'aime bien demander le métier, le niveau de scolarisation, ça, ça donne une indication. J'ai beaucoup d'Africains de l'Ouest ou de Guinée, qui n'ont des fois jamais été à l'école et là je me rends compte que quand on parle de virus, ils ne savent déjà pas ce que c'est que un virus donc je vais devoir expliquer les choses autrement. Donc je ferais plus un tout petit peu attention au boulot, aux études qu'ils ont.» «C'est de s'adapter surtout au langage c'est-à-dire de...d'utiliser des mots simple parce que si on utilise des mots compliqués, moins les personnes comprennent».

Et Lydia rajoute dans le même ordre d'idée que «je ne m'exprime pas de la même manière si je vois une femme dont je soupçonne qu'elle sache peut-être même pas lire, ni écrire, parce que des signes me font percevoir ça ou si je m'adresse à une universitaire qui est doctorante en je ne sais pas quoi. Donc on adapte toujours aux gens, donc c'est très important déjà de se sentir à l'aise avec les messages, avec ce qu'on doit dire, donc ça suppose connaître très bien sa matière.»

4.1.3 La communication

Pour Phaneuf (2011), «Communiquer est un art et, comme dans tous les arts, pour le maîtriser, posséder quelques outils et habiletés est un gage de succès.» (p. 102). En effet, la communication est primordiale dans la relation soignant-soigné car nos comportements et attitudes positives ou négatives l'influencent significativement. Elle ajoute que «ces comportements et ces attitudes de réceptivité sont la base de toute communication et représentent une condition essentielle pour la création de nos relations avec le client» (p. 104).

Nous notons lors de nos entretiens que les différentes formes de la communication sont présentes: la communication non-verbale et la communication verbale. Bien qu'il y ait une séparation entre les deux, les soignants dans leur discours de prévention des IST, doivent se montrer congruents et authentiques. Ce qui signifie qu'ils doivent être en harmonie avec eux-mêmes, leur propos, et leur environnement. Lydia est dans cette logique: «Si j'ai plein d'aprioris, c'est pas la

peine et les gens ne sont pas bêtes, ils ne reviennent pas. Ils ne vont pas forcément vous le dire mais être soi-même et puis mûrir ce qu'il y a à mûrir.»

Elle affirme également que: « la communication non verbale c'est 80% de la communication [...] si vous y croyez pas, si vous êtes mal à l'aise, etc. la personne en face c'est ça qu'elle va voir et ce n'est pas tout ce que vous lui dites.». En effet, Phaneuf parle de ces signaux non-verbaux comme étant: «tout ce qui se passe entre les interlocuteurs, soit les expressions faciales, la posture, la voix, la gestuelle et même les silences et leur signification.» (p. 59)

Cependant, les aprioris ne sont pas que négatifs car ils stimulent les soignants et les poussent à aller à la rencontre de l'autre. Selon nous, cette rencontre permet de confirmer ou infirmer leurs aprioris. Pour ce faire, les soignants se doivent d'être dans: «une attitude d'accueil, sans jugement ni expression d'un a priori: on découvre le patient au-delà de ses symptômes, on l'accompagne, on prend soin de lui dans sa différence et avec son système de valeur qui peut être différent de celui du soignant.» (Bioy et al, 2003, p. 32-33).

Dans cette démarche relationnelle, Lydia pense que les aprioris et les jugements insérés dans la société est présent en nous de manière inconsciente, permet à tout un chacun d'avancer: «on avance parce qu'on a tous des aprioris, on a tous des jugements dans plusieurs domaines. Par notre attitude, on est déjà à l'aise parce qu'on a appris, [...] Donc on a déjà un positionnement qui fait je pense qu'on va en parler de manière simple mais pour ça, ça suppose que moi-même j'ai pas à l'intérieur le jugement.»

4.2 Les facteurs socio-économiques influençant les comportements

Il est évident pour nous que le contexte socio-économique dans lequel se retrouve les requérants d'asile influence les comportements en matière de prévention sexuelle. Mal logé, sans emplois à cause de la barrière de la langue, du niveau d'instruction et de formation non équivalente, ces derniers se retrouvent malgré eux, à la marge de la société et sont à risque de l'isolement social.

4.2.1 Le niveau d'instruction

Le maintien de la santé est étroitement lié au niveau d'instruction car moins on est instruit, moins on a des revenus et par conséquent, peu accès à l'information.

Le niveau d'éducation est l'un des facteurs sociaux qui influence le comportement du requérant d'asile et qui nécessite d'une part l'adaptation du langage de la part de l'infirmière lors de la transmission du message de prévention et d'autre part, l'utilisation des outils pour la compréhension (image, pictogramme) du message.

Afin de surmonter les difficultés linguistiques, nous avons constaté que les soignants utilisent couramment dans leur pratique les images et les pictogrammes.

En effet, ils se sont aperçus que les illustrations étaient plus parlantes pour les requérants d'asile moins instruits:

Pour moi c'est plus important de vérifier avec chaque personne quelles sont ses connaissances sur la sexualité, est ce qu'elle est à l'aise par exemple quand je parle, j'ai des images, des supports visuels donc là c'est qu'à même assez explicite ce qui se passe, en même temps ça reste soft. Donc chez des gens qui ont peut-être moins fait d'étude, il ya encore des représentations du corps, ils ne savent pas comment ça fonctionne et puis ça je trouve que c'est aussi l'occasion de parler de virus. J'ai ces images qui sont assez parlantes pour eux. J'ai l'impression que c'est assez parlant... Donc vraiment, la spécificité qu'on a développé ici c'est de beaucoup utiliser des images. De là a découlé les romands photos. (Lena)

Dans sa volonté de réel échange avec les soignés, et dans le souci de compréhension du message de prévention de leur part, Lena a fait preuve de créativité et d'ingéniosité. Elle a mis sur pied en collaboration avec les étudiants de la Haute Ecole de Santé de Genève (HEDS), l'écriture de roman photo, l'insérant ainsi dans le projet Love Life Stop Sida¹⁰ du PNVI (2010). Cette mesure de prévention spécifique à une population cible (migrants) a pour but de sensibiliser et d'informer celle-ci grâce à des images et des exemples de situation en lien avec les IST vécues au quotidien.

Il est d'autant plus remarquable que Fatou¹¹, lors de l'entretien prend l'exemple d'une anecdote développée dans le roman photo pour premièrement nous montrer qu'elle a compris le message de prévention qui y est véhiculé et que deuxièmement, ce message aura une influence sur son comportement à venir. Elle souligne: «Moi je pense que là je ne peux pas faire ça pour cela je vois que c'est difficile pour moi pour faire ça maintenant [...] parce que dans le livre, la fille là, elle a buvé beaucoup c'est pourquoi l'homme lui a dit je n'ai pas le capot, le préservatif, la fille elle dit ah, on continue, moi aussi je n'en a pas. Parce que elle a buvé, même moi je pense que ça n'ira pas.»

Selon Jirwe, Gerrish & Emami (2010), «la différence du niveau d'éducation peut avoir tendance à catégoriser les patients et la perspective individuelle est perdue» (p. 441). Pour y remédier, Lydia et Lena vérifient au préalable le niveau de connaissance de chaque personne. «Donc ça dépend de l'éducation qu'on a eue, du vécu qu'on a eu, comment ils sont arrivés jusque là, qu'est ce qu'ils ont entendu? Donc il vaut mieux vérifier» «Moi je prétends que...euh...ce n'est pas forcément la culture qui fait la différence mais aussi le niveau d'éducation en tout cas c'est clair, je vais

¹⁰ C'est une campagne de la stratégie nationale de prévention du VIH menée par l'OFSP. (PNVI, 2010, p. 155)

¹¹ Fatou est un nom fictif pour la requérante d'asile

m'assurer de ce qu'elle connaît et de ce qu'elle ne connaît pas en matière de contraception».

En somme, évaluer le degré d'instruction n'est pas spécifique au requérant d'asile mais, cela est valable pour toute personne nécessitant des soins. Par conséquent, c'est aux soignants de trouver des stratégies pour le comprendre et se faire comprendre: «La valeur professionnelle d'une infirmière n'est pas liée à la science et à la complexité de son discours, mais plutôt à sa capacité de créer avec la personne une connivence et un espace de compréhension» (Phaneuf, 2003, p.163).

4.2.2 La religion

La religion dans la relation soignant-soigné peut être source d'incompréhension lorsque celle-ci diffère de la nôtre et que les interdits nous semble contraire à nos valeurs de soignant. «La religion de certaines personnes suppose des valeurs, des croyances, des comportements, des interdits et des rituels qui déroutent souvent les infirmières, nuisent à la relation soignante-soigné ou entre parfois même carrément en conflit avec les soins et les traitements.» (Phaneuf, 2011, p. 169)

Selon Lena, la religion est une barrière qui rend difficile la question de la sexualité. De ce fait, elle dit devoir prendre un peu plus de temps pour casser cette barrière: «Je dirais des fois il y a des Somaliens quand ils sont très croyants musulmans, plus souvent c'est là aussi où c'est plus difficile au début. Plus j'ai les personnes qui sont croyants...euh... plus on passe un petit peu plus de temps des fois à casser cette barrière qui fait qu'on peut quand même parler de la sexualité.»

Il arrive ainsi que pour certaines personnes très croyantes, elle doit ruser et aller jusqu'à utiliser cette croyance pour passer son message : « c'est Dieu qui donne la maladie, Dieu me protège...moi j'essaye de dire voilà Dieu vous protège et vous donne l'information » Par cette citation nous voyons comment l'infirmière s'adapte et accepte que d'autres personnes puissent avoir des représentations différentes du corps et de la maladie. Une étude réalisée au Canada par Omoradion, Gbadebo & Ishak (2007) sur les comportements sexuels à risque chez les jeunes Africains a démontré que chez les jeunes Chrétiens, la religion limitait la discussion sur les questions sexuelles et ils disaient ne pas discuter de sexe avec les prestataires de la santé par peur d'être jugés. (p. 454).

Lydia, affirme également être confronté à la barrière de la religion. En plus d'utiliser des stratégies, elle doit ruser, allant même jusqu'à enfreindre consciemment l'éthique pour pouvoir atteindre certaines femmes et passer ainsi son message de prévention: «à Camarada, nous on intervient...d'habitude ça se passe plusieurs séances dans différentes classes sur une semaine ou deux comme ça. Mais les femmes ne savent pas qu'on va venir, donc on est intégrées dans les cours de français, ça peut sembler moins éthique [...] à Camarada ils ont découvert que les

femmes euh...je pense d'origines plutôt musulmanes, ne vont pas venir si elles sont averties la semaine d'avant qu'il y a une séance de planning familial.»

En somme, nous pensons que les habilités et les subtilités des soignants, en plus du respect des valeurs et des croyances des soignés, permet de surmonter cette difficulté qu'est la religion. Cet investissement de la part des soignants a pour but d'inciter et de soutenir les soignés en général et les requérants d'asile en particulier à adopter des comportements favorable à la santé.

4.2.3 Situation socio-économique

En plus de la religion et du niveau d'instruction, la situation socio-économique est l'un des déterminants de la santé qui fragilise les requérants d'asile. En effet, la migration, dans la plupart des cas, est souvent vécue comme un événement traumatisant à cause de la rupture des liens sociaux primaires qu'elle engendre. De plus, dans la société d'accueil, les requérants d'asile sont dans une précarité sociale car quand bien même ils peuvent travailler, ils occupent des emplois précaires en attendant de faire valoir leurs acquis du pays d'origine ou de se former.

Cet état de précarité affecte non seulement leur santé, mais la relègue au second plan. Stanojevic et Veïse, (2007) soulignent également que: «La résolution des difficultés d'ordre administratif, économique et social est prioritaire par rapport à la nécessité de prendre soins de sa santé.» (p. 21). Dans le même ordre d'idée, Bourdillon (2007) rajoute: «La compréhension et l'adaptation au fonctionnement de la société d'accueil, génèrent une accumulation de difficultés d'ordre administratif, économique et social, dont la résolution prime souvent le besoin de « prendre-soin » de soi.» (p. 315).

De ce fait, il est indispensable de noter que tous ces facteurs interagissent entre eux, et rendent donc difficile la prévention. Lena souligne que: «c'est souvent des situations compliquées, des histoires de violence sexuelle au pays. Donc... il y a besoin d'un temps aussi pour régler toutes les questions psychologiques avec les répercussions que ça peut avoir» et Lydia de rajouter:

Dieu sait dans un contexte migratoire, bah il y a encore plus de chance que ça arrive, soit parce qu'elles sont traumatisées de ce qui s'est passé dans leur pays, soit parce qu'elles sont super tristes, parce qu'il y a des deuils à faire, la famille est là-bas et elles sont là, soit parce qu'elles sont dans un manque affectif terrible, soit parce qu'elles ont des préoccupations de trouver le logement, le travail, de trouver un homme et tout ça. Tout ça, ça fait que franchement elles sont occupées à autres choses que de la prévention [...] les femmes qui sont très précarisées, j'ai envie de dire que ce soit psychologiquement, économiquement, elles ont plein de problèmes, la protection contre les grossesses et les IST c'est

pas une préoccupation essentielle. Et le but de la prévention c'est de faire exister ça.

De par cette citation, nous nous rendons compte que les soignantes interviewées ont pris conscience de la complexité de la situation des requérants d'asile. Elles font preuve de sensibilité à la problématique de ces personnes vulnérables, sensibilité qui leur permettra de se sentir écoutées, et par conséquent, les rendra attentifs aux messages de prévention.

Le personnel infirmier exerçant dans le domaine de la santé communautaire et de la santé publique est fréquemment en contact avec les personnes et les groupes vulnérables dont les besoins en matière de soins de santé sont souvent très complexes, car ces personnes sont affectées par des multiples problèmes de santé concomitants. Ces problèmes résultent très souvent de déficits sur le plan socioéconomique. (Maurer, 2005, cité par Holmes & Perron, 2006, p. 202).

4.2.4 La prise de risque

Dans le cadre de ce travail, nous choisissons de traiter de ce sous-thème dans les facteurs socio-économiques car selon nous, ces derniers influencent le comportement sexuel dit à risque des immigrants en général et des requérants en particulier.

Selon le PNVI (2010): «Toute une série d'informations concordantes attestent qu'il existe un comportement à risque dans ce groupe [migrants et migrantes d'Afrique Subsaharienne]. Il se peut que l'accès à la prévention soit insuffisant, tout comme l'accès au dépistage» (p. 48). D'où l'importance lors des consultations de discuter, d'évaluer et surtout de déterminer si ces risques apparaissent dans leur champ de conscience: Lydia dit « s'il y a des migrantes qui viennent, je peux les voir soit parce qu'il y a eu des rapports sexuels non protégés et elles doivent prendre la pilule d'urgence, donc là je vais avoir toute une discussion avec sur les risques qui ont été pris, bon souvent les gens sont intéressés des risques qu'en matière de grossesse, mais aussi les gens intéressés qui ont peur par rapport aux infections transmissibles sexuelles. ».

«je vais m'assurer de ce qu'elle connaît et de ce qu'elle ne connaît pas en matière de contraception, de ce qu'elle a l'habitude d'utiliser ou pas et puis aussi par rapport aux infections sexuellement transmissibles, on va leur poser la question mais est-ce que vous avez l'impression de prendre un risque par rapport aux infections aux transmissions sexuelles?» et Lena de rajouter:

J'ai beaucoup de gens qui me disent non non je n'ai pas pris de risques, dans ce cas là, mais qui insistent pour faire le test. Là, je sonde un peu,

j'explique que pour moi c'est important qu'ils me disent, que j'aie un peu une idée de...qu'on puisse évaluer ensemble le risque que le test puisse montrer un résultat positif parce que voilà quoi...en un quart d'heure il faut être prêt. Donc c'est mon rôle aussi de m'assurer que la personne est prête à entendre un résultat ce jour là.[...] souvent, c'est que les gens avant le test, disent non non qu'ils n'ont pas pris de risques, et puis en fait quand on rediscute après le test, ils disent ah...en fait, je vous avais pas dit, j'avais vraiment peur parce que en fait j'ai pris tel et tel risque.

De plus, la confiance, les représentations et l'ignorance des modes de transmissions sont des facteurs favorisant les prises de risque: «j'ai eu plein de gens qui m'ont dit que je pensais que le rapport anal c'était justement pas dangereux parce qu'on n'est pas en lien avec les sécrétions de la femme. Alors que c'est le rapport le plus dangereux.». Lena. En effet, dans la relation stable ou occasionnelle, les personnes s'imaginent connaître leur partenaire ce qui détermine l'utilisation ou non du préservatif. En outre, cela dépend aussi si on est amoureux et de la configuration relationnelle dans laquelle on se trouve:

Ah ben il est toujours très propre, il est vraiment on voit, très élégant, très propre, ou bien on me dit non,non mais je ne l'ai jamais vu avec une autre femme [...] moi je vois avec elle qu'est-ce qui fait que la protection contre les IST est difficile pour elle hein! Et ce qu'on trouve le plus souvent eh ben il n'y a pas de miracle, c'est la configuration relationnelle dans laquelle elle est, ce qu'elle vit avec la personne qui explique que la protection est difficile. ça suppose qu'on négocie avec le partenaire, et souvent de quelle background, valeur éducative et culturelle on vient. (Lydia)

Par ailleurs, Lena précise que l'usage des préservatifs n'est pas si évident pour certains hommes, ce qui pourrait expliquer la prise de risque:

Vous savez il ya beaucoup d'hommes qui disent que quand ils mettent, ça redescend, ou ils ont trop bu, vous savez sur le moment il ya la passion et puis c'est là qu'ils commencent à dire, ouais c'est vrai que de fois euh... effectivement, c'est vrai que c'est moins agréable, et là on peut parler. ils ont fixé négativement sur ce préservatif ou ils ont des mauvaises premières expériences. Je crois que c'est vraiment des focalisations négatives et puis ils voient un préservatif et au moment de le mettre déjà ils perdent leur érection. S'ils sont très amoureux, c'est un facteur de stress en plus, la peur de décevoir.

Quant-à Lydia, elle nous relate que certains couples d'africains pensent que le préservatif ne s'utilise pas lorsqu'on s'aime. Certaines femmes latino-américaines, se le représentent comme quelque chose qu'on utilise parce qu'on est une fille légère ou une prostituée.

4.3 Prévention primaire, secondaire et collective

Selon Pepin et al (2010), le travail de prévention se fait en partenariat avec les communautés, dans le respect de leurs valeurs et de leur culture. (p. 100). En Suisse, elle fait partie intégrante de la philosophie de réforme de la santé (PNVI 2011-2017, p. 62). Sa stratégie consiste à prodiguer des conseils et à encourager des dépistages spontanés aux VIH et aux infections sexuellement transmissibles chez les groupes à risques et les personnes issues des pays à haute prévalence. C'est le concept de *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) et de l'empowerment selon Mc Gill (p. 103).

Dans cette optique, les soins infirmiers ont pour but de promouvoir et d'accroître la santé, en soutenant les capacités et en mobilisant les ressources des requérants d'asile. Cette stimulation aura pour effet de les responsabiliser et donc de les rendre acteurs de leur santé. Il a également pour but de développer le sentiment positif chez le requérant en tenant compte de ses affects. Toutefois, il est important de noter, comme le confirme si bien Lydia, que la prévention est complexe dans la mesure où les requérants d'asile doivent se battre au quotidien pour leur survie et par conséquent, les priorités sont ailleurs à savoir: régulariser leur situation, trouver un logement adéquat, se nourrir.

Nous souvent dans la prévention, on aura envie de faire, et les infirmières aussi en première ligne, on a souvent ce mythe de dire qu'en prévention il suffit de dire pour que la personne elle fasse [...] Mais je trouve c'est très fort chez nous les soignants. Et en fait on sait que la prévention est difficile parce que ça ne fonctionne pas comme ça. C'est parce que les gens ne sont pas conscients des risques, qu'ils ne font pas, c'est parce qu'ils sont pris dans des choses beaucoup plus compliquées et ils savent qu'ils devraient mais ça ne veut pas dire qu'ils ne le feront pas.

A la lecture de nos entretiens, nous avons identifié trois types de préventions:

4.3.1 Prévention primaire

La prévention primaire exhorte les requérants d'asile à changer de comportement. Elle consiste à accueillir, conseiller et donner les préservatifs. Sensibiliser, discuter, informer, évaluer les risques et faire une anamnèse. «C'est clair que j'ai vu beaucoup de chose, je connais beaucoup de chose mais... je suis plutôt là pour discuter, informer, nommer leur problème et puis après voir..., pour les orienter..., voir les plaintes qu'ils peuvent avoir [...] l'importance pour moi c'est qu'ils comprennent comment ils peuvent se protéger». (Lena).

Je pense que le préservatif c'est essentiel avec les transmissions sexuelles. Finalement c'est la seule prévention qu'on a vraiment [...] il y a plusieurs niveaux dans la prévention, alors moi je ne suis là dans la prévention primaire c'est clair [...] un de nos rôles c'est d'orienter la

personne là où il faut et de faciliter les soins vraiment. Donc oui, on fait quelque chose avec ça. C'est vrai que tous les jeunes qu'on voit pour une pilule d'urgence, on va aborder la question des IST, après c'est une prévention primaire s'il n'y a eu aucune exposition, vérifier avec la personne qu'elle est au courant. (Lydia)

4.3.2 Prévention secondaire

Concernant la prévention secondaire, elle consiste à traiter la personne, évaluer la compréhension et la compliance au traitement et traiter le partenaire. Ainsi dit, Lena affirme:

si quelqu'un vient avec une IST [...]on va reprendre , déjà discuter comment elles pensent qu'elles se sont infectées et puis parler aussi de ce qui se passe avec le partenaire s'il y en a. Et puis l'idéal, ce serait de pouvoir appeler le partenaire mais c'est très rare qu'il donne le nom, souvent ils disent que c'est eux-mêmes qui vont aller dire au partenaire mais en même temps on n'est jamais sûre qu'il le fasse réellement.

Le PNVI (2010) soutient que l'information des partenaires est essentielle et que les personnes infectées doivent elles-mêmes informer leur partenaire fixe pour qu'ils puissent se faire traiter rapidement et éviter ainsi la réinfection. Pour ce qui est des partenaires occasionnels et fixes, une institution¹² peut se proposer de les informer de manière anonyme. (p. 61-62).

Le but est de casser la chaîne de transmission des IST, sachant que lorsque la personne est traitée précocement, elle est moins infectieuse voire plus du tout: «disons ce qu'on va faire c'est aborder la question, de traiter les partenaires, la question du traitement de la personne, de s'assurer qu'elle ait bien compris comment on prend et la question de la protection. Déjà se protéger pendant toute la durée des symptômes et puis surtout insister sur comment éviter de se retrouver avec une autre IST.» (Lena)

4.3.3 Prévention tertiaire

La prévention tertiaire consiste à faire un travail rétrospectif pour comprendre comment la personne s'est infectée, comment se protéger à l'avenir et protéger les autres pendant toute la durée des symptômes, afin d'éviter des complications et

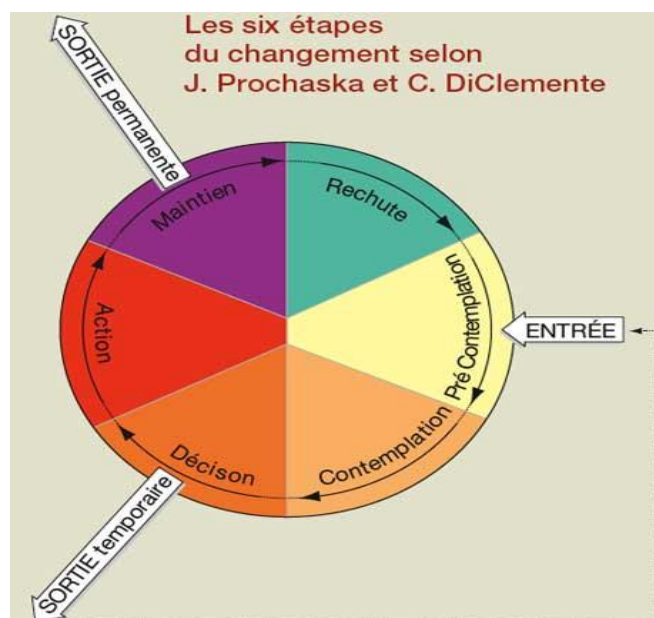
¹² Les personnes atteintes du VIH ont la responsabilité juridique d'informer les partenaires sexuels. En cas de difficulté, une institution dans le cadre de l'aide au patient lors de l'information sur la séropositivité au VIH peut les informer.

d'autres IST: « quand c'est pas le VIH, justement là on parle du coup aussi de l'importance qu'il s'infecte avec une IST, c'est une plus grande porte d'entrée pour le VIH. Ce qui fait que les gens aussi comprennent un peu mieux l'importance de traiter et puis d'expliquer ben, les risques de stérilité pour l'homme et la femme. » (Lena)

Comme mentionné ci-dessus, il n'est toujours pas facile pour la personne atteinte d'informer la famille ou les partenaires. Lydia nous relate les paroles d'une de ses patientes, qui affirme: « ma famille j'habite avec eux, ils ne le savent toujours pas mais je ne peux pas leur dire mais ça va. »

En somme, les soignantes interviewées, dans leur rôle de prévention ont conscience de leur impuissance face à certaines situations. Elles savent que les soignés ont besoin de temps pour changer de comportement et comme elles le mentionnent toutes les deux, il ne suffit pas de dire pour qu'il le fasse: « ça prend du temps pour changer leurs représentations et on n'est pas tout puissant non plus. Si on peut semer des petites graines en faisant réfléchir à des choses, essayer d'anticiper, de voir comment elles pourraient s'y prendre. » (Lydia)

Le modèle de Prochaska et DiClemente est un processus de changement qui permet au soignant de situer l'étape dans laquelle se trouve le soigné: « Le changement dépend du client et l'entretien motivationnel vise à responsabiliser celui-ci afin qu'il devienne le gestionnaire de sa propre vie, que d'en remettre la charge au soignant. » (Phaneuf, 2011, p. 293).



Source : http://www.scienceshumaines.com/pics_bdd/paragraphe_visuel/12420306550_205_p50.jpg

4.3.4 Outils de prévention

Concernant les dépliants mis à disposition des migrants, Lena trouve que soit, il y a pas assez de pictogrammes soit disant que c'est choquant pour les migrants, soit les pictogrammes illustratifs ne sont pas adaptés car représentatifs d'une population Européenne (codes):

Donc on a fait ces supports parce que les dépliants pour les migrants, des fois ils ne mettent pas des pictogrammes parce qu'ils disent que ça peut choquer les gens mais appelons un chat, un chat. Moi je lutte contre ce genre de pictogrammes parce que là c'est censé être des travailleurs sur le chantier, pour moi c'est typiquement pas très culturel, c'est des manières de représenter qui justement sont très différents d'un pays à l'autre. Je trouve qu'on doit faire attention avec ces genres de dessins simplifiés.

L'objectif étant de sensibiliser sur la prise de risque, le réseau et lieu de dépistage des IST.

Dans un souci de compréhension du message de prévention soit à cause de la langue, soit à cause de l'illettrisme, les soignantes utilisent des images et des brochures traduites en plusieurs langues. Cependant, elles reconnaissent les limites des brochures qui non seulement peuvent ne pas être lues, mais ne donnent pas des informations détaillées: « rien ne saurait donc se substituer à l'action du terrain, qui demeure le vecteur le plus efficace pour atteindre ces populations en adaptant efficacement à chacun le message de prévention. » (Veïsse et Aïna, 2007, p. 318).

Par rapport aux brochures [...] Des fiches qu'on peut distribuer mais qui ne vont pas expliquer dans les détails. On a des fois des petits papillons où aller faire le test HIV [...] Pour beaucoup de gens, ils n'arrivent pas à comprendre comment on peut avoir un virus dans le corps et ça ne se voit pas. Ça a un côté un peu magique, Donc d'expliquer avec ces images, puis d'expliquer que ça c'est microscopique que ces globules blancs, on ne peut pas les voir avec les yeux, puis qu'on en a des millions, que le virus peut en tuer 200-300 et que ça ne change rien, j'ai l'impression que c'est assez parlant. (Lydia)

De ses entretiens et du vécu au quotidien des requérants d'asile dans les foyers, naît l'idée de roman photo qui se veut spécifique à cette population sans pour autant être stigmatisant. « Il s'agit de donner aux messages une dimension «affinitaire» suffisamment forte pour que leur impact et leur mémorisation soient d'avantage garantis. » (Veïsse et Aïna, 2007, p. 318).

4.3.5 Manque de suivi

Le manque de suivi dans la prévention ne peut être imputé aux soignants. C'est la conséquence de la migration et de ses facteurs socio-économiques qui font que, les requérants d'asile relèguent leur santé au second plan. Pour ce qui est de la situation économique par exemple, Lydia déclare: « la barrière de l'argent où elles n'ont pas d'assurance, mais maintenant il y a tout un système à organiser, si les soins sont vraiment accessibles...euh...mais malgré ça là c'est vrai dès qu'elle a un rendez-vous, un deuxième, elle se demande combien ça coûte, est-ce qu'elle va avoir de l'aide de l'assistante sociale ou pas? [...] Les horaires de l'hôpital, et qui rentrent en concurrence avec les horaires de ménage qu'elles font et puis avec la difficulté des fois à dire à la patronne ben là j'ai rendez-vous de tel jour à tel jour pour un contrôle gynécologique. »

La barrière de la langue n'est pas en reste car elle représente un frein à la prise de rendez-vous et induit une rupture à la continuité des soins. « Les gens ne font pas forcément de suivi parce qu'elle ne pas... à cause de la langue, ou elle a appelé et elle n'a pas réussi à atteindre les gens, elle a perdu le papier [...] Après la langue, prendre rendez-vous ça suppose avoir le bon numéro, pouvoir s'exprimer, donc des fois elles attendent que ce soit une copine qui puisse le faire pour elle. » (Lydia). Consciente de tous ces obstacles, Lydia s'adapte et prend volontiers l'initiative de les contacter ou de fixer des rendez-vous pour eux: « Mais je dirais que au niveau du suivi, on voit bien que c'est plus compliqué. Personnellement je fais facilement ce travail de prendre des rendez-vous, de suivre, de rappeler les gens pour voir s'ils ont fait, mais une fois quoi! mais de m'y intéresser un peu. »

4.4 Culture et soins transculturels

Si certains auteurs définissent l'interculturalité comme la rencontre de deux cultures, nous pensons que, c'est plus que cela. En ce qui nous concerne, la culture n'est pas statique. Si nous naissons dans une culture, nous ne mourrons pas avec la même, car elle est influencée par le contexte environnemental dans laquelle nous évoluons, la société et ses règles, ainsi que le contact avec d'autres individus et donc d'autres cultures. Cependant, il nous semble important de souligner que seul le contact ne suffit pas pour parler d'interculturalité. Il faut un certain degré d'investissement, porté sur l'échange et la relation humaine.

Dans cette perspective, Clanet définit l'interculturalité comme: « l'ensemble des processus psychiques, relationnels, groupaux, institutionnels...générés par les interactions de cultures, dans un rapport d'échanges réciproques et dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle des partenaires en relation. » (Cité par Tison, 2007, p. 33).

Sachant que: « l'individu est porteur de sa culture mais aussi de son histoire, son identité et de sa personnalité» (Demorgan, cité par Tison, 2007, p.34), le choc culturel décrit par Cohen-Emerique en 1992, est un élément important dans la rencontre interculturelle. Elle permet au soignant et au soigné de prendre conscience non seulement de sa propre identité culturelle, mais aussi de ses particularités, ses ressemblances et ses différences. Carmel Camilleri affirme qu'« on parle d'interculturel lorsqu'apparaît la préoccupation de réguler les relations entre ces porteurs de cultures au minimum pour réduire les effets fâcheux de la rencontre, au mieux pour les faire profiter de ses avantages supposés» (cité par Tison, 2007, p. 33).

4.4.1 Compétences interculturelles infirmières

Pour Collière, soigner est un art. Autrement dit, c'est prendre soin de l'autre, en étant attentif et à l'écoute de ses besoins. Le soigné est perçu comme un être unique, un partenaire de soins ayant son vécu, ses valeurs, ses croyances et ses représentations. « C'est difficile de dire culture, il ne faut pas oublier que les gens ont un vécu avant.» (Lena).

Pour les soigner, aller à la rencontre de l'autre vivant une expérience de maladie ou de santé, c'est avoir un échange, une interaction avec un individu différent culturellement de par la non-familiarité, l'étrangeté et l'imprévisibilité de ce type d'interaction, d'où le sentiment de menace identitaire ressenti par les soignants comme le décrit si bien Ting-Toomey, (cité par Tison, 2007, p. 54).

Selon nous, la menace identitaire conduit parfois les soignants à adopter des contre-attitudes tels que stigmatisation, jugement et stéréotypes. De ce fait, Le Breton pense que: « l'interculturel est un savoir-être à partir duquel on découvre la bonne manière d'utiliser le savoir et l'on invente le savoir-faire adéquat» (cité par Tison, 2007, p. 33).

Pour Lydia, «"le savoir-être" c'est très compliqué et ça, ça commence dans la salle d'attente au moment où on voit les gens on leur dit déjà bonjour». Ceci implique donc que les soignants sont emmenés soit par la formation, soit par l'expérience à développer des compétences interculturelles pour s'adapter aux incompréhensions. Tison (2007), souligne: « l'adaptation demande une capacité à négocier, à lâcher prise, à remodeler nos idées, nos actes, à assouplir, à quitter ou à prendre. C'est un processus de changement qui n'est pas toujours simple.» (p. 34).

Pour Lydia, le savoir-être est la chose la plus impalpable et vient avec l'expérience: « c'est en forgeant qu'on devient forgeron». Quant à Lena, elle fait ressortir que pour un accompagnement de requérants d'asile à un changement de comportement, il est crucial de s'informer de ce qui se passe dans le pays de ces personnes, connaître leur parcours, savoir si c'est un pays à haute prévalence de

VIH et de connaître également leur situation socio-économique car cela a une incidence sur la prise de risque.

Elle fait notamment mention de l'importance d'être formé afin de mener un entretien de triologue: « si on a à faire à un interprète c'est vrai que là il faut avoir euh...une formation c'est-à-dire une manière de gérer hein un entretien triologue par exemple de savoir que quand on s'adresse à la personne, on la regarde et pas dire... à l'interprète est ce que vous pouvez lui traduire que, est ce que vous pouvez lui demander s'il a fait...on parle à la personne directement, on lui dit voilà de quel pays venez-vous? Pourquoi vous êtes ici? de créer le contact malgré tout.» De plus: « être curieuse, de poser des questions, parce qu'on ne peut pas connaître toutes les cultures, le fait de dire voilà chez nous on dit comme ça et que euh...chez vous euh...je ne sais pas, ça peut être de plaisanter, de demander comment on dit bonjour et au revoir. C'est de fois des petites choses qui permettent juste de détendre l'atmosphère.»

Lena se montre intéressée, curieuse et est dans une attitude d'acceptation de l'autre différent et qui selon Bouchaud (2007) « ne doit évidemment pas s'arrêter aux migrants mais devrait être la pierre angulaire de toute relation soigné/soignant, tout patient devant bénéficier d'une prise en charge globale” tenant compte des spécificités propres à chacun. » (p. 3).

Si Tison (2007) déclare qu'il ne faut pas confondre les compétences interculturelles avec la maîtrise d'une autre culture, (p. 72) nous constatons que nos deux interlocutrices l'ont bien compris car elles placent la personne ou l'individu et non la culture au centre de leurs préoccupations:

Alors dans les consultations, euh...on a à faire à un être humain, donc on va poser des questions en individuel ou en couple, on part toujours de ce que la personne sait parce que en plus en matière de culture, on peut être de même culture mais selon le contexte éducatif qu'on a eu, de l'ouverture de la famille qu'on a eu ou pas, selon ce qu'on a vécu, c'est pas parce qu'on est Africain de la même région, que forcément on a les mêmes repères, les mêmes modèles donc c'est intéressant quand on parle avec des personnes. (Lydia)

Et à Lena de rajouter: « je me suis retrouvée confrontée au fait de tellement de cultures différentes et puis je me suis posée la question voilà est ce qu'on parle différemment à un Africain, un Sri-lankais et puis petit à petit j'ai opté...pour moi la question culturelle je ne la vois pas tant que ça, je me suis rendue compte que c'est plutôt une question individuelle.»

Il nous semble que cette question de l'individualité s'oppose à la question de l'interculturalité car dans ce dernier cas, c'est la culture qui prime. Par ailleurs, Tison (2007) nous rappelle que: « ce ne sont pas des cultures qui entrent en contact mais des individus appartenant à des groupes culturels: « les porteurs de culture”.» (p.

35). Dans la continuité de cette idée, Lena déclare: «j'essaye de pas trop en faire une montagne, de ne pas trop culturaliser [...] vous demandez à un Erythréen, moi j'en ai un qui me dit chez moi embrasser sur la bouche, ça ne se fait pas, après un autre Erythréen, il paraît que chez vous, vous n'embrassez pas sur la bouche, il rigole et il me dit, non mais...ça dépend si on vient du village ou de la campagne [...] franchement moi je crois qu'on peut parler de tout du moment où on respecte l'autre et c'est à nous de nommer d'abord.».

Et à Lydia de poursuivre:

Mais ça me semble assez clair, c'est important de mettre les gens dans des cases, ça aide un peu, mais disons que l'important ici c'est vrai que comme on a la chance de voir les gens individuellement et donc simplement on leur pose la question et puis on construit ...euh...autour de leurs réponses [...] il faut toujours demander aux gens où ils en sont et pas partir du principe que parce qu'ils viennent de là comme ça...parce que là j'enferme les gens dans ma représentation à moi et franchement, chaque être humain est unique au-delà des cultures.

Le pouvoir est une attitude qui peut s'installer très rapidement dans une relation soignant-soigné. Il est accentué par le port de la blouse et peut être un frein à la création d'une alliance thérapeutique. Par conséquent, pour Lena, d'éviter de prendre du pouvoir sur les personnes vulnérables, débute par l'absence de blouse blanche: « je trouve important en tout cas là où je travaille c'est de pas mettre trop de différence, de pouvoir sur les gens surtout ceux qui sont dans le domaine de l'asile en tant que représentant hein...médecin, infirmier de toute façon pour eux on est tous un peu pareil, on est docteur, alors moi je ne porte pas la blouse [...] Mais je trouve que c'est se mettre au même niveau, tout en ayant un cadre clair».

De plus, Lena est ouverte aux différences culturelles et réalise qu'il y a diverses représentations du corps et par conséquent de la maladie: « et puis de dire, des fois, être conscient des fois il y a des représentations du corps qui sont différentes [...] Donc de pouvoir un petit peu accepter que il ya une manière différente de voir, que la santé peut être perçu différemment [...] Tout c'est une question de respect, respecter les différences et puis voilà...noter les ressemblances et puis expliquer les choses.»

Dans ce même ordre d'idée, Bouchaud déclare: « La seule ouverture d'esprit" des soignants, éclairé par une sensibilisation/formation aux médiateurs évoqués plus haut, reste l'outil le plus performant pour construire une alliance solide et efficace en montrant au patient (à tous les patients) qu'on l'accepte tel qu'il est et non pas tel qu'on voudrait qu'il soit.» (p. 3).

4.4.2 Genre homme/femme

Selon Ratcliff, Borel, Suardi & Sharapova (2011), la migration féminine en Suisse est en forte progression et les femmes représentent actuellement 50,8% des étrangers. (p. 26). Dans certains pays, voire continents (Afrique, Asie et Europe), les relations homme/femme sont codifiées et donnent lieux à des modèles culturels. Bien qu'il y ait acculturation¹³ lors de l'émigration, le changement de comportement nécessite un temps d'adaptation et doit être compris et pris en considération par les soignants lors de la transmission des messages de prévention.

Lydia souligne: « l'éducation, le modèle culturel de la femme, comment se passe les relations hommes/femmes dans son pays hein! Comment les voit-elle? Qui décide quoi? Est-ce que c'est l'homme qui décide, qui doit parler du préservatif? Est-ce que c'est la femme? Comment elle se situe par rapport à l'homme? C'est toute la question de " l'empowerment" parce qu'on sait que souvent ça prend du temps».

Nous sommes d'autant plus surprises lorsqu'elle explique qu'il y a des femmes qui se fient complètement à leur partenaire. C'est naturel pour elle de ne pas se poser de questions ou encore, elles n'osent pas simplement le faire: «on n'a pas utilisé le préservatif parce que lui, il en n'a pas parlé alors je me suis dit qu'il savait ce qu'il faisait par exemple hein! Ou bien elles vont me dire ben je ne sais pas s'il a mis ou pas, j'ai pas regardé, j'ai pas vu, j'ai pas demandé, ou bien oui oui j'ai essayé de lui parler et lui il m'a dit, bon enfin bon qu'est-ce que tu crois? Je ne vais rien y mettre à l'intérieur, j'assure.»

Dans un souci d'égalité, nous nous sommes intéressées au vécu des hommes concernant la sexualité. Il ressort de nos entretiens qu'il n'est pas aisé pour eux de parler de sexualité avec une femme en dépit de la profession et de son professionnalisme.

Lena déclare:

Moi j'ai 80% d'hommes, donc moi je me suis demandée si ces hommes ne seront pas gênés de parler avec une femme [...] par exemple un couple de requérants d'asile et qu'en plus il y a la traductrice, je veux dire il y a quand même un homme qui se retrouve avec trois femmes, selon la culture, on sent qu'il y a un peu de gêne, il y a quand même des cultures où on ne parle pas de ça en couple avec une conseillère et en plus ou même s'il n'y a pas de traductrice.

Et Mouslim de répondre à cette question:

On n'est pas toujours à l'aise de parler de sexualité avec une infirmière, une dame. Parce que moi je me sentirais un peu plus à l'aise avec un

¹³ Transformation d'une culture par intégration et reformulation d'éléments étrangers.

homme, en train de discuter sexualité avec une femme et tout c'est vrai que c'est un peu compliqué, mais il y a un peu de gêne de qu'à même, il y a un peu de gêne, tu te sens un peu gêné puis ça passe, ça passe puisqu'on parle d'un truc bien précis.

De plus, dans la conscience commune, la non utilisation du préservatif par les hommes n'est qu'un manque de volonté de leur part. Il suffit d'en acheter et de le mettre alors que, il faut déjà savoir qu'il existe différentes tailles, trouver la bonne taille et se sentir à l'aise avec lors du rapport sexuel. Dans ce même ordre d'idée, Lydia affirme:

Un homme utilise le préservatif, il faut l'imposer. Et puis sous entendu tous les hommes savent utiliser le préservatif et ça ne leur pose pas de problème, c'est une question de volonté. Et moi j'entends ça souvent, ils ne veulent pas parce qu'ils n'ont pas de plaisir, ils ont moins de plaisir, c'est que pour le plaisir, le reste ils s'en foutent. Moi j'entends assez souvent des choses comme ça qui sont des discours qu'à même très dévalorisant pour l'homme...afin je ne sais pas...mais moi de ce que je sais c'est que l'utilisation du préservatif par l'homme c'est qu'à même quelque chose qui peut être assez compliquée....on sait hein...que pour le préservatif pour que l'homme se sente à l'aise avec l'utilisation du préservatif, déjà il faut qu'il trouve les bons préservatifs, qui correspondent à sa taille, longueur, largeur et sa forme de préservatif.

Pour conclure, nous pensons que notre rôle est de vérifier auprès de chaque personne les raisons qui la poussent à ne pas en faire usage, et de l'accompagner au mieux à la pratique du safer sexe.¹⁴

4.5 Les collaborateurs et les différents réseaux de préventions

Selon D'amour (2002) « la collaboration est un processus de négociation entre des partenaires afin d'organiser le travail en vue d'une plus grande efficacité. » En effet, selon Lena, le travail de réseau serait plus efficace si tout le monde jouait le jeu: « le groupe Sida Genève qui a des actions de prévention dans différents lieux, devrait aussi envoyer les gens ici, pour l'instant ça ne marche pas très bien. »

Sur le plan interprofessionnel, la fonction de collaboration concerne les actions accomplies conjointement avec les autres professionnels de la santé, notamment les médecins. (Citée par Dallaire, 2008, p. 288-289). En plus de la collaboration, la

¹⁴ Sexe à moindre risque : pas de pénétration sans préservatif, pas de sperme ni de sang dans la bouche, consultation du médecin en cas de démangeaison, d'écoulement ou de douleurs dans la région génitale. (PNVI, 2010, p. 157).

coordination est aussi assurée par les infirmières et sont des fonctions vitales à un meilleur fonctionnement du système de santé.

Suite à nos recherches pour ce travail, nous avons découvert que pour les requérants d'asile, les infirmières étaient en première ligne pour coordonner les soins selon leurs attentes et leurs besoins afin de les mettre en contact avec les différents réseaux. En effet, selon Ratcliff et al (2011), « les *primo-arrivants* ne maîtrisent pas encore la langue du pays d'accueil, vivent sans grand réseau social et à cela se rajoutent une méconnaissance du réseau de soins, tout cela rendant difficile l'accès aux soins. » (p. 26).

Entre autre, le but de la coordination et de la collaboration par l'infirmière est de faciliter la circulation de l'information entre les différents professionnels et des personnes dans le système de santé. De plus, de part sa vision holistique et globale de la personne soignée (Dallaire, 2008, p. 289), elle assure la continuité des soins, favorisant ainsi la collaboration des autres professionnels. Pour Bouchaud (2007) « les pratiques de soins doivent évoluer pour accorder davantage de place au travail multidisciplinaire en équipe afin de tendre vers une prise en charge "globale". » (p. 26)

Dans ce même ordre d'idée, Phaneuf rajoute (2011):

L'interdisciplinarité bien comprise permet une meilleure connaissance du travail propre à chacun des membres de l'équipe et une plus grande compréhension de leur différent mode d'intervention disciplinaire. Elle se cite en conséquence sur le respect des capacités de chacun et une plus grande possibilité de poursuivre des objectifs communs, à la condition que l'information pertinente soit partagée entre les personnes concernées. Cela suppose une qualité optimale de communication et de relation professionnelle. (p. 153)

Le travail de prévention est un travail qui se fait avec plusieurs collaborateurs et qui nécessite un réseau pour pouvoir accueillir, coordonner, orienter et répondre aux attentes des requérants d'asile. Nos interlocutrices travaillent principalement avec les médecins de premier recours, les infirmières de foyers, les infirmières de la CAMSCO, les médiateurs culturels, les conseillers (ères) sexuels et au niveau du réseau Aspasia, le planning familial, le Groupe Sida Genève, le quai 9, la consultation Santé Jeune, les foyers (Anières, Saconnex), la maternité, l'Arcade, les écoles, le groupe de prévention à la naissance de femmes migrantes, Appartenance, et les copines/copains.

- Aspasie: est une association de solidarité, créée à Genève en 1982 par des personnes prostituées et leurs alliés. Dans une attitude de non jugement elle défend les droits des personnes qui exercent le travail du sexe, offre accueil, information, prévention et soutien.

- Première Ligne (quai 9): est une association de réduction des risques liés à la consommation de substances psycho-actives, créée en septembre 2004, à Genève. En continuité du travail mené par le Groupe sida Genève depuis 1991 dans la prévention relative à la consommation de drogues, cette association a pour but général la promotion du concept de réduction des risques et d'actions de prévention permettant aux consommateurs de drogues illégales d'améliorer leurs conditions de vie, aux niveaux social et de la santé.
- Consultation Santé Jeune: Le programme de soins pour les adolescents et les jeunes adultes a été créé au HUG pour répondre aux besoins de santé propres à cette période de transition et aider les jeunes qui ont des difficultés d'accès aux soins. Une approche globale de la santé et des soins multidisciplinaires sont proposés aux jeunes.
- Arcade sages-femmes: a été créée en 1994 par un collectif de sages-femmes indépendantes réunies en association. Ces sages-femmes désiraient avoir pignon sur rue afin de développer des activités de prévention et d'être plus accessibles aux demandes et besoins des femmes et couples.
- Appartenances: Créée en 1993, à Lausanne, par un groupe de médecins, psychologues, travailleuses et travailleurs sociaux. C'est une association engagée dans la santé communautaire des migrantes. Peu importe son statut (requérant-e d'asile, réfugié-e, travailleur ou travailleuse immigré-e), sa provenance ou sa religion, chacun-e est accueilli-e à Appartenances en tant que personne qui, à un moment donné de sa vie, peut avoir besoin de soins, de formation ou de soutien.
- Le Groupe sida Genève: Fondé en 1987, le Groupe sida Genève est une association privée de lutte contre le sida dont le mandat comprend la prévention de nouvelles infections, le soutien aux personnes touchées, la lutte contre les discriminations et la diffusion d'informations sur le VIH/sida.

5. Analyse des thèmes des requérants

5.1 Sexualité et tabou

La sexualité est définie par le Larousse (2012) comme étant un ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe, que l'on peut observer dans le monde vivant. C'est un sujet sensible et pas évident à aborder selon les situations de soins. S'il ne fait pas partie de notre conscience professionnelle, nous nous censurons nous-mêmes, nous disant qu'il peut être considéré par la personne soignée comme du voyeurisme. De plus, nous pensons que parler de sexualité selon les générations et en dehors du cadre amical et genre peut être perçu comme tabou.

Nous nous demandons si le tabou de la sexualité est un mythe car nous nous sommes rendu compte à la lecture de nos entretiens que ni les requérants, ni les soignants ne le considèrent comme tel. En effet, Mouslim¹⁵ affirme: «Non c'est pas tabou, c'est pas tabou, parler de sexualité, tout le monde sait ce que c'est la sexualité ha ha ha donc c'est pas un tabou au contraire il faut en parler, pour pas que certains fassent les erreurs que d'autres ont commis quoi». Et Fatou de rajouter: «Non, je suis libre, je peux parler, je peux connaître, j'ai la curiosité seulement de connaître».

Lena quant à elle, pense que c'est aux soignants d'aborder en premier le thème de la sexualité et que cette ouverture donne et laisse l'opportunité aux requérants d'en parler et de poser toutes leurs questions:

Et puis je me suis vraiment rendu compte que en fait les gens, j'ai plutôt le sentiment qu'ils ont envie que enfin on puisse parler. Parce que quand on est pris dans cette culture, qu'il ya des lieux ou on ne peut pas parler, tout le monde a des questions [...] et c'est très dur pour les personnes de parler elles en premier des questions qu'elles ont. Donc le fait de nommer par exemple de parler de pratique anale, moi je parle de vagin, de pénis et j'ai l'impression que plutôt ça aide. Parce que après les personnes se disent ok ici moi, je peux poser mes questions [...] ce que je vois et peut être qui peut être tabou est que c'est rare que les questions viennent d'elles-mêmes.

En outre, elle souligne qu'en ce qui concerne la sexualité, on peut parler de tout, du moment où le cadre est défini et que l'on s'adresse aux personnes de manière respectueuse. De plus, il est nécessaire de trouver la juste distance pour ne pas se laisser prendre au piège de la sympathie. Le sujet est sensible et l'on touche à l'intimité. «C'est ainsi quand on montre l'ouverture, on se frotte à des questions et il faut pouvoir y répondre, et ne pas être gêné de répondre.» Elle rajoute:

¹⁵ Mouslim est un nom fictif pour le requérant d'asile

Beaucoup avaient vu des films pornographiques et avaient un peu de peine à savoir est ce que la femme blanche elle aime tout ça, ils y en avaient qui disaient ah mais si on parle de rapport anal est ce que les femmes blanches aiment ça, elles veulent faire ça? Et puis après c'était...à un moment donné il m'a demandé mais d'une manière très polie si moi je faisais ça par exemple, la fellation? et je trouvais que c'était pas quelque chose, de la drague, c'était vraiment une curiosité de savoir comment ça se fait, si tout le monde le fait? Alors voilà moi après j'ai répondu que je n'étais pas là pour parler de mes pratiques...(rire).

Cependant, Lena nous confie que, malgré son début de parcours professionnel dans une association de solidarité pour les travailleuses de sexe (Aspasie), elle s'est posé la question de comment aborder la sexualité car c'est un sujet qui peut mettre mal à l'aise et provoquer de la gêne.

Et donc souvent je détaille la pratique sexuelle, mais je demande toujours...mais bon maintenant j'ai un peu l'habitude donc je vois chez la personne si elle est plus ou moins à l'aise ou pas, mais quand j'ai un doute, je dis est ce que ça vous gêne qu'on parle de ça? Parce qu'en expliquant je leur dis voilà moi c'est mon travail, je suis infirmière, je suis là pour donner des explications, c'est clair quand on parle sida, on parle aussi sexualité, c'est des sujets qui peuvent mettre mal à l'aise. Sachez que moi je ne suis pas mal à l'aise, si vous l'êtes on arrête mais si vous avez des questions, vous pouvez les posez. (Lena)

Selon elle, cette gêne se manifeste par le sourire et le rougissement:

Après il y en a je vois...il...y apar exemple ils sourient, ils rougissent euh...et puis c'est aussi quand je demande par exemple s'ils ont pris des risques, alors ils réfléchissent longtemps, après ils disent oui, après si je demande un peu plus: c'était dans quelle circonstance, est ce que c'était avec des hommes, des femmes? Alors là aussi c'est souvent un peu euh...des réactions de surprise d'abord on voit dans l'expression, genre, ils répondent de manière évasive.

Afin de diminuer ce sentiment de gêne, elle a développé des stratégies, et utilise souvent de l'humour pour détendre l'atmosphère «Je pense que peut-être mon parcours fait que moi je suis assez à l'aise pour toutes ces questions de sexualité [...] moi j'en parle très simplement, je rigole, je dis vous savez moi je rougis aussi, on rougit tous, une fois comme tout le monde, les préservatifs...je plaisante, je détends l'atmosphère». (Lena).

Pour terminer, il nous semble important de noter que parler de sexualité ne se limite pas aux risques d'infections et à la contraception. C'est aussi le point de vue de Mouslim qui déclare: « on peut parler de sexualité et tout. Pas causer des rapports que tu as eu avec telle copine à un copain c'est pas ça parler de sexualité,

c'est parler des risques qu'il y a, les différents dangers il y a dans la sexualité, les rapports. Je crois que là c'est important de parler de sexualité».

Et Lydia de compléter: « notre rôle c'est pas seulement de parler de la grossesse avec des risques pris par rapport à la survenue d'une grossesse qu'on aurait pas désirée, mais c'est bien entendu de rendre attentif aux infections sexuellement transmissibles [...] parce que ici on ne va pas faire que ça, donc la sexualité c'est aussi le plaisir et c'est pas que les risques.»

5.1.1 Formation spécifique des interprètes à la question de la sexualité

Lors de notre rencontre avec les soignantes interviewées, nous avons pris conscience que les interprètes et/ou les médiateurs culturels sont de précieux collaborateurs surtout lorsqu'ils sont formés. En plus de leur formation à la Croix-Rouge Suisse, ils sont formés par le Programme Santé Migrant sur la manière d'aborder la sexualité.

La difficulté de leur travail réside en la réduction de l'utilisation de certains mécanismes de filtrage. Ceux-ci consistent à traduire selon ses valeurs et sa culture avec pour conséquence la non assurance de la part de l'infirmière que le message a été correctement compris par les requérants d'asile. Dans la continuité de cette idée, Vissandgée, Ntetu, Courville, Breton & Bourdeau (1998) disent «il peut arriver qu'il y ait une certaine distance culturelle entre le client et l'interprète. Distance qui réfère au degré de divergence ou d'incompatibilité perçu par des individus en interaction entre les savoirs, les savoir-faire et les systèmes de références culturelles des uns et des autres» (p. 36).

Afin de surpasser ce problème de distance culturelle, Lena incite les interprètes à nommer leur malaise, leur gêne ce qui leur permettra ainsi de dépasser le tabou.

Quand l'interprète est mal à l'aise, ça ne passe pas non plus. Alors moi j'ai des interprètes qui quand on traite ça, ils disent aux gens: si tu fais ce qui se passe sous le pantalon, c'est dangereux. Je dis non, c'est pas ce que j'ai dit vous devez nommer, après il dit non on ne peut pas, c'est un interprète Peul qui disait ça que dans notre culture on en parle pas. Je dis mais vous, vous êtes là pour faire le lien, je veux dire peut-être dans votre culture on en parle pas mais ici ils sont en Suisse et ici, on va dire que l'homosexualité c'est quelque chose qui est permis, qui est normal, ici on peut parler de sexualité, et si le client ne souhaite pas, on le fait pas. S'il le souhaite, il doit savoir qu'il peut. (Lena)

Elle souligne aussi qu'un entretien de type triadique, modifie le comportement de tous les acteurs en présence. Ce qu'elle attribue à cette tierce personne qui est l'interprète:

Des fois la présence de l'interprète qui est difficile. Ça c'est sûr que quand il ya une tierce personne c'est toujours un peu plus dur. Ce qu'on comprend hein...parce que c'est vrai que même moi je suis moins...je pose des fois moins de question...parce que je me dis bon...j'ai pas besoin de tout savoir sur la sexualité de cette personne. Euh...l'importance pour moi c'est qu'il comprenne comment il peut se protéger [...] donc j'ai pas non plus à trop insister surtout si la personne ne semble pas vouloir tellement parler d'elle-même. (Lena)

Elle insiste également sur la nécessité d'une formation spécifique afin que ceux-ci aient un vocabulaire adéquat et sachent aborder la sexualité. «Pour certains interprètes c'était difficile de traduire certains propos en lien à la sexualité, ils disaient ben voilà, dans notre culture, on parle comme ça. Alors on a formé en fait spécialement certains interprètes [...] je travaille en priorité avec des interprètes qu'on a formé d'une part sur la question sida pour qu'ils aient déjà le vocabulaire adéquat, et puis on a beaucoup parlé sur cette question de comment aborder la sexualité»

De plus, elle doute du respect de la confidentialité de la part de ses collaborateurs: «c'est vrai que il ya quand même un interprète même si on est tous tenu à la confidentialité, on ne sait jamais exactement jusqu'à quel point les gens la respecte.»

En somme, en tant que futures professionnelles, nous pensons que les interprètes et/ou les médiateurs culturels devraient avoir des connaissances de bases dans le domaine de la santé. Ils devraient en plus avant tout entretien avec le soigné être briffés afin qu'ils puissent se préparer émotionnellement et éviter tout malentendu.

5.2 Représentations et croyances

« Les croyances se rapportent à une chose, acceptée comme vraie, posée comme principe ou groupe de principes spécifiques ralliant le peuple d'un même groupe ethnoculturel. Elles n'ont pas à être prouvées et, inconsciemment, elles sont acceptées comme étant la « vérité ». (Coutu-Wakulczyk, 2006, p. 206). Ainsi dit, nous pensons que les croyances ont une influence sur les soins car elles font partie intégrante de la personne. Selon Phaneuf (2010), « plusieurs croyances peuvent perturber ou renforcer la relation soignante-soigné. Les plus importantes sont relatives aux notions d'hygiène, de santé et de maladie [...] Il est important de connaître les croyances de nos clients, car elles conditionnent l'acceptation du traitement et sa poursuite. » (p. 167).

L'exemple notoire est celui de Fatou qui doute de la fiabilité des préservatifs suite aux rumeurs entendues sur ceux-ci dans son pays d'origine depuis qu'elle était enfant. Elle affirme:

Un jour là où chez nous dans nos pays, on disait qu'il y a des préservatifs qu'on peut utiliser qui a le sida. J'étais un enfant, même j'ai entendu on disait ça, parce que quand tu regardes dans les théâtres, les télévisions, que tu entends la radio, le théâtre [...] Depuis que j'étais enfant, j'ai appris ça dans ma tête, c'est pourquoi je n'aime pas ça c'est pourquoi j'ai pensé que ah! Peut-être tu peux utiliser des préservatifs qui a le sida mais je ne sais pas, je ne peux pas utiliser ça [...] j'ai entendu à la radio que le sida n'a pas de médicament, tu vas mourir.

Lydia, de part sa formation professionnelle et ses valeurs, pense et croit fermement que le préservatif est la seule manière de se préserver des IST: « mais parce que je pense que le préservatif c'est essentiel avec les transmissions sexuelles. Finalement c'est la seule prévention qu'on a vraiment »

Face à ces deux croyances qui nous interpellent, nous notons qu'il peut y avoir des malentendus et de l'incompréhension lors d'une rencontre entre le soignant et le soigné avec pour but la transmission du message de prévention. De ce fait, le rôle de la soignante sera de s'informer sur les croyances des soignés et d'être attentive par l'observation aux signaux non-verbaux du langage. « C'est par le dialogue et l'observation que nous arrivons à connaître les croyances des clients et de leurs proches, donc par une relation signifiante. » (Phaneuf, 2010, p. 167).

Billon (2003) souligne que « les valeurs en matière de santé individuelle sont des normes fondamentales qui conditionnent les attitudes et les comportements conditionnés autant par les perceptions individuelles que par les représentations sociales. » Cependant, elle réitère que « les représentations sociales de la santé ou de la maladie d'un individu reflèteraient ainsi autant sa situation socioéconomique, sa position sociale, ses valeurs et les idéologies dominantes de son milieu social, mais ne suffisent pas à expliquer les comportements individuels de santé et encore moins la modification des comportements de santé. » (p. 32).

Ainsi dit, chaque personne a ses représentations de la maladie, la sexualité et l'exprime différemment. Bouchaud (2007) souligne: « La langue, les représentations de la maladie, de la mort, de la sexualité, liées aux références culturelles et religieuses déterminent l'ensemble des attitudes, connaissances et comportements face aux choses de la vie". [...] connaître quelques éléments des structures sociales traditionnelles" ou des représentations de la maladie, sans que le soignant ait pour autant besoin de devenir anthropologue va permettre de mieux comprendre les réactions déroutantes avec leurs conséquences. » (p. 25)

Il est donc utile d'examiner leur motif de consultation aux services préventifs car les notions de santé, de promotion et de prévention reposent sur des conceptions européennes lesquelles ne coïncident pas nécessairement avec celles des immigrantes. (Vissandjée et al, 1999, p. 35-41)

5.3 Attentes et intérêts des requérants d'asile

Les soignantes interviewées, au travers des différentes anecdotes qu'elles nous ont racontées, pensent qu'elles répondent aux attentes des requérants d'asile malgré le fait que ceux-ci ne les formulent pas clairement: « quand il ya des choses comme ça qui se passent, je pense que je réponds à leur demande car ils reviennent et en plus avec leur partenaire, effectivement quelque chose s'est passée. » (Lena)

De surcroît, selon elles, ces derniers « se fient souvent plus à ce que disent les copines, la voisine que ce que disent les professionnels ». (Lydia)

J'ai entendu ça, quand tu parles avec des amies, il y a une maladie sexuelle qu'on appelle le sida, si tu fais...si tu couches avec un homme sans préservatif, tu vas avoir la maladie du sida, tu vas prendre la grossesse là mais on ne connaît pas ça parce que on dit comme ça mais tu ne connais comment ça se fait. Tu n'es pas trop connaître est-ce que quand je fais une seule fois, je vais attraper la maladie? je ne connais pas. Est-ce que ça fait quand je fais plusieurs fois?» (Fatou)

De nos entretiens avec ceux-ci, il en ressort qu'ils attendent une adaptation du langage de la part des soignants. Ils attendent également de la discrétion et une disponibilité de leur part. En outre, ils affirment que de connaître leur statut de santé concernant les IST, leur permet d'adapter leur comportement: « je préfère venir ici parce que voilà c'est discret. ». « L'infirmière du planning familial, le langage qu'elle a utilisé? oui j'ai compris » (Fatou). « Il y avait des images pour expliquer certaines choses, elle expliquait plutôt verbalement et mais avec aussi les images quoi! Il y avait certains trucs en images pour rendre encore plus mieux mais c'était rassurant. Le langage était bien et les images aussi ça arrange aussi, c'est encore mieux précis de voir certaines choses et c'était bien. » (Mouslim)

Quant à leur intérêt pour les IST, Fatou nous a clairement expliqué qu'elle était motivée par sa curiosité et son envie d'apprendre. Les informations concernant les IST véhiculées dans le roman photo (sous le signe de la passion, 2009) lui ont permis de comprendre les modes de transmission des IST,

Quand j'ai lu le livre là, j'ai lu dans le livre, il y a écrit que la cuillère, l'assiette non! j'ai lu ça et la prise de sang dans le livre, on a écrit que il n'y a pas de problème c'est parce que nous ne connaissons pas la fille qui est là, peut-être que elle n'a pas allé à l'école, elle m'a dit ça, moi aussi j'étais un enfant, j'ai l'ai comprend comme ça mais il y a...maintenant j'ai compris un peu quand je lisais le livre là. (Fatou nous explique que la lecture du roman photo lui a permis de comprendre que la cuillère, l'assiette et la prise de sang ne transmettent pas le sida.)

Les différentes étapes de dépistage lorsque l'on a eu des relations sexuelles à risque:

Oui il faut qu'il y ait un test, il faut que, alors j'ai lu là-bas que le test après trois mois, alors tu retournes, j'ai lu dans le livre le test après trois mois tu retournes encore, c'est pourquoi j'ai pensé que si tu as un copain ou bien fiancé, tu veux faire un mariage avec lui, ce que j'ai pensé là-bas il faut que nous allions à l'hôpital faire le test la première fois, alors tu attends les trois mois là encore, vous retournez là-bas vous regardez comment alors là ça sera bon. [...] il faut pas avoir la confiance à quelqu'un.

et les facteurs favorisant la prise de risque tel que l'alcool:

Moi je pense que là je ne peux pas faire ça pour cela je vois que c'est difficile pour moi pour faire ça maintenant. Maintenant je vois que ce n'est pas facile, je ne peux pas comprendre ça, ou bien même si tu vas me dire parce que moi je ne bois pas ou je vais dire suis soûle, je suis buvée, j'avais bu beaucoup c'est pourquoi j'ai eu le problème non! parce que dans le livre, la fille là, elle a buvé beaucoup c'est pourquoi l'homme lui a dit je n'ai pas le capot, le préservatif, la fille elle dit ah, on continue, moi aussi je n'en a pas. Parce que elle a buvé, même moi je pense que ça n'ira pas.

Quant à Mouslim, il se pose la question existentielle de la fidélité de son partenaire et en conclut qu'il faut régulièrement faire le test du VIH:

Moi pour avoir plus de confiance problème il faut le faire régulièrement parce qu'on ne sait jamais l'autre, peut-être toi tu penses, tu peux être fidèle et puis l'autre se tape ailleurs et chope la maladie, si personne ne se reproche quelque chose, on va gentiment chez l'infirmière faire le test. [...] ça influence beaucoup dans la mesure où la maladie n'est pas écrite sur le visage de quelqu'un ha ha ha. On ne sait pas, parce que tout le monde peut être en bonne santé et être malade. Donc on ne sait jamais, il faut toujours être prudent.

6. Discussion

6.1 Réflexion ultime

Dès le début de notre étude, nous nous sommes fixées des objectifs et avons émis des hypothèses de travail.

Au terme de cette analyse, il en ressort que, les soignantes adaptent leur discours de prévention. En effet, lors de la consultation, ces dernières évaluent le niveau d'instruction des requérants d'asile. Cette évaluation permet d'utiliser les mots simples, des courtes phrases et d'illustrer leur propos avec des images et des brochures.

Avant tout, l'accueil est primordial dans la relation soignant-soigné. Il commence par le « bonjour » des soignantes lorsqu'elles croisent le requérant d'asile dans la salle d'accueil. Ainsi dit, la communication étant verbale et non verbale, les soignantes lors de l'établissement de la relation ont des habiletés et montrent des attitudes d'accueil, de réceptivités, preuves d'un signe d'ouverture et de savoir-être. Nous pensons ainsi que l'accueil permet de mettre la personne en confiance, de créer le lien afin de favoriser le maintien et la continuité des soins.

De plus, l'écoute active basée sur la reformulation, est également essentielle dans la relation soignant-soigné. Partir de ce que la personne sait, partager les informations avec les soignés sont des stratégies utilisées par les soignantes pour rendre leur message compréhensible d'une part et d'autre part, permettre au soigné de s'exprimer. Par ailleurs, dans un contexte d'interculturalité, les soignantes développent des compétences de négociation, et se montrent flexibles. Les différences et les similitudes culturelles sont prises en compte ce qui leur permet d'éviter la levée des résistances.

Pour les requérants, les explications à base d'images les aident à mieux comprendre comment les virus, les champignons et les bactéries se propagent dans l'organisme.

De plus, pour les soignants de nommer clairement (vagin, pénis, pratique anale) en parlant de sexualité aide les requérants à se sentir moins gênés et de se dire qu'ils peuvent se confier et poser toutes leurs questions.

Cependant, nous tenons à noter qu'en dehors de ces lieux spécifiques: Programme Santé Migrant et le Planning Familial, il n'est toujours pas évident pour les soignants d'aborder la sexualité.

Nous pensions que parler de sexualité était perçu comme tabou chez les professionnels et par les requérants d'asile eux-mêmes mais, nous nous sommes rendu compte que le tabou était beaucoup plus présent chez les soignants et en particulier chez les médiateurs culturels et les interprètes. Effectivement, ces

derniers utilisent l'excuse de la culture pour camoufler leur gêne. Ils disent par exemple dans notre culture, on ne parle pas de ça d'où l'importance qu'ils soient formés à la question de la sexualité et qu'ils comprennent qu'ils sont dans une société dont les fondements sont basés sur la liberté d'expression tant que l'autre est respecté.

Nous pensions également qu'il n'y avait pas de variabilité de perception des requérants d'asile en fonction de leurs origines ou de leur provenance ce qui s'est avéré inexact. Les entretiens et la littérature nous ont révélé que selon la religion, certaines personnes en particulier les jeunes avaient des pratiques à risques. Ne pouvant avoir des rapports sexuels avant le mariage, ces derniers se livrent à la pratique anale sans protection, se disant qu'il n'y a aucun danger car ils ne sont pas en contact avec les sécrétions vaginales. Ils ignorent que c'est la pratique la plus dangereuse car le risque de transmission des IST est assez élevé même sans éjaculation.

D'autre part, nous avons constaté que lorsque le requérant vient de la ville ou de la campagne, il y a des variabilités des perceptions dans le comportement et au message de prévention. En effet lorsqu'ils viennent de la campagne, il est beaucoup plus difficile pour eux de s'ouvrir rapidement et de parler facilement de leur sexualité. Toutefois, quand ils sont mis en confiance, les soignants s'aperçoivent qu'ils ont beaucoup de questions et finalement parler de sexualité pour eux n'est pas tabou.

Concernant la relation entre les comportements sexuels, les normes sociales et les croyances, il en ressort que la complexité est effective. De ce fait, comme mentionné dans l'analyse, pour une prise de conscience des risques et pour arriver à un changement de comportement, les soignants doivent connaître et prendre en considération ces normes et croyances.

Nous pensions dès le début de notre étude que les pictogrammes, les brochures et les romans photos étaient stigmatisant et n'étaient pas suffisamment adaptés à la population cible. Il n'en est rien selon les dires des requérants interviewés. Les romans photos sont conçus à partir des anecdotes vécues au quotidien par les requérants. Les brochures sont traduites dans plusieurs langues étrangères. Quant aux pictogrammes, ils ne sont pas suffisamment adaptés car certaines illustrations ne sont pas déchiffrables par tous.

Concernant les réseaux de prévention, nous constatons que les professionnelles interviewées coordonnent et collaborent efficacement. Selon les besoins des requérants, ces derniers savent exactement où les orienter. Cependant, comme mentionné ci-dessus par Lena, la collaboration serait meilleure si tout le monde jouait le jeu. De ce fait, force est de constater que nous ne pouvons pas parler de sous exploitation de réseaux par les requérants d'asile mais de la difficulté dans le suivi à cause de la barrière de la langue.

D'autre part, nous sommes en désaccord avec Lydia lorsqu'elle affirme qu'au planning familial, elles ne sont pas en première ligne en matière de prévention des IST. Cela nous surprend énormément dans la mesure où elles reçoivent beaucoup de jeunes filles et des couples pour parler de la contraception, la pilule d'urgence et des interruptions volontaires de grossesse. Pour nous, toutes ces consultations sont des moments privilégiés pour sensibiliser ces personnes à la question des IST.

Au terme de cette analyse, il est évident que les soignants doivent avoir un savoir faire et un savoir être transculturel pour accompagner cette population à un changement de comportement. De celles que nous avons interviewées, il en ressort que de part des connaissances théoriques, elles avaient un savoir faire et, elles ont acquis un savoir être grâce à l'expérience sur le terrain et à la formation continue.

De plus, nous sommes parties de l'idée que l'approche collective lors de la prévention catégorise les requérants au lieu de les considérer comme uniques et singuliers avec des croyances et des représentations. Après avoir donné la parole aux requérants, il en est ressorti que les deux approches répondent à leurs attentes. Pour Fatou, une approche collective est celle qui lui correspond le mieux car cela lui permet de tirer parti des idées de chaque intervenant:

Je dis que là tu n'as pas à prendre beaucoup des idées qui viennent avec, chacun a ses idées, c'est ce que je disais quand j'étais un enfant, je prends ceci, je prends ceci parce que j'ai entendu ça alors quand je n'entends pas ça, je ne peux pas comprendre [...] alors quand il y a beaucoup de personnes, il y en a des questions des gens qu'on pose là, tu comprends. Les réponses que l'infirmière donne, c'est pas que je suis seule, je pose mes questions seule.

Quant à Mouslim, l'approche individuelle permet d'être en tête à tête avec l'infirmière et de poser ses questions.

En somme, notre recherche avait pour but la compréhension des difficultés relationnelles qui peuvent s'imposer aux soignants lors d'une rencontre interculturelle dans le cadre de la prévention des IST. Tout au long de ce travail de recherche, nos aprioris ont évolué et notre regard sur la transmission du message de prévention a changé. Au départ, nous pensions que le message de prévention pouvait être perçu par les requérants comme moralisateur et qu'ils pouvaient se sentir jugés.

La rencontre avec les professionnels du terrain, les requérants d'asile et la littérature nous ont permis de comprendre l'importance de la communication dans la relation soignant-soigné. L'élément culturel doit être pris en compte mais au-delà de la culture, ce sont des êtres humains singuliers et uniques qui se rencontrent. Par conséquent, en tant que futures professionnelles, nous pensons fermement que nos valeurs professionnelles d'empathie, de respect, d'acceptation de la différence et d'authenticité sont des valeurs qui doivent s'appliquer à toutes les personnes soignées.

6.2 Apports et Limites du travail

La réalisation de ce travail de recherche bien que minime par le nombre de participants, contribue à la recherche dans les soins infirmiers. En effet, en tant que futures infirmières, nous sommes conscientes que l'évolution de la discipline infirmière s'est faite en partie grâce à la recherche en soins infirmiers.

Les problématiques rencontrées sur le terrain sont analysées au travers de données probantes aboutissantes ainsi aux résultats ayant pour but l'amélioration de la qualité des soins.

Pour ce qui est de la nôtre, son apport est de permettre aux différents acteurs du terrain d'avoir le point de vue des requérants d'asile sur leur travail de prévention et d'éducation sexuelle afin d'accroître leurs compétences spécifiques.

La réalisation de ce MFE ne fut pas un long fleuve tranquille. Au départ, nous pensions nous intéresser uniquement à la perception du message de prévention par les requérants d'asile mais après réflexion, nous avons trouvé plus complet de traiter des deux pôles qui sont : la transmission du message par l'infirmière et la perception de celui-ci par le requérant. De surcroît, au fil des lectures et de nos entretiens, nous nous sommes aperçues que les interprètes, concernant notre thématique, sont des collaborateurs précieux pour remédier à l'obstacle qu'est la barrière de la langue. Voulant les intégrer dans notre recherche, nous nous heurtons à la difficulté de traiter en profondeur ces trois thèmes car nous n'étions que deux et le temps imparti au travail était insuffisant.

Toutefois, il était impossible pour nous de ne pas aborder cette thématique. Nous décidons finalement de l'inclure comme thème mais d'en parler succinctement.

Pour ce qui est de la population cible, ce fut difficile pour nous de la préciser car la population migrante est vaste avec différents profils. Ce n'est que lors de l'entretien exploratoire que nous avons identifié la population qui répondait à nos critères d'enquêtes.

Pour notre phase empirique, nous avons mené des entretiens semi-dirigés ayant au préalable établi un questionnaire que nous avons remis aux personnes interviewées avant la rencontre. Cette démarche a pour effet d'orienter la recherche et par conséquent d'induire des biais car l'interviewé est limité dans ses réponses.

Nous avons choisi la méthode qualitative et nous sommes conscientes que l'échantillon n'étant pas significatif, les résultats ne sont pas représentatifs de la population cible totale. Cependant, nous pouvons affirmer que notre travail pourrait contribuer à une étude plus grande.

A propos de nos entretiens réalisés auprès des requérants d'asile, malgré l'adaptation de notre questionnaire pour une meilleure compréhension de leur part, nous trouvons que les réponses de Mouslim par exemple, étaient brèves et succinctes. Quant à Fatou, nous nous sommes principalement heurtées à la difficulté de la langue et comme vous avez pu le constater, nous avons décidé de laisser ses propos tels quels.

Concernant la revue de la littérature, il nous semble important de noter que pendant toute la réalisation du travail, nous avons eu de la peine à trouver des articles de recherches et des ouvrages abordant l'ensemble de la thématique. Pour y arriver, nous avons disséqué les thèmes et rassemblé les lectures et idées correspondantes au fur et à mesure. L'autre difficulté était celle de la langue car la majorité des articles retrouvés étaient en anglais et devaient être traduits.

Enfin, quant à notre cadre théorique, le danger réside dans la culturalisation des soins à savoir, réduire le soigné à sa culture et sa différence, ne pas le considérer comme un être singulier et unique.

7. Conclusion

Nous avons le sentiment après l'accomplissement de ce mémoire de fin d'étude d'être dans la continuité de Florence Nightingale. En tant que futures praticiennes, partir d'une problématique de terrain, chercher des informations, les analyser et aboutir à des résultats dans le but de faire progresser les soins infirmiers est notre contribution à l'évolution de notre discipline.

Cependant, il nous semble important d'esquisser de nouvelles pistes de réflexion à notre recherche. Ces nouvelles perspectives auront pour but de sensibiliser tous les soignants à aborder la sexualité. Nous pensons que ce thème pourrait être non seulement introduit dans la formation bachelor en soins infirmiers, mais aussi dans la formation continue pour les professionnels du terrain.

Réaliser une étude quantitative à notre question de recherche serait une approche intéressante dans la mesure où elle donnerait des résultats plus globaux et concis. De plus, la question des interprètes pourrait être traitée de manière approfondie.

Par ailleurs, nous pensons également qu'une étude comparative pour la prévention des IST peut être réalisée entre l'approche individuelle préconisée par les soignants et l'approche collective privilégiée par les médiateurs culturels du Groupe Sida Genève.

8. Bilans personnels selon rôle KFH

NICOLE

Au terme de ce travail de mémoire de fin d'étude, un bilan personnel s'impose. Nous avons décidé de le faire selon les 7 rôles KFH qui sont des compétences en soins infirmiers obtenues tout au long de ces quatre années d'étude. De plus, l'autoévaluation est une des compétences qui nous a toujours été demandée durant la formation. Je développerai ici les compétences essentielles acquises lors de la réalisation de ce MFE.

Pour ce qui est de mon rôle d'expert en soins infirmiers, la réalisation de ce travail de bachelor est un premier pas vers la recherche. Bien que les résultats ne soient pas représentatifs, ils peuvent être transférés dans la formation et la pratique pour une amélioration de la qualité des soins. Réaliser ce travail en binôme m'a également permis de développer un comportement professionnel et responsable. Tenir mes engagements face au cadre de travail que nous nous sommes fixées Lucie et moi, démontre une de mes valeurs: le respect. Je me réjouis de démontrer cette valeur à l'égard de mes futurs patients.

Réaliser ce travail à deux nous a mis dans une situation de partage d'idées. Nos idées ne convergeant pas toujours dans le même sens, j'ai développé des compétences de communicatrice pour pouvoir défendre mes idées sans forcément entrer dans le conflit. J'ai ainsi appris à faire des concessions, pour arriver à une prise de décision partagée.

Aller à la rencontre de différents professionnels sur le terrain que ce soit pour la réalisation des entretiens ou pour l'obtention des autorisations m'a permis d'acquérir des compétences de collaborateurs. De plus, nous avons réalisé une grille d'entretien, ajusté et adapté notre langage afin que nos questions soient comprises par les requérants d'asile. Mener ces entretiens nous a également demandé de coordonner nos rôles ce qui est pour moi un premier pas vers le leadership d'où l'acquisition du rôle de manager.

Concernant ce rôle de manager, il me semble important de noter que la réalisation de ce travail de bachelor nous a permis de gagner en autonomie. Notre directrice de mémoire nous a donné la liberté de gérer ce travail comme nous le voulions tout en s'assurant qu'il était réalisé selon les bases professionnelles, éthique, légales et institutionnelles. Nous l'avons donc sollicitée chaque fois que nous en avons besoin sachant qu'elle était une ressource précieuse.

Le choix de notre thèse de MFE est une preuve de mon engagement en faveur de la santé et de la qualité de vie. Il démontre l'intérêt que nous avons pour nos

futurs patients et leurs proches. Il m'a permis d'acquérir des compétences de promoteur de la santé.

La réalisation de ce travail de bachelor nous a permis d'avoir une pratique réflexive. Dans notre rôle d'apprenant, nous sommes allées à la rencontre des professionnels du terrain. Ceux-ci nous ont généreusement transmis leur savoir-faire, leur savoir-être et leur expérience. Tout cela nous a permis d'identifier nos propres besoins, les besoins des patients, de leur entourage et surtout de mieux comprendre le système de santé. Nous avons accessoirement compris la politique de santé en Suisse en matière de prévention. Toutes ces connaissances et compétences acquises profiteront aux futurs étudiants que nous formeront sur le terrain.

Tout au long de ce travail, nous nous sommes positionnées en tant que futures professionnelles. Nous avons démontré notre capacité d'analyse, notre ouverture d'esprit, d'acceptation de la critique pour progresser. Nous avons également démontré que nous pouvions travailler de manière responsable et autonome cependant, je reste convaincue que j'ai encore beaucoup à apprendre et me réjouis de me retrouver sur le terrain.

LUCIE

Nous voici arrivées au terme de ce travail de bachelor et c'est maintenant que je prends conscience de tout le chemin parcouru. La réalisation de ce mémoire de fin d'étude m'a permis de développer plusieurs compétences en lien avec les différents rôles KFH infirmiers.

Dans un souci de compréhension du travail des soignantes sur le terrain en ce qui concerne la prévention, nous avons effectué des entretiens auprès d'elles afin qu'elles nous fassent part de leurs expériences, leurs difficultés et leurs motivations. Cette rencontre m'a permis grâce à des anecdotes, de mettre le doigt sur leurs compétences. Cela m'a donné envie d'acquérir un savoir-faire et un savoir-être identique dans ma pratique future. Celles-ci n'hésitent pas à adopter une attitude réflexive sur leur pratique et comme elles, tout au long de cette recherche, nous nous sommes remises en question et avons pris en considération les remarques de la directrice de mémoire. Ceci s'inscrit dans mon rôle professionnel qui est d'avoir une attitude respectueuse de la personne dans la rencontre.

En ce qui concerne mon rôle d'experte en soins infirmiers, le travail de bachelor est un projet, certes minime, qui s'inscrit dans la recherche avec comme finalité le transfert des résultats dans la pratique pour une amélioration de la prise en soins des requérants d'asile. Pour moi, la prévention doit avant tout se baser sur les besoins de la population afin de répondre au mieux à leurs attentes.

Afin de mener à bien la phase empirique de notre recherche, nous avons collaboré avec différents acteurs travaillant dans le réseau de soins. Pour ce faire, il était nécessaire de bien connaître le rôle de chacun afin de les utiliser à bon escient. De plus, un travail de cette ampleur demande d'être responsable. Nous avons des engagements qu'il faut respecter, des échéanciers et je pense que nous avons su assumer nos responsabilités, ce qui nous a permis de développer une capacité d'autonomie.

Le travail a été mené en binôme et malgré que cela fasse quatre ans que nous travaillons toujours ensemble, nous avons néanmoins vécu des moments difficiles. A plusieurs reprises, nous n'étions pas d'accord à propos de certaines idées et sur la manière de les transposer sur du papier. J'avoue que grâce à cette recherche, j'ai appris à être plus conciliante afin d'éviter d'éventuels conflits. A mon sens, c'est une qualité qui me sera bien utile dans ma pratique et qui s'insère dans mon rôle de communicateur.

Pour finir, je dirais que mon choix de traiter de la prévention des IST auprès des requérants d'asile est une preuve de mon engagement en faveur de la santé afin de promouvoir le bien-être des patients et des collectivités. Mon souhait serait que ce travail de bachelor participe au développement des approches de promotion de la santé et de prévention de la maladie.

9. Bibliographie

9.1 Liste de références bibliographique

- Akoun, A. & Ansart, P. (Ed.). (1999). Dictionnaire de Sociologie Le Robert-Seuil. Tours: Le Robert, Seuil.
- Art. 87 de la Loi K1 03 sur la santé. (2006). Accès http://www.lexfind.ch/dtah/62115/3/rsg_k1_03.html
- Appartenances. (2013). L'association Appartenance. Accès <http://www.appartenances.ch/index.php?itemid=1&mse1=2>
- Arcade sages-femmes. (2013). Arcade sages-femmes: sages-femmes à domicile. Accès <http://www.arcade-sages-femmes.ch/asf/>
- Aspasie. (2013). Association pour la défense des travailleuses et des travailleurs du sexe. Accès <http://www.aspasie.ch/>
- Barrette, C., Gaudet, E. & Lemay, D. (1993). Guide de communication interculturelle. Canada: Renouveau Pédagogique Inc.
- Bioy, A., Bourgeois, F. & Nègre, I. (2003). Communication soignant-soigné: *repères et pratiques*. Paris: Bréal.
- Bouchaud, O. (2007). Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants. *La santé de l'homme*, 392, 25-27.
- Bourdillon, F. (Dir.). (2007). Traité de prévention. *Médecine-Sciences*, 44, 314-319.
- Dallaire, C. (Dir.). (2008). Le savoir infirmier: *Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal: Gaëtan Morin Editeur.
- Ferréol, G. & Jucquois, G. (2003). Dictionnaire de l'altérité et des relations interculturelles. Paris: Armand Colin.
- Fortin, M-F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche: *méthodes quantitatives et qualitatives* (2^e éd.). Montréal: Chenelière Education.
- Groupe sida Genève. (2013). Le Groupe sida Genève: L'association. Accès <http://www.groupesida.ch/legroupesidageneve/lassociation/>
- Hôpitaux universitaires de Genève. (2012). Santé sexuelle et planning familial: IST/VIH/sida. Accès http://planning-familial.hug-ge.ch/prestations/sida_intro.html
- Jeuge-Maynard, I. (Dir.). (2012). Le petit-Larousse Illustré. Paris: Larousse.

- Jirwe, M., Gerrish, K. & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24, 436-444.
- Laacher, S. (2006). L'immigration Economie & Société. Quentigny: le cavalier Bleu Editions.
- Magnon, R., Déchanoz, G. & Lapesqueux, M. (2000). Dictionnaire des soins infirmiers (2^e ed.). Lyon: Amiec Recherche.
- Ministre de la santé publique Cameroun (2005). Prévalence sida au Cameroun. Le point sur l'épidémie de sida: Rapport spécial sur la prévention du VIH. Accès http://www.who.int/hiv/epi_update_2005_fr.pdf
- Office Fédéral de la statistique (2011). Rapport social statistique Suisse 2011. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/tools/search.html>
- Office fédéral de la santé publique (2012). Maladies transmissibles: nombre de cas de VIH et d'IST 2011: rapport, analyses et tendances. Bulletin 20/12. Accès http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/11505/12789/index.html?lang=fr&sort=da&superflex=1_0&filter_dms_thema=10&filter_dms_fix=327&filter_dms_jahre=
- Office fédéral de la santé publique (2010). Les infections sexuellement transmissibles (IST) soumises à déclaration obligatoire en Suisse: chlamydie, gonorrhée et syphilis. Système de surveillance et situation épidémiologique fin 2010. Accès http://www.bag.admin.ch/suchen/index.html?keywords=donn%C3%A9es+%C3%A9pid%C3%A9miologiques+des+IST+2011&go_search=Rechercher&lang=fr&site_mode=intern&nsb_mode=yes&search_mode=AND#volltextsuche
- Office fédéral des migrations (2013): Statistiques annuelles en matière d'asile. Accès http://www.bj.admin.ch/content/bfm/fr/home/dokumentation/zahlen_und_fakten/asylstatistik/jahresstatistiken.html
- Office fédéral des migrations (2012). Etrangers et requérants d'asile en Suisse. Accès <http://www.bfm.admin.ch/content/dam/data/bfm/broschuere-bfm-f.pdf>
- Omorodion, F., Gbadebo, K. & Ishak, P. (2007). HIV vulnerability and sexual risk among African youth in Windsor, Canada. *Culture, Health et Sexuality*, 9(4), 429-437.
- Organisation Mondiale de la santé (2013). Nouvelles lignes directrices de l'OMS sur les antirétroviraux en 2013. Accès <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/15facts/fr/index.html>
- Organisation Mondiale de la santé (2012). VIH/sida aide-mémoire N360. Accès <http://www.who.int/mediacentre/faccheets/fs360/fr/>

Organisation Mondiale de la Santé (2005). Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur: guide de pratiques essentielles. Accès <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924259265X.pdf>

Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). La pensée infirmière (3^e éd.). Montréal: Chenelière Education.

Phaneuf, M. (2011). La relation soignant-soigné: *rencontre et accompagnement*. Montréal : Chenelière Education.

Phaneuf, M. (2002). Communication, entretien, relation d'aide et validation. Montréal: Chenelière/McGraw-Hill.

Première ligne. (2013). Première ligne: association Genevoise de réduction des risques liés aux drogues. Accès <http://www.premiereligne.ch/>

Ratcliff, B., Borel, F., Suardi, F. & Sharapova, A. (2011). Devenir mère en terre étrangère. *Cahiers de la puéricultrice*, 252, 26-29.

Rey-Debove, J. & Rey, A. (2007). Le nouveau Petit Robert de la langue française 2007. Paris: Le Robert.

Stanojevich, E. & Veïsse, A. (2007). Repères sur la santé des migrants. *La santé de l'homme*, 392, 21-24.

Staub, R. (Dir.). (2010). Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011-2017 [Brochure]. Berne: Office fédéral de la santé publique.

Tison, B. (2007). Soins et cultures: *formation des soignants à l'approche interculturelle*. Issy-les-moulineaux: Elsevier Masson.

Vissandjée, B., Ntetu, A., Courville, F., Breton, E. & Bourdeau, M. (1999) Les nouvelles immigrantes et la santé. *L'infirmière canadienne*, 95 (4), 35-41.

Vissandjée, B., Ntetu, A., Courville, F., Breton, E. & Bourdeau, M. (1998). L'interprète en milieu clinique interculturel. *L'infirmière canadienne*, 94(5), 36-42.

9.2 Liste bibliographique

Alligood, M. & Marriner-Tomey, A. (2010). Nursing theorists and their work (7^e éd.). United States of America: Mosby Elsevier.

Artefakt Wort+bild. (2006). Quand comprendre peut guérir [DVD]. Berne: Office fédéral de la santé publique.

- Bastien, R. (Dir). (1994). Promouvoir la santé: *Réflexion sur les théories et les pratiques*. Montréal: Collection Partage.
- Bersier, R. (1991). Droit d'asile et statut du réfugié en Suisse. Lausanne: CSP/OSAR.
- Blaser, A., Kaya, B. & Efionayi-Mäder, D. (2008). Population migrante: prévention et promotion de la santé. Guide pour la planification et la mise en œuvre de projets [Brochure]. Berne: Office fédéral de la santé publique en collaboration avec Promotion Santé Suisse.
- Brunet L., Carpentier, S., Laporte, A., Pourette, D. & Guillon, B. (2005). Féminité, accès aux soins, maternité, et risque vécus par les femmes en grande précarité. *Observatoire du samusocialdeParis*, 1-12.
- Bütschi, D. (Dir). (1996). Inutiles au monde? Réflexions sur l'exclusion à Genève. Genève: (s.n.).
- Carroll, G. (Dir.). (2006). Pratiques en santé communautaire. Montréal: Chenelière Education.
- Cerutti, H. & Wolfhausen. (2008). Migration et santé: résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013). [Brochure]. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Choc, B. (Ed). (2002). La culture: De l'universel au particulier. Auxerre Cedex: Sciences Humaines Editions.
- Couvez, M. & Silva, E. (2011). Santé et débouté: une utopie?. (Travail de Bachelor non publié). Haute école de santé Genève.
- Efionayi-Mäder, D., Pecoraro, M. & Steiner, I. (2011). La population subsaharienne en Suisse: un aperçu démographique et socio-professionnel. Etude du Swiss forum for migration and population studies. Accès <http://www2.unine.ch/files/content/sites/sfm/files/nouvelles.publications/Subsara.pdf>
- Gasser, K. (2012). Santé des migrantes et des migrants en Suisse: principaux résultats du deuxième monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse, 2010 [Brochure]. Bienne: Office fédéral de la santé publique.
- Grogan, A. & Timmins, F. (2010). Patients' perceptions of information and support received from the nurse specialist during HCV treatment. *Journal of clinical nursing*, 19, 2869-2878.
- Groupe Sida Genève (2009). Sous la ligne de la passion [Roman photo]. Genève: Atar Roto Presse.
- Higgins, A., Barker, P. & Begley, C. (2006). Sexuality: The challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 345-351.

- Hudelson, P., Vilpert, S. & Soumaille, S. (2010). Paroles de migrants: des expériences de santé dans le système de soins genevois [Brochure]. Genève: Hôpitaux universitaires de Genève en collaboration avec l'Université Ouvrière de Genève.
- Massé, R. (1995). Culture et santé publique. Montréal: Gaëtan Morin Editeur.
- Médecine communautaire, de premier recours et des urgences (2013). Consultation Santé Jeune. Accès <http://sante-jeunes.hug-ge.ch/>
- Office fédéral des migrations. (2013). Les multiples visages de la migration. [Vidéo en ligne]. Accès <http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/dokumentation/medienmitteilungenn/2013/2013-01-10.html>
- Pfluger, T., Biedermann, A. & Salis-Gross, C. (2008). Prévention et promotion de la santé transculturelles en Suisse: informations de base et recommandations [Brochure]. Herzogenbuchsee: Public Health Services.
- Preciado, M. (2010). Nuevos enfoques en el cuidado del " otro" . *Index de Enfermería*, 19(2-3), 1-6.
- Saladin, P., Bühlmann, R., Dahinden, J., Gali Azmat, R., Ebner, G. & Wohnhas, J. (2009). Diversité et égalité des chances: les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé [Brochure]. Berne: Office fédéral de la santé publique en collaboration avec H+ Les Hôpitaux de Suisse.
- Vinsonneau, G. (1997). Culture et comportement. Paris: Armand Colin/Masson.
- Yu zu & Flakerud, J. (2007). Cultural dissonance between nurse and patient: the other side of the coin. *Mental Health Nursing*, 28, 1189-1192.

10. Annexes

Annexe I: Demande d'autorisation pour enquête dans votre institution

Annexe II: Formulaires de consentement libre et éclairé

Annexe III: Information pour les personnes participant au mémoire de fin d'étude

Annexe I: Demande d'autorisation pour enquête dans votre institution

Monsieur, Madame,

Nous sommes deux étudiantes de 3^{ème} année de formation Bachelor en soins infirmiers à la Haute Ecole de Santé de Genève.

Dans le cadre de cette formation, il nous est demandé de réaliser un travail de Bachelor de fin d'étude raison pour laquelle nous sollicitons votre institution pour une enquête.

Notre recherche a pour but de comprendre la relation soignant/soigné lors de la prévention des IST par une infirmière auprès de requérants d'asile à Genève.

Afin de réaliser notre récolte de données, nous souhaitons interviewer un infirmier(e) faisant de la prévention auprès des requérants d'asile et un requérant.

Notre enquête se basera sur un entretien semi-dirigé avec un questionnaire qui durera une heure.

Nous joignons en annexe la lettre d'information destinée à la population cible dans laquelle vous trouverez la description précise de notre projet et les implications concrètes pour les participants(es).

Dans ce cadre, nous vous demandons l'autorisation d'interroger un infirmier(ère) travaillant dans votre unité et un requérant, pendant une heure chacun sur cette thématique.

Veuillez cher Monsieur, chère Madame, recevoir nos salutations les plus distinguées.

Kemken Lucie Marigo

Makamwe Ntounkam Nicole

Annexe: Formulaire de consentement libre et éclairé

- Je consens à participer à la phase d'enquête du travail de bachelor susmentionné de la manière décrite dans le document intitulé 'Informations destinées aux personnes participant au travail de bachelor (TB) intitulé « Quelle est la relation soignant/soigné lors de la prévention des IST par une infirmière auprès de requérants d'asile à Genève ».
- Je déclare avoir été informé-e, oralement et par écrit, par l'étudiant-e signataire des objectifs et du déroulement de l'enquête sur comment est transmis par l'infirmière le message de prévention des IST et comment ce message est perçu par les requérants d'asiles.
- Je suis informé-e que cette enquête ne comprend aucun risque ni bénéfice pour les participant-e-s.
- Je certifie avoir lu et compris l'information écrite, datée du 22/11/2012 qui m'a été remise sur l'enquête précitée. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation à cette enquête. Je conserve l'information écrite et je reçois une copie de ma déclaration écrite de consentement.
- J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision en mon âme et conscience.
- Je sais que toutes les données personnelles seront anonymisées et confidentielles. Seuls les résultats de l'analyse des données peuvent figurer dans des documents écrits ou des présentations orales issues du travail de bachelor.
- Je prends part de façon volontaire à cette enquête. Je peux, à tout moment et sans avoir à fournir de justification, révoquer mon consentement à participer à cette enquête, sans pour cela en subir quelque inconvénient que ce soit.
- Je m'engage à répondre fidèlement aux questions qui me seront posées dans ce cadre.

Nom et signature du-de la participant-e :

Lieu et Date :

Attestation des étudiantes: J'atteste par ma signature avoir expliqué à ce-tte participant-e la nature, le but et la portée de ce travail de bachelor. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec cette enquête. Si je devais prendre connaissance,

à quelque moment que ce soit durant la réalisation du travail de bachelor, d'informations susceptibles d'influer sur le consentement de ce-tte participant-e à prendre part à l'enquête, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Nom-s et signature de-s étudiant-e-s :

Makamwe Nicole

Kemken Lucie

Lieu et Date :

Genève, 23 novembre 2012

Annexe: Information pour les personnes participant au mémoire de fin d'étude

Genève, le 22 novembre 2012

Madame, Monsieur,

Nous vous sollicitons pour participer à notre travail de bachelor portant sur : comment est transmis le message de prévention des IST par les infirmières et comment est perçu ce message par les requérants d'asiles, en raison de votre connaissance et expérience de cette thématique.

Buts de notre travail :

Ce travail a pour but dans un premier temps de comprendre le rôle infirmier dans la prévention auprès des requérants et dans un deuxième temps, de comprendre la perception qu'en ont ces derniers.

Contexte du travail :

Ce travail de bachelor est réalisé dans le cadre de la formation en soins infirmiers délivrée par la Haute Ecole de Santé de Genève. Il implique une phase d'enquête, qui se déroule au foyer d'Anière auprès d'infirmier-ères travaillant avec des requérants d'asiles et auprès des requérants d'asiles en question. Cette enquête aura lieu entre fin novembre et la première semaine de décembre.

Description de l'enquête :

Nous vous proposons un entretien individuel, qui durera environ une heure, à un moment et un lieu fixés avec vous, à votre convenance. Cet entretien sera enregistré puis retranscrit afin de nous assurer de ne pas déformer vos propos. Les données enregistrées seront effacées une fois le travail de bachelor validé.

Avantages et inconvénients de participer :

Votre participation à ce travail pourrait contribuer à améliorer la relation soignant/soigné et permettrait d'avoir un retour des soignés sur la prise en soin soignante. Votre engagement ne comporte aucun risque ni bénéfice pour vous personnellement par contre le travail pourrait vous apporter un plus sur le plan professionnel.

Votre participation à cette enquête a été autorisée par votre employeur.

Droits et confidentialité :

Votre participation à cette enquête est volontaire et vous pourrez à tout moment retirer votre consentement sans avoir à vous justifier. Vous avez le droit de poser toutes les questions que vous souhaitez, et pourrez encore le faire ultérieurement.

Le fait de participer à cette enquête ne changera rien des liens professionnels avec votre employeur.

Toute information recueillie dans le cadre de cette enquête demeurera strictement confidentielle. Les étudiant-e-s soussigné-e-s s'y engagent. En particulier, les données ne seront pas transmises à votre employeur ou vos collègues, mis à part l'accès prévu aux résultats. De plus, toutes les données personnelles récoltées dans ce cadre seront rendues anonymes et gardées confidentielles. Seuls les résultats de l'analyse des données peuvent figurer dans des documents écrits ou des présentations orales issues du travail de bachelor. Votre nom ne sera en aucun cas publié dans des rapports ou publications qui découleraient de ce travail de bachelor.

Seule l'analyse des résultats de l'ensemble des données sera présentée.

Accès aux résultats :

Nous enverrons personnellement le travail final aux participant-e-s.

Adresse de contact :

Kemken Lucie Marigo

Makamwe Ntounkam Nicole

Nom du Directeur-trice de mémoire

Emmanuelle Sorg