

***Quelles sont les difficultés des soignants dans la
prise en soin des femmes migrantes en terme de
santé sexuelle et reproductive ?***

Travail de Bachelor

BERNABEU-DIZIN Eva

Matricule N° 17594649

BAUMANN Sofia

Matricule N° 13344585

Directeur: Professeur Dr. Sebastian PROBST – Professeur associé HES

Genève, 13/07/2020

DÉCLARATION

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

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

Fait à Genève, le 13/07/2020

Eva BERNABEU-DIZIN



Sofia BAUMANN



Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier le Professeur Sebastian Probst, notre directeur de Travail de Bachelor, pour son implication, ses conseils, et ses encouragements dans l'élaboration de ce travail.

Nous souhaitons également remercier nos familles et nos proches pour leur soutien et leurs encouragements lors de ces quatre années de formation qui s'achèvent par ce mémoire de Bachelor.

Résumé

Problématique

Le contexte migratoire actuel, source de multiculturalisme dans les populations, induit des problématiques dans la prise en soin des personnes migrantes face auxquelles les soignants sont en difficulté. L'impact culturel paraît fondamental dans la genèse de ces problématiques et particulièrement dans la santé sexuelle et reproductive (SSR) des femmes migrantes. Cette revue de littérature porte sur les difficultés rencontrées par soignants dans la prise en soin des femmes migrantes en terme de SSR, au regard de la théorie de Leininger.

Méthode

Une revue systématique de la littérature a été réalisée entre novembre 2019 et avril 2020 à partir des bases de données Pubmed (NCBI) et CINHAL (EBSCO), en utilisant entre autres les mots clés : migrants, reproductive and sexual health, culture and barriers.

Résultats

Neuf articles ont été sélectionnés et ont permis d'identifier les difficultés majeures rencontrées par les soignants dans ce contexte: la barrière de la langue, une compétence culturelle limitée, les besoins psychologiques de cette patientèle ainsi que son manque de connaissances en terme de SSR.

Discussion / Conclusion

En confrontant les difficultés des soignants et celles des femmes migrantes dans ce contexte de prise en soin, trois thèmes ont été développés: la compétence culturelle des soignants, l'impact du manque de littératie des femmes migrantes et les conséquences de la détresse psychologique de ces femmes dans leur prise en soin. Ce travail a débouché sur des propositions visant à améliorer la pratique, la recherche et l'enseignement des futurs soignants pour les préparer au mieux à affronter ces problématiques.

Mots-clés :

Femmes migrantes - Santé sexuelle et reproductive – Compétence culturelle – Soignants
- Difficultés

Migrant women – Sexual and reproductive health – Cultural competence – Health care
providers - Barriers

Liste des abréviations

HAS : Haute Autorité de Santé

HEdS : Haute école de Santé – Genève

HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

OFS : Office Fédéral de la Statistique

OFSP : Office Fédéral de la Santé Publique

SEM : Secrétariat d’Etat aux migrations

SSR : Santé Sexuelle et Reproductive

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

Listes des tableaux

Tableau 1. Mots-clés utilisés et classés selon le mode PICO.....20

Tableau 2 : Tableau comparatif des études retenues pour l’analyse critique.....46

Listes des figures

Figure 1. Diagramme de flux.....21

Tables des matières

Déclaration.....	2
Remerciements.....	3
Résumé	4
Mots clés.....	5
Liste des abréviations	5
Liste des tableaux	5
Liste des figures	5
Introduction	8
1. Problématique.....	8
1.1. Contexte migratoire.....	8
1.2. Santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes.....	10
1.3. Problématiques rencontrées par les femmes migrantes dans leur prise en soin en terme de santé sexuelle et reproductive.....	12
1.4. Question de recherche initiale	13
2. La compétence culturelle: définition, enseignement et évaluation.....	14
3. La théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture dans la pratique infirmière de Madeleine Leininger.....	16
3.1. Les métaconcepts selon Madeleine Leininger	17
3.2. Question de recherche finale.....	18
4. Méthode	19
4.1. Source d'information et stratégies de recherche documentaire.....	19
4.2. Diagramme de flux.....	21
5. Résultats.....	22
5.1. Analyse critique des articles retenus.....	22
5.1.1. La barrière de la langue.....	22
5.1.2. Une compétence culturelle limitée	24
5.1.3. Traumatismes vécus et besoins psychologiques	26
5.1.4. Manque de connaissances médicales et du système de santé.....	27
5.2. Tableau comparatif	28
6. Discussion	28

6.1. La compétence culturelle des soignants.....	29
6.2. Conséquences du faible niveau de littératie des femmes migrantes.....	31
6.3. La détresse psychologique des femmes migrantes, facteur limitant de leur prise en soin	33
7. Conclusion.....	34
7.1. Apports et limites du travail.....	34
7.2. Recommandations	36
7.2.1. Clinique	36
7.2.2. Recherche	38
7.2.3. Enseignement	38
8. Références bibliographiques.....	40
9. Annexes.....	47
9.1. Annexe 1 : Equations de recherche utilisées dans les bases de données	47
9.2. Annexe 2 : Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique...	48

Introduction

La pratique infirmière est en constante évolution depuis de nombreuses années grâce aux théoriciennes des sciences infirmières qui font progresser la pratique à travers leurs travaux de recherche. En effet, du paradigme de la catégorisation à celui de la transformation, la vision de la santé, du patient et du soin a drastiquement changé. En Suisse, la prise en soin repose aujourd'hui principalement sur une vision holistique du patient en tenant compte de ce qui le définit et des éléments avec lesquels il est en interaction permanente tels que son environnement, son histoire et évidemment sa culture. Ce dernier point paraît central dans le contexte migratoire actuel qui expose l'infirmier à une patientèle multiculturelle. Or, la santé sexuelle et reproductive est un aspect de la santé très influencé par la culture et constitue une véritable problématique de santé pour les femmes migrantes et un challenge pour les soignants.

1. Problématique

1.1. Contexte migratoire

Les processus migratoires ont toujours existé au cours de l'humanité, pour diverses raisons d'ordre économique, politique, religieuse ou encore climatique. Néanmoins, ce phénomène n'a jamais été aussi important qu'aujourd'hui. L'Organisation des Nations unies [ONU] (2017) estime le nombre de migrants à 258 millions contre 173 millions en 2000. Selon l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture [UNESCO] (2017), il existe deux sous-groupes de personnes migrantes qui diffèrent en fonction de leurs motifs de déplacement: celles qui fuient leur pays d'origine pour cause de persécutions politiques, religieuses, de conflits ou de mauvaises conditions environnementales et celles qui migrent pour des raisons économiques et pour trouver une meilleure qualité de vie ailleurs que dans leur pays natal.

Selon l'art. 3 de la loi fédérale sur l'asile du 26 juin 1998, inspiré de la Convention de Genève sur les réfugiés :

Les réfugiés sont les personnes qui, dans leur État d'origine ou dans le pays de leur dernière résidence, sont exposés à de sérieux préjudices ou craignent à juste titre de l'être en raison de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un groupe social déterminé ou de leurs opinions politiques. Sont considérés notamment comme de sérieux préjudices la mise en danger de la vie, de l'intégrité corporelle ou de la liberté, de même que les mesures qui entraînent une pression psychique insupportable. Il y a lieu de tenir compte des motifs de fuite spécifiques aux femmes.

Le droit d'asile est accordé par la Suisse à une personne dont le statut de réfugié est reconnu. En 2018, avec une proportion de 1,9 requérant d'asile par tranche de 1000 habitants, la Suisse se situe encore nettement au-dessus de la moyenne européenne, qui s'établit à 1,2 requérant pour 1000 habitants (Secrétariat d'Etat aux migrations [SEM], 2018, p.3). En 2018, l'Erythrée est le principal pays de provenance des requérants d'asile. Toutefois, le nombre de demandes d'asile déposées en Suisse par des ressortissants de ce pays est en chute depuis 2016, baissant de 16,3 % entre 2017 et 2018 (2825 demandes). Viennent ensuite la Syrie (1393 demandes d'asile en 2018, soit 28,6 % de moins que l'année précédente), l'Afghanistan (1186, - 2,5 %) et la Turquie (1005, + 18,0 %) (SEM, 2018, p.14). Cette diminution s'explique par les politiques d'obstruction des frontières mises en place par les gouvernements des pays européens entraînant un changement dans les routes migratoires utilisées, avec une forte diminution de la route passant par la Libye et l'Italie au profit de celles passant par le Maroc et l'Espagne ou par la Turquie et la Grèce (SEM, 2018, p.3). Par ailleurs, la Suisse statue rapidement sur les demandes d'asile et les requérants déboutés doivent quitter le territoire. Entre 90'000 et 250'000 personnes s'ajoutent aux requérants d'asile, vivant et travaillant en Suisse clandestinement, sans statut de séjour régulier (Organisation Suisse d'aide aux réfugiés, 2018).

De nombreuses études suggèrent que les populations migrantes sont plus vulnérables que la population générale en terme de santé, face aux maladies chroniques, maladies transmissibles, maladies mentales etc. Ils sont exposés avant, pendant et après le processus migratoire à un grand nombre de risques pour la santé, tels que les maladies,

des conditions de vie et de travail précaires, et des stress psychologiques. Ainsi, la plupart des migrants arrivent avec des problèmes de santé non diagnostiqués ou non traités tel que des maladies infectieuses (VIH, malaria), une absence de vaccination ou des carences nutritionnelles (Suurmond et al., 2013). Par ailleurs, les migrants rencontrent souvent des barrières sociales, culturelles, linguistiques, économiques et légales limitant leur accès aux soins de santé dans le pays hôte (Hudelson et al., 2014).

1.2. Santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes

D'après plusieurs sources, l'état de santé des populations migrantes est généralement plus fragile que celui de la population suisse (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2012). Ce constat est réitéré concernant la santé sexuelle et reproductive (SSR) des femmes et des jeunes filles requérantes d'asile. En effet, les risques de mortalité maternelles et infantiles sont plus élevés chez les femmes migrantes que chez les femmes suisses (Bollini et al., 2007). Des études statistiques réalisées en 2015 par l'Office fédéral de la statistique [OFS] montrent que le taux de mortalité infantile pour les mères nées en Suisse est de 3,2 ‰ contre 4,2 ‰ pour les mères nées à l'étranger. Or, en considérant la nationalité des mères, il n'y a pas de distinction entre les nationales et les ressortissantes des pays de l'Union européenne alors que le taux atteint 5 ‰ pour les mères provenant d'autres pays du monde (OFS, 2017, p.63). Par ailleurs, le taux d'interruption volontaire de grossesse chez les femmes étrangères est environ deux fois plus élevé que chez les Suissesses et ceci entre 15 et 39 ans (OFS, 2017, p.62). En Suisse, les requérantes d'asile ont un accès limité aux contraceptifs féminins en raison du coût qu'elles doivent payer par leurs propres moyens (Kurth et al., 2010). De ce fait, la contraception repose principalement sur l'utilisation des préservatifs masculins induisant une dépendance de la femme au « bon vouloir » de son partenaire. Une étude réalisée à Genève sur les comportements sexuels de migrants sans papiers indique que la majorité des participants à l'étude ont des partenaires multiples et utilisent rarement des préservatifs ou moyens préventifs des infections sexuellement transmissibles (Sebo et al., 2011). La moitié des femmes interrogées disent avoir eu au moins un avortement

et 40 % d'entre elles une grossesse non désirée. De plus, un participant sur quatre souffre ou a souffert d'une infection génitale. Cette étude met en évidence la nécessité de mettre en place des programmes d'éducation spécifique à ce type de population en terme de SSR.

De nombreuses études internationales ont mis en évidence des disparités pour les minorités ethniques en terme d'accès aux services de santé, à la prévention et au dépistage (Henderson & Kendall, 2011; Rowe et al., 2008; Sami et al., 2019). Une étude quantitative menée en Finlande sur une population de 658 femmes montre que 40% des femmes migrantes d'origine russe (n=183) et 26 % d'origine kurde (n=164) ont subi un avortement contre 17% des femmes de la population générale (n=187) (Väisänen et al., 2018). Par ailleurs, l'utilisation de contraceptifs est bien plus fréquente dans la population générale (70%) qu'au sein des populations migrantes (56% chez les femmes russes, 51% chez les femmes kurdes et 17% chez les femmes somaliennes) (Väisänen et al., 2018).

Le développement des soins prénataux réduit la mortalité périnatale et maternelle en permettant d'identifier les risques potentiels, en traitant les problématiques médicales et en aidant les femmes à adopter des comportements adaptés (Heaman et al., 2013). Or, une revue systématique analysant 29 études internationales montre que les femmes migrantes ne reçoivent pas les soins prénataux adéquats par rapport à la population native (Heaman et al., 2013). L'accessibilité aux soins prénataux pour ces femmes va varier en fonction de différents facteurs tels que leur pays d'origine, leur niveau d'éducation, s'il s'agit de primipare, de leur assurance maladie etc. De manière intéressante, plusieurs études ont rapporté que la dépression postpartum affecte plus de 40% des femmes migrantes contre 10 à 15% des femmes de la population native (Collins et al., 2011). Les femmes migrantes ont comme facteurs de risque les événements stressants voir traumatiques vécus dans leur histoire de vie, le manque de soutien social ainsi que des facteurs culturels.

1.3. Problématiques rencontrées par les femmes migrantes dans leur prise en soin en terme de santé sexuelle et reproductive

L'impact culturel est très important sur les expériences et les comportements en matière de SSR. Ainsi, de multiples facteurs peuvent entraver la prise en soin et l'éducation des femmes appartenant à des minorités ethniques en matière de SSR tels que l'opposition religieuse à la contraception, le traitement inégalitaire des femmes ou un statut sociétal patriarcal (Rogers & Earnest, 2015). Une étude menée par Rogers et Earnest (2015) en Australie met en évidence les problèmes que rencontrent les femmes migrantes soudanaises et érythréennes dans la gestion et la compréhension de leur vie sexuelle et reproductive ainsi que leurs besoins spécifiques. Elle montre la nécessité pour les services de santé de développer une compétence culturelle dans la prise en soin des femmes migrantes mais également d'informer d'une manière adaptée cette population présentant des degrés de littératie variés et ne parlant pas couramment la langue du pays d'accueil (Rogers & Earnest, 2015). Selon l'Organisation mondiale de la santé [OMS] (2009), la littératie en santé se définit par les compétences cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à avoir accès, à comprendre et à utiliser l'information de manière à promouvoir et à maintenir leur état de santé. Dans certaines communautés, les pressions socioculturelles et les traditions ont un impact considérable sur les discussions autour de la puberté et de la santé reproductive au sein de l'environnement familial (Rogers & Earnest, 2015). Il a été relevé que les parents réfugiés empêchaient leurs enfants de suivre les cours d'éducation sexuelle dispensés par l'école limitant ainsi la connaissance de leurs corps, leurs besoins et comment avoir accès aux services de santé en matière de sexualité et de reproduction.

Ainsi, l'incompréhension ou une conception erronée des différences culturelles rendent la prise en soin des populations migrantes très complexe pour les professionnels de santé (Newbold & Willinsky, 2009). Si la Suisse assure une protection du droit à la SSR et fournit des prestations de qualité dans ce domaine, l'accès des femmes migrantes à la contraception, à l'interruption volontaire de grossesse ainsi qu'à l'information et à

l'éducation en matière de santé sexuelle reste très précaire en raison du manque de prise en compte de ces questions dans les procédures d'accueil, mais aussi de systèmes de financement des prestations très variables selon les cantons (Voide Crettenand, 2017). L'étude réalisée par Schmidt et al. (2018) à Genève identifie les principaux obstacles décrits par les femmes migrantes aux services de santé reproductive comme étant l'accessibilité financière, les barrières de la langue, la discrimination directe ou indirecte, le manque d'information ou encore l'indisposition d'une consultation gynécologique pour certaines cultures (Schmidt et al., 2018).

Par ailleurs, les femmes requérantes d'asile ou réfugiées, dont nombreuses sont jeunes voir adolescentes, constituent une population très vulnérable, souvent victimes d'injustice et de violences (Endler et al., 2020). Être une femme et ne plus bénéficier de la protection familiale, conséquence fréquente des conditions très dures de la migration, les rend à haut risque de subir des violences sexuelles. La plupart de ces patientes présentent ainsi des symptômes de stress psychosociaux, qui complexifie le travail des professionnels de santé (Kurth et al., 2010).

1.4. Question de recherche initiale

Le contexte migratoire actuel, source d'une grande diversité culturelle mais qui peut être accompagné de nombreux traumatismes, génère des problématiques dans la prise en soin des personnes migrantes face auxquelles les professionnels soignants rencontrent beaucoup de difficultés. L'impact culturel paraît fondamental dans la genèse de ces problématiques et plus particulièrement dans la santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes comme en témoignent de nombreuses études internationales. Développer une compétence culturelle semble devenir essentiel pour les soignants prenant en soin ce type de population. Il paraît donc judicieux de poser la question de recherche suivante :

“Comment réduire les inégalités entre les femmes migrantes et la population native en terme de santé sexuelle et reproductive ?”

2. La compétence culturelle: définition, enseignement et évaluation

Les phénomènes migratoires internationaux enrichissent perpétuellement la diversité culturelle des sociétés actuelles. Les infirmières doivent ainsi prendre en soin des patients de cultures diverses et ayant des besoins culturellement spécifiques. De nombreuses études rapportent que les minorités ethniques présentent un taux plus important de maladies ou de handicaps que la population générale du pays, de même qu'un accès limité aux soins de santé. Les causes de ces disparités sont multiples et complexes. Cependant, améliorer la compétence culturelle des infirmiers et autres professionnels de santé paraît indispensable pour lutter contre ce phénomène et devient une nécessité au niveau internationale (Loftin et al., 2013; Sharifi et al., 2019).

Développer la compétence culturelle des soignants est une priorité aux Etats-Unis depuis une vingtaine d'années. En effet, la diversité culturelle historique de ce pays en fait un des précurseurs dans ce domaine. En 2002, l'Institut Américain de Médecine attire l'attention sur des disparités d'origine raciales et ethniques dans les soins de santé et recommande l'introduction d'un enseignement interculturel dans les formations des professionnels de santé (Institute of Medicine (US) Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care, 2003). Ainsi, les soignants sont formés à développer une approche centrée sur le patient en se concentrant particulièrement sur les facteurs socioculturels qui influencent la prise en soin du patient (Paez et al., 2008).

Nombreuses définitions de la compétence culturelle se retrouvent dans la littérature. Elle peut se définir comme l'aptitude à posséder une posture, des connaissances et un savoir-faire nécessaire pour produire un soin de qualité adapté à une population d'une culture différente (Gilbert, 2003). C'est un processus évolutif qui requiert l'acceptation et le respect des différences. D'après Bernhard et al. (2015), la compétence interculturelle est un ensemble d'aptitudes (adaptabilité culturelle et compétence en communication), d'émotions (empathie, sensibilité et patience lors des rencontres interculturelles), d'attitudes (tolérance et respect de la diversité culturelle) et de

motivation (volonté de fournir des soins adaptés à la culture et de comprendre des populations culturellement différentes) qui permettent une communication et une prise en charge efficace dans un milieu culturellement divers (Bernhard et al., 2015).

En Europe et en Suisse ont émergé des initiatives, nommées « migrants friendly hospitals », qui visent à améliorer la prise en soin des populations migrantes en facilitant l'accès à des services d'interprètes professionnels, en formant les soignants à une communication interculturelle et en adaptant l'information médicale au niveau de littératie des migrants (Mladovsky et al., 2012). L'office fédérale de la santé publique (OFSP) promeut le développement de « migrants friendly hospital » dans le cadre de sa stratégie politique de santé publique. Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), dont 50 % de la patientèle est d'origine étrangère et dont un patient sur 12 ne parle pas la langue française, fait partie des hôpitaux financés par cette initiative (Hudelson et al., 2014). Le programme mis en place par les HUG a consisté entre autre à informer et soutenir le personnel soignant sur les problématiques liées à la prise en soin de la population migrante, à développer un service d'interprètes par téléphone disponibles pour les services de soins aigus dont les contraintes de temps limitent l'utilisation d'interprètes en face à face, à délivrer une formation obligatoire pour les nouveaux collaborateurs ou encore à organiser des événements de promotion de ce programme (Hudelson et al., 2014).

Dans plusieurs pays tel que le Royaume-Uni ou la Suède, des facultés de médecine ont définis des objectifs pédagogiques en terme de diversité culturelle ou ethnique (Seeleman et al., 2009). Cependant, l'application pratique de ces objectifs présente des difficultés et l'intégration de la compétence culturelle aux compétences acquises par les futurs professionnels de santé est difficile à évaluer du fait que cette notion est souvent enseignée de manière fragmentée au sein des formations. Plusieurs études rapportent que la formation des professionnels de santé améliore leur compétence culturelle et ainsi la satisfaction des patients (Govere & Govere, 2016). La compétence culturelle nécessite l'utilisation de programme de formation scolaires et professionnels. Aux Etats-Unis, le programme d'enseignement infirmier a développé son contenu culturel afin

d'améliorer les compétences culturelles des futurs soignants (Calvillo et al., 2009). Depuis une trentaine d'années, plusieurs modèles ont émergé décrivant les dimensions multiples composant la compétence culturelle tels que la conscience, le savoir, la sensibilité, la posture etc. Par ailleurs, différents échelles de mesure ont été développées et sont utilisées communément pour tester l'efficacité des programmes d'éducation visant à améliorer la compétence culturelle des soignants (Loftin et al., 2013).

3. La théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture dans la pratique infirmière de Madeleine Leininger

De nombreuses études relèvent les difficultés des femmes migrantes face à l'accès aux soins et à la prévention en terme de SSR. La prise en soin de cette population est clairement associée à une problématique de communication et de compétence culturelle que les professionnels soignants doivent développer pour garantir une prise en soin adaptée. Ainsi, la théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture dans la pratique infirmière développée par Madeleine Leininger se base sur la croyance que des personnes de différentes cultures seraient capables d'exprimer et d'informer les professionnels de santé sur les soins dont ils auraient besoin (Alligood, 2014, traduction libre, p.421). Selon Leininger, la culture se définit par les modes de vie, les valeurs, les croyances, les normes, les symboles et les pratiques individuelles ou de groupe, qui sont apprises, partagées et habituellement transmises d'une génération à une autre et qui agissent sur les décisions, les actions et la pensée d'un individu (Alligood, 2014, traduction libre, p. 422). Le concept de culture dans les soins est né suite aux questionnements de Leininger sur la congruence des soins lors de la prise en charge de patients issus d'autres cultures. En associant l'anthropologie et les sciences infirmières, la théoricienne initie la compréhension transculturelle dans la promotion de la qualité des soins fournis à des populations appartenant à une autre culture (Alligood, 2013, traduction libre, p. 424). Sa théorie est explicitement centrée sur les inter-

relations de la culture et des soins en lien avec la santé, le bien-être, la maladie et la mort. Elle met en avant le concept de partenariat entre le soignant, le soigné et la famille, ceci dans une approche holistique et multidimensionnelle du soin, se plaçant ainsi dans le paradigme de la transformation. L'homme est indissociable de son univers et en interaction permanente et réciproque avec son environnement. Cette théorie s'insère donc dans le modèle conceptuel du «caring» (intercultural caring). Le «caring» apporte un aspect affectif par l'attitude et l'engagement de l'infirmier dans les soins, indissociable des soins techniques. D'un point de vue plus abstrait, cette théorie s'inscrit aussi dans le paradigme interactif-intégratif de Newman, où l'individu est un être bio-psycho-socio-culturel et spirituel. Elle s'intègre également dans la philosophie d'interaction réciproque de Fawcett (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013). La théorie de Leininger est une théorie à large spectre puisqu'elle présente un niveau d'abstraction élevé et propose une vision globale du soin infirmier quel que soit le contexte, le type de besoin ou l'état de santé de la personne à prendre en soin (Alligood, 2014; Fawcett & Desanto-Madeya, 2013).

3.1. Les métaconcepts selon Madeleine Leininger

La théorie de Leininger repose sur une vision holistique de l'existence de la personne à travers le temps incluant entre autres les facteurs de structure sociale, la vision du monde, l'histoire culturelle, les croyances, les valeurs, la langue et le contexte environnemental, de manière transculturelle et individuelle. Cette approche du patient est nécessaire dans la prise en soin des femmes migrantes ayant subi des traumatismes dans leurs pays d'origine et/ou au cours de leur immigration. Le soignant doit également prendre en compte le contexte d'insécurité actuel dans lequel vivent ces femmes, source d'anxiété (Kurth et al., 2010). Il est aussi de son devoir de pourvoir aux problématiques psychosociales souvent traumatiques (guerre, viols, deuils) de ces femmes et de leur fournir un soutien psychologique (Kurt et al., 2010). En effet, selon la théorie de Leininger, l'environnement se définit par des expériences, un vécu, un contexte géographique et socioculturel qui guide et influence les décisions et comportements individuels (Alligood, 2014, traduction libre, p.422). C'est en tenant

compte de l'environnement de la personne que l'approche d'universalité des soins et de diversité prend tout son sens. Les professionnels de santé doivent considérer les soins comme l'occasion de partage, d'apprentissage et d'enseignement réciproque entre le soignant, le soigné et la famille, et ceci quelque soit le contexte culturel (Smith et al., 2010). La prise en soin de populations culturellement différentes implique le concept de « cultural care » ou de soin selon la culture qui consiste à savoir répondre voire même à anticiper les besoins de la personne pour sa santé et son bien-être en lui fournissant dans le soin une assistance et un soutien culturel. Intégrer le métaconcept de « cultural care » à sa pratique est certainement le plus difficile pour les soignants car il requiert une connaissance et une compétence culturelle permettant d'adapter totalement le soin à la culture du patient. La compétence culturelle est un processus dynamique qui s'acquiert et se développe par l'inter-relation entre cinq dimensions: le désir culturel, la conscience culturelle, le savoir culturel, les habiletés culturelles et les rencontres culturelles (Aubé et al., 2016).

Selon Leininger, il existe à la fois une universalité et une diversité dans le soin et la santé de la personne à travers d'une part des besoins universels à l'être humain et d'autre part une singularité propre à chacun, nécessitant pour le soignant de développer une compétence culturelle dans le soin, basée sur des connaissances humanistes et scientifiques (Alligood, 2014, traduction libre, p.422). Ainsi, la compétence culturelle dans le soin repose sur l'utilisation d'un savoir et de pratiques de santé basés sur la culture de façon à correspondre au mode de vie et aux besoins de la personne à prendre en soin (Hart & Mareno, 2014). Leininger définit la santé comme un état de bien-être défini, valorisé et pratiqué dans la culture permettant aux individus de fonctionner dans leur vie quotidienne (Alligood, 2014, traduction libre, p.424). Selon cette perspective, la santé est un état de bien-être restaurateur et directement lié à la culture de la personne (Ray, 1989). Cette définition de la santé renforce la nécessité des infirmières à développer des compétences culturelles dans leur pratique, ou à savoir comment utiliser efficacement les connaissances déjà acquises (Markey et al., 2018).

3.2. Question de recherche finale

De nombreuses recherches révèlent les difficultés des populations migrantes face à l'accès au soin et à la santé notamment dans le domaine de la SSR. Or, depuis des années, les pays d'accueil développent des interventions pour adapter leurs systèmes de santé aux besoins des populations réfugiées (Kavukcu & Altıntaş, 2019). De nombreux modèles ont été utilisés pour améliorer le statut sanitaire des réfugiés impliquant entre autre des interventions de santé publique, l'utilisation d'interprètes ou la formation du personnel soignant. Cependant, peu d'études portent sur la vision des professionnels de santé face à cette problématique et il nous semblait intéressant d'approfondir ce point à travers la question de recherche suivante:

« Quelles sont les difficultés rencontrées par les soignants dans la prise en soin des femmes migrantes en terme de santé sexuelle et reproductive ? »

4. Méthode

4.1. Source d'information et stratégies de recherche documentaire

Les différents articles de cette revue de littérature ont été sélectionnés à partir des bases de données Pubmed (NCBI) et CINHAL (EBSCO) entre novembre 2019 et avril 2020. Le logiciel HeTop a été utilisé pour traduire les mots clés et déterminés les MeSH terms composants les équations de recherche sur les bases de données. Le PICO a été réalisé avec les mots-clés en lien avec la problématique de recherche. Ainsi, dans notre question de recherche la population cible correspond aux soignants et notamment aux infirmiers. L'intervention et le contexte correspondent à la prise en soin des populations migrantes qui englobent les réfugiés et les requérants d'asile plus particulièrement en terme de santé sexuelle et reproductive. La question de recherche porte sur les difficultés et problématiques rencontrées par les soignants dans ce contexte.

PICO	Mots-clés (français)	MeSH terms (Anglais)
Population	Soignants Infirmiers	Health professionals/providers Nurses
Intervention	Prise en soin	Health care
Contexte	Migrants / réfugiés / requérants d'asile Santé sexuelle et reproductive	Migrants / refugees / asylum seekers Sexual and reproductive health
Outcome	Difficultés / problématiques Barrières Défis	Difficulties / barriers / issues Barriers Challenges

Tableau 1 : Mots-clés utilisés et classés selon le mode PICO.

Quatre équations de recherche furent utilisées pour identifier les articles répondants à la question de recherche (Annexe 1). Lors de la recherche documentaire, 174 articles publiés avant 2010 furent exclus ainsi que les revues systématiques au nombre de 38. Les articles restants furent en grande majorité des articles éliminés sur la lecture du titre indiquant clairement qu'ils ne correspondaient pas à notre question de recherche. En effet, la plupart des études réalisées portent sur les difficultés des personnes migrantes ou réfugiées et non pas sur les soignants prenant en soin ces personnes. Ainsi, il a fallu distinguer les études utilisant les migrants comme population cible de celles utilisant les soignants dans un contexte de prise en soin des personnes migrantes, les équations de recherche sélectionnant les deux types d'articles.

4.2. Diagramme de flux

En utilisant les équations de recherche décrites, nous sommes parvenus à sélectionner 9 études répondant à notre question de recherche. Le processus d'identification des articles et les critères d'exclusion des articles sont décrits dans le diagramme de flux (figure 1).

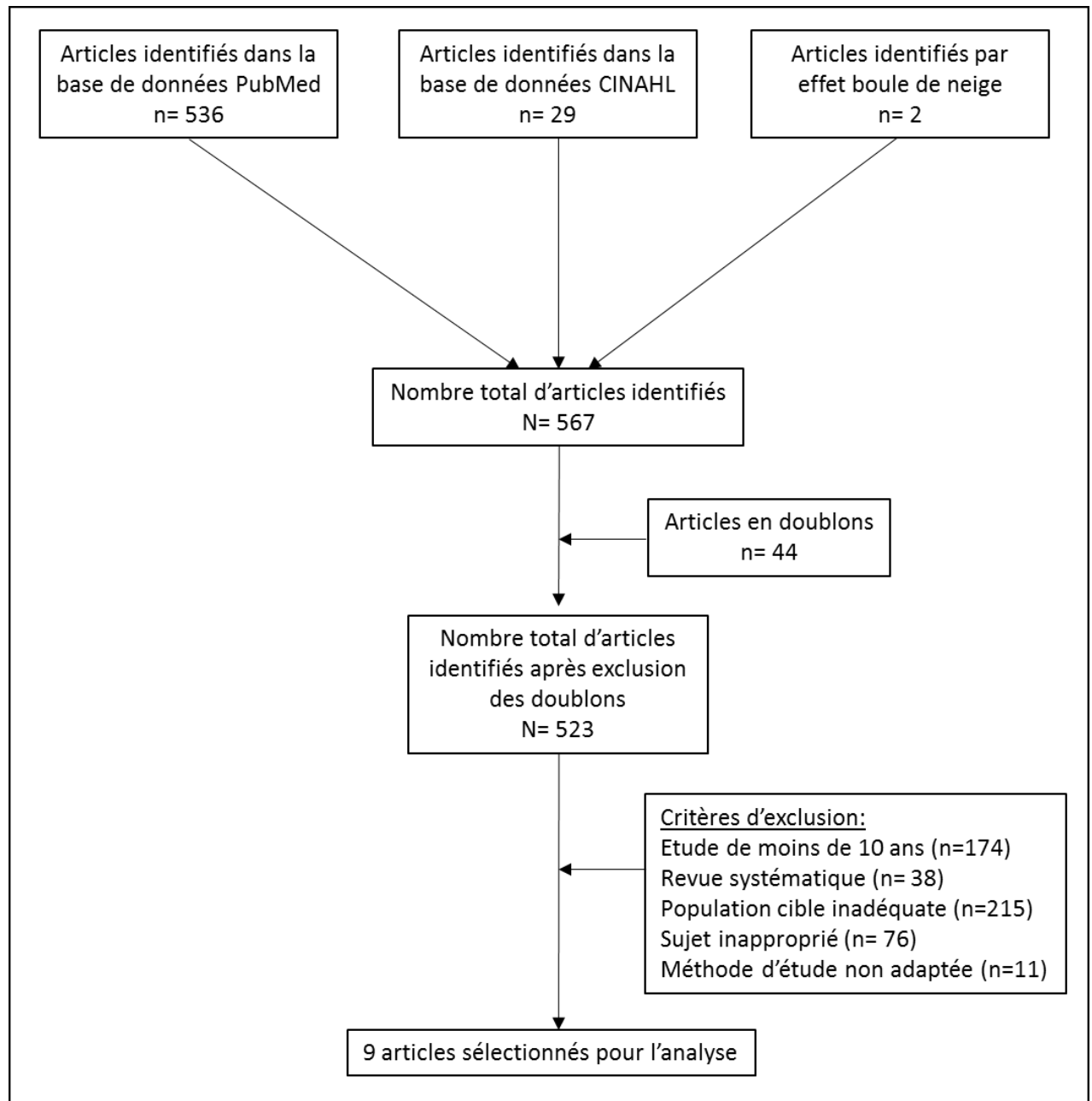


Figure1 : Diagramme de flux

5. Résultats

5.1. Analyse critique des articles retenus

Neuf articles ont été retenus. Il s'agit de sept études qualitatives et deux études mixtes. La population cible est constituée de soignants appartenant à plusieurs corps de métiers tels qu'infirmier, sage-femme ou médecin généraliste. Par ailleurs, ces études ont été réalisées dans différents pays du monde tels que l'Australie, l'Irlande, les Pays bas ou encore la Suisse. Suite à notre analyse, quatre thématiques communes émergent dont la première est la barrière de la langue.

5.1.1 La barrière de la langue

Six études rapportent que la barrière de la langue est souvent la première des difficultés citées par les professionnels dans la prise en soin des patients migrants particulièrement en terme de SSR. Elle occasionne de grandes difficultés de communication entre les soignants et leurs patientes sur un sujet qui est déjà sensible à aborder (Hart & Mareno, 2014). Même si l'hôpital met des services d'interprètes à disposition, il reste difficile d'en trouver en particulier pour certains dialectes (Kurth et al., 2010). Infirmières et sages-femmes rapportent que lorsqu'il n'y a pas d'interprètes disponibles, elles doivent se contenter de l'examen clinique et échographique pour évaluer la grossesse d'une femme migrante, ce qui rend difficile une prise en soin adaptée (Kurth et al., 2010).

Il a été montré que l'usage d'un interprète peut être un grand atout pour identifier les problématiques de santé des patients migrants (Degni et al., 2012; Lindenmeyer et al., 2016). Cependant, les infirmières relèvent la difficulté de créer le lien thérapeutique avec le patient à travers un interprète (Hart & Mareno, 2014). Selon les compétences de l'interprète ou s'il s'agit d'un membre de la communauté du patient voir de sa propre famille, la consultation peut s'avérer difficile et très inconfortable pour la patiente

(Newbold & Willinsky, 2009). Certains interprètes ayant peu de connaissances médicales et/ou une connaissance limitée de la langue du pays d'accueil rendent la communication plus complexe et surtout peuvent transmettre des informations erronées aux patientes (Degni et al., 2012). De manière surprenante, plusieurs professionnels rapportent des comportements inadaptés d'interprètes professionnels se permettant l'ajout de commentaires inutiles ou exprimant un jugement personnel des décisions prises par les patientes en terme de SSR (Newbold & Willinsky, 2009). Par ailleurs, il est rapporté que l'interprète est souvent un membre de la famille de la patiente tel que son enfant ou son conjoint, ce qui peut rendre la situation très gênante pour la patiente dans le cadre de la SSR et être délétère au travail du soignant. La structure patriarcale de certaines cultures confère à l'homme le pouvoir de décision lorsqu'il s'agit de la SSR de sa femme (Mengesha et al., 2017). Ainsi, certaines femmes migrantes ne peuvent ni prendre de décision ni même avoir de discussions sans le consentement et la présence de leur mari (Mengesha et al., 2017; Newbold & Willinsky, 2009). Les professionnels de santé expriment la nécessité d'avoir des rendez-vous privés et confidentiels pour ces femmes et d'utiliser des interprètes professionnels plutôt que le conjoint.

Pour lutter contre ces difficultés, Lindenmeyer et al (2016) montre dans son étude que certains cabinets médicaux développent des stratégies pour créer un pont entre les soignants et les patients de culture différente afin de générer le lien thérapeutique nécessaire à une prise en soin adéquate. Différentes interventions ont été mises en place comme faire appel à des « personnes relais » d'origine professionnelles diverses (personnel clinique, personnel d'accueil, travailleurs de liaison et traducteurs) mais ayant l'avantage d'être polyglottes (Lindenmeyer et al., 2016). D'autre part, certains professionnels apprennent des phrases d'accueil dans certains dialectes pour améliorer la relation au patient. D'autres essaient de développer leurs compétences culturelles en suivant des formations adaptées (Lindenmeyer et al., 2016).

5.1.2. Une compétence culturelle limitée

Cinq études relèvent un manque de compétence culturelle des soignants dans la prise en soin des patients migrants. En effet, Pour les professionnels de santé, la prise en soin des femmes migrantes en terme de SSR requiert des compétences spécifiques et la plupart d'entre eux n'ont pas suivi de formation adaptée durant leurs cursus (Mengesha et al., 2018). Une étude américaine révèle les difficultés des infirmières à obtenir une formation culturelle (Hart & Mareno, 2014). Elles expriment leur manque de connaissances sur les préférences, les valeurs, les croyances des différentes cultures et leurs difficultés à prodiguer un soin culturellement compétent à leurs patients. Aux Etats Unis, les infirmières sont exposées à un nombre conséquent de cultures variées et mentionnent leurs difficultés à connaître les préférences de ces cultures multiples sans compter les préférences culturelles des sous-groupes ethniques qu'elles rencontrent quotidiennement (Hart & Mareno, 2014).

Le manque de compétence culturelle est un sentiment partagé par les étudiantes et infirmières certifiées d'une étude irlandaise (Markey et al., 2018). Malgré les cours théoriques sur les aspects culturels dans les soins, les étudiantes estiment ne pas avoir intégré une compétence culturelle et elles le ressentent dans leur pratique.

Nombreux sont les professionnels de la santé qui rencontrent des difficultés à accéder à ce type de formation (Hart & Mareno, 2014; Mengesha et al., 2018). Tout d'abord, le sujet de la SRR est peu enseigné dans les universités ainsi que le sujet de la santé des réfugiés et des migrants (Mengesha et al., 2018). De plus, les professionnels de santé se plaignent de ne pas avoir suffisamment de temps mis à leur disposition pour suivre une formation en parallèle de leur travail.

Les étudiantes et infirmières certifiées irlandaises ont décrit l'incertitude comme l'un des principaux défis et préoccupations lors de leur prise en soins (Markey et al., 2018). Elles expliquent que cette incertitude provient de l'anxiété et de la vulnérabilité qu'elles ressentent quand elles interagissent avec des patients de cultures différentes, de la peur d'offenser le patient par des propos inadaptés. Le fait de devoir poser des questions au patient sur ses origines culturelles et religieuses induit un malaise chez les soignantes.

Cette peur de révéler leur manque de compétences et de connaissances face à la culture du patient les empêche de poser certaines questions et limite l'efficacité de la prise en soin (Markey et al., 2018). D'autre part, l'arrivée de nouvelles cultures en Irlande leur ont fait prendre conscience de leur ethnocentrisme et des préjugés et stéréotypes qu'elles pouvaient avoir envers des cultures différentes de la leur, ce qui contribue davantage à leur incertitude.

Les préjugés et les stéréotypes des soignants à l'encontre de cultures différentes constituent une des barrières rapportées par les professionnels de santé, qui limitent une prise en soin adaptée des personnes migrantes (Hart & Mareno, 2014; Lindenmeyer et al., 2016; Markey et al., 2018). En effet, pour certains soignants, il est de la responsabilité des migrants ou réfugiés de s'adapter à la culture du pays d'accueil et non pas aux soignants de devoir s'adapter à leur culture (Lindenmeyer et al., 2016). Une implication des patients permettrait une meilleure adéquation entre les soins que les soignants sont en mesure de fournir et les attentes de ces patients (Lindenmeyer et al., 2016). Pour d'autres, il est important que les professionnels soignants travaillent sur leurs propres préjugés pour pouvoir apporter un soin culturellement compétent (Hart & Mareno, 2014; Lindenmeyer et al., 2016). En Finlande, la prise en soin en terme de SSR des femmes somaliennes est très compliquée pour les gynécologues interrogés (Degni et al., 2012). En effet, de par leur culture ces femmes ne sont pas intéressées par l'utilisation de contraceptifs et ne souhaitent pas parler de leur sexualité, d'autant plus avec un praticien masculin (Degni et al., 2012). Les médecins expriment leur frustration à prendre en soin ces femmes qui refusent de se faire examiner par un homme ou de s'adapter à la gestion de la SSR du pays d'accueil. Ils disent ne pas avoir de temps pour tisser un lien thérapeutique avec leurs patientes (Degni et al., 2012). Pour les infirmières et sages-femmes qui ont l'occasion de visiter ces patientes à domicile, cela leur permet de développer une interaction sociale avec elles, leur permettant d'apprendre beaucoup sur la culture somalienne mais également d'enseigner la culture et le mode de vie finlandais aux patientes. Cependant, pour la majeure partie des soignants interrogés, le choc culturel entre ces deux cultures rend très complexe la prise en soin de ces femmes en terme de SSR.

5.1.3. Traumatismes vécus et besoins psychologiques

Cinq études rapportent la difficulté des soignants à faire face à la détresse psychologique des personnes réfugiées et requérantes d'asile dont la plupart ont vécu d'importants traumatismes avant et pendant leur migration (Kurth et al., 2010; Lindenmeyer et al., 2016). La prise en soin des femmes requérantes d'asile en terme de SSR peut nécessiter un soutien psychologique important lorsque ces femmes ont vécu un lourd traumatisme tel que la guerre, le viol, le deuil (Kurth et al., 2010). Par ailleurs, la situation sociale précaire et incertaine que vivent ces femmes dans le pays d'accueil induit une grande anxiété chez ces patientes. Leur situation psychosociale influence négativement leur prise en soin en terme de SSR, du fait que cette problématique ne constitue pas une priorité pour elles, ce qui rend difficile le travail des professionnels de santé (Mengesha et al., 2017). Trouver un logement, une source de revenu ou encore s'occuper de leurs enfants sont des problématiques bien plus importantes pour ces femmes que leur SSR. Ces patientes nécessitent une prise en soin globale qui va impliquer la mise en place d'un réseau incluant les services sociaux, les autorités et diverses organisations permettant d'améliorer leurs conditions de vie et de répondre à leurs problématiques multiples (Kurth et al., 2010). Les médecins expriment leur malaise par rapport aux rôles conflictuels qu'ils doivent apporter à ces patients: fournir des soins aux patients, produire des certificats de santé aux autorités de procédure d'asile et assurer l'efficacité des coûts de la santé pour le système d'assurance (Kurth et al., 2010). La prise en soin de ces patients va nécessiter un allongement des durées de consultations. D'après l'étude réalisée par Degni et al sur la prise en soin des femmes somaliennes, ces femmes ont besoin de temps pour faire confiance aux soignants et leur confier leurs histoires de vie (Degni et al., 2012). Or, les praticiens particulièrement les médecins expriment leurs difficultés concernant les temps de consultation réduits qui ne leur permettent pas de créer le lien avec leurs patientes. D'après Suurmond et al, les soignants expriment la nécessité de consacrer du temps à ces patients pour discuter de leur vécu traumatique et s'assurer qu'ils comprennent que ces questions sont à but de soutien thérapeutique et non pas pour les juger (Suurmond et al., 2013).

5.1.4. Manque de connaissances médicales et du système de santé

Trois études qualitatives rapportent un allongement considérable des durées de consultation et donc des délais d'attente pour obtenir une consultation du fait de la barrière de la langue et des problématiques multiples des patients migrants (Lindenmeyer et al., 2016; Mengesha et al., 2017; Newbold & Willinsky, 2009). Le manque de connaissances des femmes migrantes en terme de SSR rallonge les durées de consultations et nécessite de répéter les entretiens pour les informer de manière adéquate (Mengesha et al., 2017). Selon Newbold et al, les femmes migrantes, en fonction de leur culture, ont une connaissance limitée de leur corps et du contrôle des naissances (Newbold & Willinsky, 2009). Par exemple, la majorité des femmes somaliennes refusent la contraception car cette utilisation est interdite dans leur religion et parce que les maris ne leur laissent pas le choix de décision (Degni et al., 2012). D'après les soignantes, ce refus est également dû à un manque de connaissance des méthodes de contrôles des naissances. La méconnaissance du système de santé du pays d'accueil par les migrants constitue également un frein à leur prise en soin. En effet, en fonction de leur pays d'origine et de leur vécu, les migrants ont une utilisation et une connaissance variable du système de santé dans leur pays d'origine, qui se réduit souvent à l'hôpital dans un contexte curatif (Mengesha et al., 2017). La promotion de la santé et la prévention sont des aspects de la prise en soin qui leur sont totalement inconnue et nécessite un enseignement de la part des professionnels de santé du pays d'accueil (Mengesha et al., 2017 ; Suurmond et al., 2013). Ainsi, la prise en soin des migrants demande aux professionnels de santé une grande flexibilité puisqu'ils doivent évaluer les besoins des patients en terme de connaissances et savoir s'adapter en terme d'enseignement aux besoins identifiés (Mengesha et al., 2017).

Par ailleurs, les soignants expriment leurs difficultés à tracer l'histoire médicale des patients face à l'absence de données médicales antérieures à leur arrivée dans le pays d'accueil (Lindenmeyer et al., 2016). D'après Suurmond et al, les prestataires de soins déclarent manquer de connaissances sur les conditions de santé des réfugiés, pouvant les amener à ne pas voir ou à traiter de manière inadéquate les problèmes de santé physique ou mentale propres à leurs patients (Suurmond et al, 2013).

5.2. Tableau comparatif

Tableau d'analyse des articles selon la grille COREQ (Annexe 2)

6. Discussion

L'objectif de ce travail est de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les soignants dans la prise en soin des femmes migrantes en terme de SSR. L'analyse de 9 articles issus de la littérature internationale nous a permis d'identifier plusieurs de ces difficultés communes aux soignants appartenant à divers corps de métier tels que les infirmiers, les sages-femmes et les médecins. Ainsi, les résultats de l'analyse montrent que la barrière de la langue, la compétence culturelle limitée des soignants, les problématiques psychologiques souvent traumatiques spécifiques de cette patientèle et le manque de connaissances médicales des femmes migrantes, constituent les principales barrières rencontrées par les soignants dans leur prise en soins.

De nombreuses études internationales relèvent des disparités en terme de SSR entre les femmes migrantes et les femmes natives du pays d'accueil tel qu'un recours plus fréquent à l'avortement, conséquence directe d'un défaut d'utilisation de moyens de contraception (Henderson & Kendall, 2011; Väisänen et al., 2018). D'autre part, les femmes migrantes rencontrent davantage de complications durant la grossesse, la naissance et la période postpartum (Sami et al., 2019). Malgré le haut niveau de soin proposé dans les pays d'accueil comme la Suisse ou l'Australie, les femmes migrantes ont un accès plus limité à la prévention et à la prise en soin en terme de SSR (Kurth et al., 2010 ; Mengesha et al., 2017). Les facteurs qui induisent ces disparités sont multiples tels que la barrière de la langue, une littératie faible en terme de santé et un manque d'informations (Scheppers et al., 2006). Par ailleurs, une étude Suisse a montré qu'un faible niveau de satisfaction des services de maternité pouvait être une barrière à leurs utilisations par les femmes migrantes, découlant entre autre d'une discrimination ressentie par ces patientes (Bollini et al., 2007).

La prise en soin de personnes migrantes nécessite une prise en compte de la culture dans le soin puisqu'elle va intervenir non seulement dans ce qui définit le patient mais également dans sa conception de la santé et du soin. Prendre en soin le patient selon Leininger comprend un soutien culturel qui nécessite l'acquisition de connaissances et le développement d'une compétence culturelle par le soignant (Alligood, 2014, traduction libre, p.422). Or, l'analyse des articles sélectionnés pour cette étude montre qu'une compétence culturelle limitée est une des difficultés majeures rencontrées par les soignants dans ce contexte.

6.1. La compétence culturelle des soignants

Les résultats issus de l'analyse des articles montrent un manque de compétence culturelle des soignants dans la prise en soin des patients migrants. Les professionnels de santé identifient leur manque de connaissance concernant les problématiques des femmes migrantes en terme de SSR comme impactant la qualité des soins apportés à cette population (Mengesha et al., 2018). Ils rapportent que leurs études ne les préparent pas à prendre en soin ce type de population (Kurth et al., 2010). Ce manque de connaissances et de formation des soignants en terme de compétence culturelle dans le soin est une problématique rapportée par plusieurs études internationales (Hart & Mareno, 2014; Markey et al., 2018; Mengesha et al., 2018). Les soignants qui ont reçu une formation adaptée sont davantage confiants dans leurs connaissances et leurs pratiques, présentant un positionnement professionnel plus affirmé (Mengesha et al., 2018). Il paraît donc nécessaire d'améliorer l'éducation et la formation des soignants en terme de culture, de santé sexuelle et des concepts clés dans la prise en soin de populations migrantes, ceci afin d'améliorer leur compétence culturelle.

En Finlande, l'augmentation de la population immigrée a engendré dans le domaine médical, une prise de conscience des soins culturels à prodiguer. Les femmes migrantes, quelque soit leur origine raciale, ethnique ou religieuse, reçoivent les mêmes traitements médicaux et ont les mêmes droits que les femmes natives. Or, les femmes migrantes perçoivent leur prise en soins culturellement inadéquate notamment dans les soins relatifs à la SSR (Schmidt et al., 2018). Du fait de leur culture, nombreuses de ces

femmes ont grandi avec une image taboue du corps féminin rendant les consultations gynécologiques particulièrement embarrassantes et désagréables pour elles (Schmidt et al., 2018). Elles ressentent parfois une discrimination à leur rencontre. Les difficultés rencontrées par ces femmes dans leur prise en soin se ressentent aussi auprès des professionnels. En effet, les difficultés des médecins à prendre en soin cette patientèle peuvent parfois dépasser un niveau acceptable et être source de détresse chez le praticien (Degni et al., 2012). Il paraît donc nécessaire que les médecins soient formés de façon à pouvoir adapter une prise en soin individuelle spécifique à chacun, permettant ainsi la création d'un lien thérapeutique indispensable. La prise en soin de patients culturellement différents est plus complexe et peut induire une frustration et une mise en échec du soignant (Degni et al., 2012). La conscience de la culture de l'autre est nécessaire dans la prise en soin et induit des interventions culturellement appropriées alors que les idées préconçues limitent une prise en soin adaptée. C'est à travers cet échange que la création d'un partenariat et d'une relation de confiance est établie entre l'infirmière et la patiente. D'ailleurs, les soignantes qui ont pu découvrir et s'ouvrir à la culture des femmes somaliennes via la pratique à domicile, parviennent à créer ce lien et à modifier les comportements de ces femmes face à la gestion de leur SSR (Degni et al., 2012).

L'intensification de la diversité culturelle et ethnique en Irlande a créé une incertitude chez les étudiantes infirmières et les infirmières certifiées lors de leur prise en charge de patients culturellement différents (Markey et al., 2018). Cette incertitude s'explique en raison des différences de langue, de nationalité, de normes culturelles ou de croyances religieuses qui sont perçues comme un défi par les professionnels de santé. Or, face à l'incertitude vécue, la majorité des soignants choisissent de ne rien faire. Seule une minorité entreprend des stratégies d'adaptations en adoptant la théorie de la réduction de l'incertitude (Berger & Calabrese, 1975), c'est-à-dire explorer les valeurs, les croyances et les souhaits des patients migrants pour apprendre à les connaître davantage. Les résultats de cette étude soulèvent l'inertie des infirmières à rester dans l'incertitude malgré les sentiments de culpabilité et de tristesse que cela génère chez elles (Markey et al., 2018). Elle met en évidence l'échec des participantes à chercher des ressources qui leur permettraient d'améliorer leurs pratiques face à la diversité

culturelle à laquelle elles font face et pointe la nécessité pour elles de se questionner et d'analyser de manière critique leur propre pratique de façon à pouvoir l'améliorer. D'ailleurs, d'autres études relèvent l'immobilisme de certains soignants face à leur manque de compétence culturelle, associé à la pensée que les populations migrantes doivent s'adapter à la culture du pays d'accueil et ne pas respecter uniquement leurs propres cultures et croyances (Hart & Mareno, 2014 ; Lindenmeyer et al., 2016). Les préjugés et stéréotypes des soignants font clairement partie des barrières qu'ils rencontrent dans la prise en soin des populations migrantes et limitent leurs initiatives à développer une compétence culturelle. Ainsi, il est déterminant pour le soignant d'apprendre à se connaître lui-même, d'analyser et de comprendre ses propres valeurs et croyances afin d'améliorer sa pratique. La volonté d'apprentissage, d'adaptation et de changement est indispensable pour limiter ses préjugés et stéréotypes personnels (Blackman, 2011).

L'empathie joue un rôle essentiel, au cœur de la relation de soin (Lecomte, 2010). Elle se définit par la capacité à se mettre à la place de l'autre, à comprendre ce qu'il ressent ou pense, impliquant de la part du soignant un aspect émotionnel et un aspect cognitif. Or, selon la théorie de Leininger, comprendre le patient nécessite de considérer sa vision du monde, son histoire culturelle, ses croyances, ses valeurs, sa langue et son contexte environnemental. L'empathie est une variable déterminante dans un contexte interculturel puisqu'elle permet d'explorer à la fois ses ressemblances et ses différences avec l'autre de façon à améliorer ses interventions (Brunel, 2020). Du fait que chaque patient apporte une culture et des expériences historiques qui lui sont propres, il est indispensable pour le soignant de considérer ces facteurs dans la construction d'un message empathique et d'une relation thérapeutique efficace.

6.2. Conséquences du faible niveau de littératie des femmes migrantes

L'une des grandes difficultés rapportées par les professionnels de santé concernent le faible niveau de littératie des femmes migrantes en terme de SSR (Mengesha et al., 2017). Le savoir est l'un des facteurs déterminant qui définit l'aptitude des personnes à

adopter des comportements protecteurs pour leur santé. Or, les femmes migrantes ont une connaissance très limitée de la SSR et de l'utilisation des contraceptifs, ce qui les rend plus à risque d'avoir une grossesse non désirée ou d'être exposée aux maladies sexuellement transmissibles (Drummond et al., 2011). Une étude récente réalisée en Suisse montre le manque de littératie des femmes migrantes en terme de SSR et les conséquences que cela peut avoir sur le suivi médical et la prise en soin de leurs grossesses, générant de l'anxiété pouvant aller jusqu'au refus de se soumettre à certaines procédures médicales (Sami et al., 2019). Le niveau de connaissances et l'implication de ces femmes dans leur SSR varient en fonction de facteurs individuels tel que l'âge, le pays d'origine, la durée de résidence dans le pays d'accueil ou encore leur niveau d'éducation (Mengesha et al., 2017). Ainsi, une étude de Rogers et Earnest, réalisée en Australie, révèle des différences intergénérationnelles en terme de connaissances sur la SSR au sein des femmes soudanaises ou érythréennes (Rogers & Earnest, 2015). Les expériences ultérieures des femmes migrantes en terme d'accès aux soins de santé dans leur pays d'origine influencent également leurs utilisations des services de santé dans le pays d'accueil. Ainsi, elles participent très peu aux actions de soins de prévention de cancers ou de promotion de la santé, comme par exemple la détection du cancer du col de l'utérus, car ces services de prévention n'existent pas dans leurs pays d'origine (Aminisani et al., 2012; Mengesha et al., 2017). Ainsi, ces femmes ont besoin de comprendre comment le système de soin du pays d'accueil fonctionne et les services de prévention auxquelles elles ont accès. Le manque de littératie en santé chez ces femmes est clairement lié à un manque d'information qui limite leurs accès aux soins proposés par le système de santé. Ainsi, garantir un accès similaire à l'information en terme de santé aux populations migrantes et natives est un point essentiel pour promouvoir la santé des patients migrants (Sami et al., 2019). L'étude menée par Suurmond et al rapporte une adaptation des soignants face à cette problématique en développant des questions médicales et psychologiques à poser lors d'une première consultation d'un patient migrant (Suurmond et al., 2013). Cet entretien permet d'informer les demandeurs d'asile sur le système de soins de santé du pays d'accueil, d'évaluer les risques en terme de santé mentale et de poser des lignes directrices pour les soins cliniques préventifs. Dans ce contexte, les soignants se sont basés sur leurs connaissances tacites plutôt que sur des directives de pratiques explicites. Ces différents

points révèlent le besoin d'adapter l'organisation des soins de santé à cette population, telle qu'une augmentation du temps de consultation et la nécessité de se référer à d'autres professionnels de santé comme des psychologues (Suurmond et al., 2013).

6.3. La détresse psychologique des femmes migrantes, facteur limitant de leur prise en soin

Les femmes migrantes subissent un stress psycho-social, induit par les conditions de vie dans leur pays d'origine, les conditions de la migration forcée, leurs situations précaires dans le pays hôte et la crainte d'un avenir incertain. Ce stress constitue une problématique de santé majeure à laquelle les professionnels de santé doivent faire face. En effet, selon Kurth et al, plus de la moitié des patientes requièrent l'intervention de professionnels spécialisés en soin psychologiques (kurth et al., 2010). L'aspect émotionnel engendré par la prise en soin de cette population est une des difficultés majeures rencontrées par les professionnels de santé au contact avec cette population. Les interprètes sollicités dans les soins sont également impactés puisqu'ils doivent traduire les traumatismes et les violences rapportés par les femmes, ce qui peut être très douloureux pour ces professionnels (Loutan et al., 1999).

La situation socio-économique précaire de ces femmes dans le pays d'accueil impactent leur utilisation du système de santé notamment en terme de SSR (Mengesha et al., 2017). En effet, elles vont prioriser le fait de devoir trouver un logement et un travail pour subvenir aux besoins de leurs familles face à la gestion de leur état de santé. Le taux d'avortement important chez ces femmes est également corrélé à leurs situations socio-économiques et à l'absence de soutien familial, qui leur paraît incompatible avec l'arrivée d'un enfant (Kurth et al., 2010). En effet, de nombreux requérants d'asile ont très peu de ressources sociales ou familiales dans le pays d'accueil et sont donc très isolés socialement. En Suisse, les difficultés financières de ces patientes limitent l'utilisation de moyens de contraceptions puisqu'ils ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, ayant potentiellement pour conséquence des grossesses non désirées et des avortements (Kurth et al., 2010). Ainsi, l'impact direct des

problématiques psycho-sociales de ces femmes sur la gestion de leur SSR requièrent la mise en place d'interventions centrées sur une prise en soin globale de ces patientes et ne se limitant pas au seul aspect médical.

7. Conclusion

En 2017, selon l'ONU, environ un tiers de la population migrante mondiale, soit 78 millions de personnes, vit en Europe. La Suisse fait partie des destinations les plus attractives puisqu'en 2020, plus de 2,1 millions de ressortissants étrangers sont recensés sur le territoire, soit presque un quart de la population totale (SEM, 2020). Les villes de Genève et de Zurich sont particulièrement concernées puisqu'en 2017, il est rapporté que 40,2 % et 32,4 % de leurs populations respectives sont composés de résidents étrangers (Sami et al., 2019). Ainsi, le multiculturalisme de la population résidant en Suisse est un véritable challenge pour les personnels de soins qui doivent s'adapter. Le manque de préparation spécifique à prendre en soin une population culturellement variée durant la formation infirmière et le manque de formateurs culturellement compétents dans la pratique constituent des obstacles majeurs à une prise en soin efficace des populations migrantes (Markey et al., 2018).

7.1 Limites et apport du travail

Les études sélectionnées pour cette analyse sont toutes des études qualitatives. Bien qu'elles présentent le niveau de preuve scientifique le plus bas, ces études étaient les plus adaptées pour répondre à notre question de recherche (Haute Autorité de Santé [HAS], 2013). En effet, identifier les difficultés des professionnels de santé face à la prise en soin des femmes migrantes en terme de SSR implique de relever les expériences et le ressenti des soignants dans ce contexte. De ce fait, l'examen des récits basés sur les souvenirs des expériences et des opinions sont empreints de subjectivité, ce qui constitue une des limites des études.

La majorité des études analysées ont été réalisées sur des professionnels de santé qui pour la plupart travaillent auprès des populations migrantes et ne reflètent donc pas les difficultés rencontrées par les soignants moins exposés à ce type de patientèle. Dans des structures médicales n'ayant rien mis en place pour l'accueil des personnes migrantes, tels que des services de traduction ou des services sociaux, les difficultés des professionnels seraient encore bien plus marquées. Par ailleurs, les soignants désireux de travailler avec cette patientèle et exerçant par choix dans ce type de structures, sont plus à même de développer leurs compétences culturelles face au multiculturalisme présent au quotidien dans leurs pratiques. En effet, les professionnels exerçant en zone urbaine sont exposés à une population de culture bien plus variée que ceux travaillant en zone rurale dont les populations sont culturellement plus homogènes (Hart & Mareno, 2014). De plus, les structures médicales qui prennent en soin spécifiquement les populations migrantes se situent dans les zones urbaines et non pas les zones rurales (Mengesha et al., 2017). Ainsi, en fonction du lieu de pratique, les soignants ne sont pas exposés aux mêmes problématiques. Par ailleurs, la majorité des soignants interrogés sont des femmes, par conséquent, les résultats ne peuvent pas être généralisés à tous les professionnels de la santé (Mengesha et al., 2018). D'autant plus, que dans le contexte de prise en soin des femmes migrantes en terme de SSR, le genre du soignant a un impact conséquent sur la prise en soin de ces femmes renforçant les difficultés des praticiens masculins (Degni et al., 2012).

La taille de l'échantillon des articles analysés est souvent réduite, ce qui les rend difficilement généralisable à la population soignante. Cependant, il s'agit d'études internationales réalisées sur plusieurs continents dont les résultats démontrés sont confortés par le fait qu'ils soient retrouvés par plusieurs études utilisant des approches et des méthodes d'analyse différentes.

D'autre part, le fait que les populations cibles comprennent en grande majorité plusieurs catégories de professions de la santé enrichit l'analyse. Cela révèle les difficultés communes rencontrées par les différents corps de métiers dans la prise en soin des femmes migrantes tels que la barrière de la langue ou faire face à la détresse psychologique de ces femmes. L'analyse des résultats révèlent aussi leurs divergences comme le facteur temps lors des consultations qui induit une grande frustration chez les

médecins et qui est beaucoup moins relevés par les infirmières comme barrière dans la prise en soin de ces populations.

Au final, cette analyse permet d'identifier les difficultés majeures rencontrées par les soignants lors de la prise en soin des femmes migrantes en terme de SSR et ainsi de pouvoir les confronter aux barrières rencontrées par les patientes elles-mêmes, révélant des facteurs communs limitant la prise en soin comme la barrière de la langue, le manque d'information, ou l'impact des problématiques socio-économiques (Schmidt et al., 2018 ; Suurmond et al., 2013).

7.2 Recommandations

7.2.1. Dans la pratique clinique

La barrière de la langue est la première difficulté citée par les soignants mais également par les femmes migrantes dans leur prise en soin en terme de SSR. Cette problématique commune entre soignants et patientes met en évidence la nécessité pour les professionnels de la santé d'avoir des connaissances linguistiques et culturelles diversifiés ou d'avoir recours à des services d'interprètes professionnels adéquatement formés et disponibles selon leur besoin (Lindenmeyer et al., 2016 ; Newbold & Willinsky, 2009). Une bonne compréhension de la langue est indispensable dans l'application de compétences culturelles. De ce fait, les professionnels de santé doivent s'adapter et démontrer une flexibilité en intégrant un interprète lors des consultations. L'utilisation d'un interprète professionnel spécialisé en santé assure une meilleure qualité des soins et apporte une satisfaction tant chez la patiente que chez le professionnel de santé. De plus, si les soignants recherchent des interprètes culturellement adaptés, les obstacles culturels seraient réduits et une relation de confiance entre le soignant et le patient serait plus facilement atteignable (Degni et al., 2012). Les articles analysés montrent clairement que l'utilisation d'interprètes non spécialisés dans le domaine médical ou encore l'usage des enfants ou du conjoint des patientes est délétère car elle affecte la

communication, la qualité des services médicaux et la relation patiente-soignant (Degni et al., 2012). Il est donc crucial que les soignants puissent avoir recours à des services de traductions professionnels et formés à la fois pour le bénéfice du patient et pour éviter la frustration du soignant (Kurth et al., 2010).

Des formations adaptées aux soignants doivent être proposées pour réduire leurs difficultés et soutenir le personnel soignant surtout lorsque des professionnels de santé spécialisés dans la prise en soin des migrants et des problématiques interculturelles ne sont pas disponibles dans l'institution de soins (Kurth et al., 2010). La formation et le soutien des soignants est nécessaire non seulement du fait de la dimension émotionnelle que génère cette prise en soin particulière mais également du fait que ces patientes ne requièrent pas uniquement un soin médical mais très souvent souffrent de problématiques psychosociales sévères (Kurth et al., 2010). En effet, ces patientes présentent des problématiques variées, incluant une situation socio-économique précaire, des problèmes d'adaptation à la culture du pays d'accueil, un stress associé au processus de demande d'asile et le vécu de traumatismes. Face à la diversité de ces problématiques multiples, il paraît évident que la prise en soin de ces patientes nécessite clairement des interactions interprofessionnelles centrées sur la patiente via l'implication de différents acteurs comme les psychologues et les services sociaux. Ainsi, le développement de structures de santé adaptées à ce type de patientèle, impliquant des professionnels spécialisés et favorisant l'interprofessionnalité semblent recommander pour limiter les difficultés des soignants.

La prise de conscience de la culture dans les soins par le professionnel de santé génère des soins culturellement appropriés, ainsi il a un rôle actif et assure une interaction personnalisée par une communication adéquate. De ce fait, la communication et la sensibilité culturelle des professionnels de santé envers les femmes migrantes sont cruciales dans le domaine de la SSR (Degni et al., 2012). Le fait d'engager du personnel culturellement et linguistiquement diversifié peut favoriser le développement des compétences culturelles chez les soignants. D'autre part, le fait d'attribuer des rôles spécifiques à chaque membre du personnel s'est révélé également bénéfique dans la prise en charge de cette patientèle (Lindenmeyer et al., 2016).

7.2.2. Dans la recherche

Améliorer la compétence culturelle des soignants est un objectif déterminant pour faire face aux problématiques soignantes face à la prise en soin des populations migrantes au niveau international. Le soignant culturellement compétent est capable de par son attitude, son savoir et ses compétences d'apporter un soin de qualité à des patients de cultures différentes, soit au final de prodiguer un soin culturellement adapté. La compétence culturelle se compose de plusieurs domaines tels que la conscience, le savoir, la sensibilité et le comportement (Campinha-Bacote, 2002). En se basant sur les modèles qui définissent cette compétence, plusieurs outils permettant d'évaluer la compétence culturelle chez les soignants ont été développés (Loftin et al., 2013). Ces nombreuses échelles d'évaluation présentent des similarités mais également des spécificités qui sont adaptés à la formation des professionnels de santé dans le pays où elles ont été développées. Ainsi, les chercheurs adaptent ses outils en testant par le biais d'étude leur validité et leur fiabilité dans la population soignante de leur pays (Hadziabdic et al., 2016). Plusieurs revues systématiques ont réalisé des études comparatives de ces différentes échelles (Flinkman et al., 2017; Loftin et al., 2013). Il serait donc intéressant d'initier à partir de ces études un projet de recherche visant à développer une échelle d'évaluation de la compétence culturelle des soignants en Suisse. Ceci permettrait ainsi aux structures hospitalières tel que les HUG de pouvoir évaluer leurs équipes soignantes et de mesurer ainsi l'impact des interventions qu'ils mettent en place pour améliorer les compétences soignantes face à la population migrante.

7.2.3. Dans l'enseignement

La plupart des études analysées rapportent une compétence culturelle limitée ressentie par les soignants et clairement associée à un manque de formations spécifique durant leur cursus scolaire ou dans leur vie professionnelle (Kurth et al., 2011 ; Markey et al.,

2018 ; Mengesha et al., 2018). Par ailleurs, La SSR est un domaine de la santé peut aborder dans l'enseignement et les professionnels acquièrent leurs compétences dans ce domaine principalement via leur pratique clinique. Les soignants rapportent la nécessité d'améliorer l'accessibilité à des formations supérieures sur les compétences culturelles, la culture, la sexualité et la santé afin de leur apporter plus de connaissances et d'assurance dans leur prise en charge des femmes migrantes en terme de SSR (Mengesha et al., 2018).

Le contexte migratoire actuel et international expose les soignants de nombreux pays à cette problématique et il est évident que les systèmes d'enseignements et de formations doivent impérativement s'adapter et évoluer de façon à prévenir les difficultés auxquelles les soignants font face dans leur pratique. Les institutions éducatives notamment en soins infirmiers mais également les facultés de médecine doivent inclure des enseignements sensibilisant les futurs soignants au multiculturalisme en santé et favorisant le développement d'une compétence culturelle. Pour exemple, le Bachelor en soins infirmiers de la HEdS aborde la théorie de Leininger et définit la culture et ses différents aspects sur quelques heures de formation alors que ces étudiants vont pour la plupart travailler au sein des HUG dont 50% de la patientèle est étrangère (Hudelson et al., 2014). D'ailleurs, avec l'initiative "Migrant friendly hospitals", les HUG mettent en place depuis une dizaine d'années des interventions qui visent à réduire les inégalités entre populations migrantes et natives et améliorer les connaissances et les pratiques soignantes (Hudelson et al., 2014). La création d'un partenariat entre l'HEdS et les HUG visant à sensibiliser les étudiants à cette problématique pourrait être bénéfique pour préparer au mieux les futurs professionnels.

Par ailleurs, L'analyse des articles montrent que les difficultés rencontrées par les infirmiers et les médecins sont communes sur bien des points. Or, depuis quelques années, la faculté de médecine de Genève et l'HEdS développent dans leurs cursus des activités d'enseignements communes à travers des séances de simulations qui visent à développer l'interprofessionnalité et améliorer à terme la prise en soin des patients. Il pourrait donc être intéressant d'exposer conjointement les futurs professionnels à cette problématique culturelle via ce type d'enseignements.

8. Références bibliographiques

Art. 3 de la loi fédérale sur l'asile du 26 juin 1998 (LAsi ; RS 142.31).

Alligood, M. R. (Éd.). (2014). *Nursing theorists and their work* (8 edition). Elsevier.

Aminisani, N., Armstrong, B. K., & Canfell, K. (2012). Cervical cancer screening in Middle Eastern and Asian migrants to Australia : A record linkage study. *Cancer Epidemiology*, 36(6), e394-400. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2012.08.009>

Aubé, R., Champagne, M., Brûlé, M., & Doré, C. (2016). Développement de la compétence culturelle d'étudiantes en sciences infirmières lors d'un stage international : Élaboration, implantation et évaluation d'une formation complémentaire. *L'Infirmière clinicienne*, 13, 1-15.

Berger, C. R., & Calabrese, R. J. (1975). Some explorations in initial interaction and beyond: Toward a developmental theory of interpersonal communication. *Human Communication Research*, 1(2), 99–112.

Bernhard, G., Knibbe, R. A., von Wolff, A., Dingoyan, D., Schulz, H., & Mösko, M. (2015). Development and Psychometric Evaluation of an Instrument to Assess Cross-Cultural Competence of Healthcare Professionals (CCCHP). *PloS One*, 10(12), e0144049. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144049>

Blackman, R. (2011). Understanding culture in practice : Reflections of an Australian Indigenous nurse. *Contemporary Nurse*, 37(1), 31-34. <https://doi.org/10.5172/conu.2011.37.1.031>

Bollini, P., Stotzer, U., & Wanner, P. (2007). Pregnancy outcomes and migration in Switzerland : Results from a focus group study. *International Journal of Public Health*, 52(2), 78-86. <https://doi.org/10.1007/s00038-007-6003-3>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brunel, M.-L. (1989). L'empathie en counseling interculturel. *Santé mentale au Québec*, 14 (1), 81-94. <https://doi.org/10.7202/031490ar>
- Calvillo, E., Clark, L., Ballantyne, J. E., Pacquiao, D., Purnell, L. D., & Villarruel, A. M. (2009). Cultural Competency in Baccalaureate Nursing Education. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(2), 137-145.
<https://doi.org/10.1177/1043659608330354>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services : A model of care. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society*, 13(3), 181-184; discussion 200-201.
<https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Collins, C. H., Zimmerman, C., & Howard, L. M. (2011). Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression : Rates and risk factors. *Archives of Women's Mental Health*, 14(1), 3-11. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0198-7>
- Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women : Health care providers' experiences in meeting the needs of [corrected] Somali women living in Finland. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(2), 330-343. <https://doi.org/10.1007/s10903-011-9465-6>
- Drummond, P. D., Mizan, A., Brocx, K., & Wright, B. (2011). Using peer education to increase sexual health knowledge among West African refugees in Western

Australia. *Health Care for Women International*, 32(3), 190-205.

<https://doi.org/10.1080/07399332.2010.529215>

Endler, M., Al Haidari, T., Chowdhury, S., Christilaw, J., El Kak, F., Galimberti, D., Gutierrez, M., Ramirez-Negrin, A., Senanayake, H., Sohail, R., Temmerman, M., Danielsson, K. G., & FIGO Committee for Human Rights, Refugees and Violence Against Women. (2020). Sexual and reproductive health and rights of refugee and migrant women: Gynecologists' and obstetricians' responsibilities. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 149(1), 113-119. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13111>

Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge : Analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed). F. A. Davis Co.

Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Jeon, Y., Kuokkanen, L., & Meretoja, R. (2017). Nurse Competence Scale : A systematic and psychometric review. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1035-1050. <https://doi.org/10.1111/jan.13183>

Fondation Suisse pour la santé sexuelle et reproductive. (2017). *Contraception : quel accès pour les requérant-e-s d'asile*. Accès https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2017/05/2017_Rapport_RequerantsAsile_Acces_Contraception.pdf

Gilbert, M. J. (s. d.). *Principles and Recommended Standards for Cultural Competence Education of Health Care Professionals*. 94.

Govere, L., & Govere, E. M. (2016). How Effective is Cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Patient Satisfaction of Minority Groups? A

- Systematic Review of Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(6), 402-410. <https://doi.org/10.1111/wvn.12176>
- Guide Social Romand. (2015). *Droit d'asile et statut de réfugié*. Accès <https://www.guidesocial.ch/recherche/fiche/generatepdfAll/401>
- Hadziabdic, E., Safipour, J., Bachrach-Lindström, M., & Hultsjö, S. (2016). Swedish version of measuring cultural awareness in nursing students : Validity and reliability test. *BMC Nursing*, 15, 25. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0146-6>
- Hart, P. L., & Mareno, N. (2014). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2223-2232. <https://doi.org/10.1111/jocn.12500>
- Heaman, M., Bayrampour, H., Kingston, D., Blondel, B., Gissler, M., Roth, C., Alexander, S., & Gagnon, A. (2013). Migrant women's utilization of prenatal care : A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 17(5), 816-836. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1058-z>
- Henderson, S., & Kendall, E. (2011). Culturally and linguistically diverse peoples' knowledge of accessibility and utilisation of health services : Exploring the need for improvement in health service delivery. *Australian Journal of Primary Health*, 17(2), 195-201. <https://doi.org/10.1071/PY10065>
- Hudelson, P., Dominice Dao, M., Perneger, T., & Durieux-Paillard, S. (2014). A « migrant friendly hospital » initiative in Geneva, Switzerland : Evaluation of the effects on staff knowledge and practices. *PloS One*, 9(9), e106758. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106758>

- Kavukcu, N., & Altıntaş, K. H. (2019). The Challenges of the Health Care Providers in Refugee Settings : A Systematic Review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(2), 188-196. <https://doi.org/10.1017/S1049023X19000190>
- Kurth, E., Jaeger, F. N., Zemp, E., Tschudin, S., & Bischoff, A. (2010). Reproductive health care for asylum-seeking women—A challenge for health professionals. *BMC Public Health*, 10, 659. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-659>
- Lecomte J. Empathie et ses effets. Elsevier Masson; 2010.
- Accès: <http://www.em-consulte.com/en/article/262093>
- Lindenmeyer, A., Redwood, S., Griffith, L., Teladia, Z., & Phillimore, J. (2016). Experiences of primary care professionals providing healthcare to recently arrived migrants : A qualitative study. *BMJ Open*, 6(9), e012561. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012561>
- Loftin, C., Hartin, V., Branson, M., & Reyes, H. (2013). Measures of cultural competence in nurses : An integrative review. *TheScientificWorldJournal*, 2013, 289101. <https://doi.org/10.1155/2013/289101>
- Loutan, L., Farinelli, T., & Pampallona, S. (1999). Medical interpreters have feelings too. *Sozial- Und Praventivmedizin*, 44(6), 280-282. <https://doi.org/10.1007/BF01358977>
- Markey, K., Tilki, M., & Taylor, G. (2018). Understanding nurses' concerns when caring for patients from diverse cultural and ethnic backgrounds. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), e259-e268. <https://doi.org/10.1111/jocn.13926>
- Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., & Ussher, J. (2017). Refugee and migrant women's engagement with sexual and reproductive health care in Australia : A socio-

- ecological analysis of health care professional perspectives. *PloS One*, 12(7), e0181421. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181421>
- Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., & Ussher, J. (2018). Preparedness of Health Care Professionals for Delivering Sexual and Reproductive Health Care to Refugee and Migrant Women : A Mixed Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph15010174>
- Mladovsky, P., Ingleby, D., McKee, M., & Rechel, B. (2012). Good practices in migrant health : The European experience. *Clinical Medicine (London, England)*, 12(3), 248-252. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.12-3-248>
- Newbold, K. B., & Willinsky, J. (2009). Providing family planning and reproductive healthcare to Canadian immigrants : Perceptions of healthcare providers. *Culture, Health & Sexuality*, 11(4), 369-382. <https://doi.org/10.1080/13691050802710642>
- Office Fédéral de la Santé Publique. (2012). *Santé des migrantes et des migrants en Suisse*. Accès <https://www.bag.admin.ch/Sante-migrants.pdf>
- Office Fédéral de la Statistique. (2017). *Rapport statistique sur l'intégration de la population issue de l'immigration*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.2546311.html>
- ONU. (2017). *Migrations*. Accès <http://www.un.org/fr/sections/issues-depth/migration/>

- Paez, K. A., Allen, J. K., Carson, K. A., & Cooper, L. A. (2008). Provider and clinic cultural competence in a primary care setting. *Social Science & Medicine* (1982), 66(5), 1204-1216. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.027>
- Ray, M. A. (1989). The theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. *Nursing Administration Quarterly*, 13(2), 31-42. <https://doi.org/10.1097/00006216-198901320-00007>
- Rogers, C., & Earnest, J. (2015). Sexual and reproductive health communication among Sudanese and Eritrean women : An exploratory study from Brisbane, Australia. *Culture, Health & Sexuality*, 17(2), 223-236. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.967302>
- Rowe, R. E., Magee, H., Quigley, M. A., Heron, P., Askham, J., & Brocklehurst, P. (2008). Social and ethnic differences in attendance for antenatal care in England. *Public Health*, 122(12), 1363-1372. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.05.011>
- Sami, J., Quack Lötscher, K. C., Eperon, I., Gonik, L., Martinez de Tejada, B., Epiney, M., & Schmidt, N. C. (2019). Giving birth in Switzerland : A qualitative study exploring migrant women's experiences during pregnancy and childbirth in Geneva and Zurich using focus groups. *Reproductive Health*, 16(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0771-0>
- Scheppers, E., van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities : A review. *Family Practice*, 23(3), 325-348. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi113>
- Schmidt, N. C., Fagnoli, V., Epiney, M., & Irion, O. (2018). Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva : A qualitative study. *Reproductive Health*, 15(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0478-7>

- Sebo, P., Jackson, Y., Haller, D. M., Gaspoz, J.-M., & Wolff, H. (2011). Sexual and reproductive health behaviors of undocumented migrants in Geneva : A cross sectional study. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(3), 510-517.
<https://doi.org/10.1007/s10903-010-9367-z>
- Secrétariat d'Etat aux Migrations. (2018). *Statistiques en matière d'asile*. Accès
<https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/statistik/asylstatistik/2018/stat-jahr-2018-kommentar-f.pdf>
- Seeleman, C., Suurmond, J., & Stronks, K. (2009). Cultural competence : A conceptual framework for teaching and learning. *Medical Education*, 43(3), 229-237.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x>
- Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M., & Najafi, M. (2019). Cultural competence in nursing : A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 99, 103386.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103386>
- Smith, G., Hughes, J., & Greenhalgh, T. (2010). Patients as Teachers and Mentors. In *User Involvement in Health Care* (p. 52-63). John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/9781444325164.ch4>
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research : Grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications.
- Suurmond, J., Rupp, I., Seeleman, C., Goosen, S., & Stronks, K. (2013). The first contacts between healthcare providers and newly-arrived asylum seekers : A qualitative study about which issues need to be addressed. *Public Health*, 127(7), 668-673.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.04.004>
- UNESCO. (2017). *Migrations internationales*. Accès

<http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>

Väisänen, H., Koponen, P., Gissler, M., & Kontula, O. (2018). Contraceptive use among migrant women with a history of induced abortion in Finland. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception*, 23(4), 274-281.
<https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1483019>

Voide Crettenand, G. (2017). Parcours migratoires : la santé sexuelle négligée. *Revue d'information sociale et santé*. Accès
<https://www.reiso.org/articles/themes/migrations/2536-parcours-migratoires-la-sante-sexuelle-neglgee>

World Health Organization. Health promotion. Track2: health literacy and health behaviour. 2009.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>

9. Annexes

9.1 Annexe 1 : Equations de recherche utilisées dans les bases de données

Bases de données	Equations de recherche	Nombre d'articles
Pubmed	<ul style="list-style-type: none"> • ("refugees"[MeSH Terms] OR "refugees"[All Fields] OR ("asylum"[All Fields] AND "seeker"[All Fields]) OR "asylum seeker"[All Fields]) AND ("reproductive health"[MeSH Terms] OR ("reproductive"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "reproductive health"[All Fields]) AND care[All Fields] • (("culture"[MeSH Terms] OR "culture"[All Fields] OR "cultural"[All Fields]) AND ("Plan Parent Chall"[Journal] OR "challenges"[All Fields]) AND barriers[All Fields] AND ("nurses"[MeSH Terms] OR "nurses"[All Fields])) • ("health personnel"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "personnel"[All Fields]) OR "health personnel"[All Fields] OR ("health"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "providers"[All Fields]) OR "health care providers"[All Fields]) AND ("refugees"[MeSH Terms] OR "refugees"[All Fields] OR ("asylum"[All Fields] AND "seekers"[All Fields]) OR "asylum seekers"[All Fields]) AND ("Issues"[Journal] OR "Issues (St Louis Mo)"[Journal] OR "issues"[All Fields]) 	<p>183 Eliminés sur date: 68 Revues éliminées:14 Eliminés sur titre: 89 Eliminés sur résumé : 9 Eligibles pour analyse : 5 Eligibles après analyse : 3</p> <p>211 Eliminés sur date: 55 Revues éliminées: 11 Eliminés sur titre: 135 Eliminés sur résumé: 7 Eligibles pour analyse: 2</p> <p>142 Eliminés sur date: 51 Revues éliminées: 13 Eliminés sur titre: 69 Eliminés sur résumé: 6 Eligibles pour analyse: 1</p>
CINHAL	<ul style="list-style-type: none"> • ((("Sexual" OR "reproductive" AND "health") AND ("health care professionals") AND ("barriers" OR "obstacles" OR "Challenges") AND ("migrants" OR "immigrants" OR asylum seekers")) 	<p>29 Eliminés sur titre: 23 Eliminés sur résumé: 4 Eligibles pour analyse: 1</p>

9.2. Annexe 2 : Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

La grille COREQ fut utilisée pour analyser les 9 articles choisis.

Les points de la grille sont indiqués en rouge dans le tableau.

Auteurs Date Lieu	Type d'étude et buts de l'étude	Population cible Méthode utilisée pour la collecte et l'analyse des données	Principaux résultats	Commentaires/critiques
<p>Auteurs : Mengesha Z.B., Perz J., Dune T., Ussher J.</p> <p>Année : 2017</p> <p>Lieu : Australia</p>	<p>Type d'étude : Etude qualitative</p> <p>But de l'étude : Cette étude considère le point de vue des soignants sur les problématiques de prise en soin des femmes migrantes et réfugiées en terme de santé sexuelle et reproductive.</p>	<p>Population cible et méthode de recrutement: Recrutement des participants de l'étude au niveau national dans différents corps de métiers (médecins généralistes, infirmières, sage-femme etc.), tous ayant une expérience de prise en soin de la santé sexuelle et reproductive (SSR) des femmes migrantes et réfugiées (N= 21) (12). Les participants travaillent dans différents types de structures, publiques, privées, ONG, toutes localisées en structures urbaines. Les caractéristiques socio-démographiques des participants sont documentées (16). Les participants ont été recrutés <i>via</i> des associations d'infirmières et de professionnels de santé, des services de planning familial, des bulletins d'informations, listes d'emails et par effet boule de neige (10-11). Les refus de participants de sont pas documentés (13).</p>	<p>Thèmes principaux identifiés par les professionnels de santé comme défis ou difficultés pour améliorer les soins en terme de SSR :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être un migrant : qui regroupe entre autre l'expérience des femmes en terme de SSR dans leur pays d'origine, leurs connaissances personnelles ...). <p>Besoin d'information de ces populations pour leur apprendre l'importance de la prévention et la gratuité du système.</p> <p>Le manque de connaissances de ces femmes en SSR induit un allongement conséquent des durées de consultations et nécessite de répéter les consultations.</p> <p>Ces femmes ont d'autres priorités que leur SSR.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le rôle joué par le genre dans la prise de décision en terme de SSR : rôle dominant du mari dans la prise de décisions. Il est difficile de prendre en soin une femme qui ne peut ni prendre de décision ni même avoir de discussions sans le consentement de 	<p><u>Limites dans la sélection des participants :</u> Tous les professionnels recrutés pour l'étude sont des femmes qui travaillent dans des structures urbaines et non rurales. Les critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas clairement expliqués. D'ailleurs les professionnels travaillant en étroite collaboration avec les populations migrantes comme les centres d'accueil pour primo-arrivants ne sont pas inclus dans le panel étudié.</p>

		<p><u>Méthode de collecte et d'analyse des données :</u> Cette étude interroge la population soignante sur les facteurs qui selon elle influencent l'accès et l'utilisation des services de SSR par les femmes migrantes et réfugiées. Quelles sont selon eux l'impact de la politique et des pratiques utilisées en terme de SSR sur ce type de population ?</p> <p><u>Méthode de collecte :</u> 21 entretiens uniques individuels semi-structurés de 50 min (1 en face à face et 20 par téléphone), enregistrés puis retranscrits (14, 15, 18, 19, 21). Le guide d'entretien a été développé à partir d'une revue systématique (Mengesha et al., 2016) et testé au préalable sur 2 participants (17). Suite à chaque entretien, des notes de terrain furent prises pour révéler des idées à intégrer aux entretiens suivants (20). Le seuil de saturation n'a pas été discuté (22). Les retranscriptions des entretiens n'ont pas été retournées aux participants (23).</p> <p><u>Analyse des données :</u> Les données ont été analysées en utilisant une méthode d'analyse thématique (Braun & Clarke, 2006) (9). Plusieurs relectures par tous les auteurs ont permis d'identifier des thèmes principaux de façon à établir l'arbre de codage des données qualitatives (24, 25). Le logiciel NVivo a été utilisé pour faciliter l'organisation des données (27). Le modèle socio-économique fut utilisé</p>	<p>son mari. Les professionnels relèvent la nécessité d'avoir des rendez-vous privés et confidentiels pour ces femmes. Il est nécessaire d'utiliser des interprètes professionnels plutôt que le conjoint.</p>	<p>Le fait que le panel contienne des professionnels des différents corps de métiers enrichit l'étude.</p> <p><u>Méthode utilisée:</u> Modification des points abordés au fur et à mesure des entretiens. Protocoles modifiés en cours d'étude qui peut modifier les résultats obtenus.</p>
--	--	--	--	---

		pour identifier au sein de 4 niveaux (personnel, interpersonnel, institutionnel et sociétal) les facteurs qui influencent l'accessibilité et l'utilisation des soins en terme de SSR par les femmes migrantes ainsi que la prise en soin de cette population par les professionnels de santé (26). Des citations tirées des entretiens ont été utilisées pour illustrer les résultats (29). Les participants n'ont pas participé à l'analyse des données (28). Les résultats sont cohérents par rapport aux données (30). Les thèmes principaux et secondaires sont clairement présentés dans les résultats (31, 32).		
<p>Auteurs : Kurth E., Jaeger F.N., Zemp E., Tschudin S., Bischoff A.</p> <p>Année : 2010</p> <p>Lieu : Switzerland</p>	<p>Type d'étude : Etude mixte, quantitative et qualitative.</p> <p>Buts de l'étude : Etude qui porte sur la prise en soin des femmes requérantes d'asile en terme de santé reproductive dans la clinique des femmes de l'hôpital universitaire de Bale. Elle vise à :</p>	<p>Nous avons ciblé la partie de l'étude qui répond uniquement à notre question de recherche, soit la partie qualitative de l'étude.</p> <p>Population cible et méthode de recrutement : Professionnels de santé appartenant à différents corps de métiers : médecins, infirmières, sages-femmes, psychologues et interprètes (N=10) (12). Toutes sont des femmes travaillant dans la prise en soin des femmes requérantes d'asile à la clinique des femmes de l'hôpital universitaire de Bale. La méthode de recrutement des participants n'est pas documentée, ni leurs données socio-démographiques (10, 11, 16). Tous les participants invités ont accepté de participer à l'étude (13).</p>	<p>Difficultés des professionnels de santé mises en évidence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels de santé doivent faire face aux problématiques psychosociales des requérantes d'asiles souvent traumatiques (guerre, viols, deuils) et apporter un soutien psychologique aux patientes. - La barrière de la langue est une problématique fondamentale, sans interprètes disponibles parlant certaines langues particulières. - Rôles conflictuels des médecins qui jouent un triple rôle : apporter des soins aux patients, produire des certificats de santé aux autorités de procédure d'asile et assurer l'efficacité des coûts de la santé pour le système d'assurance. 	<p>Le nombre de participants à l'étude est limité (10). Les critères de sélection des participants ne sont pas clairs. Néanmoins, différents corps de métiers sont représentés, permettant de mettre en évidence des difficultés communes et spécifiques. Les professionnels de santé interrogés travaillent tous au sein d'un hôpital riche en interprètes, services</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les besoins des requérantes d'asile qui consultent là-bas. - évaluer la vision des professionnels soignants impliqués dans ce type de structures de soin. 	<p><u>Méthodes de collecte et d'analyse des données :</u></p> <p>Les données furent collectées via des entretiens uniques et individuels, semi-structurés, en face à face (15, 18). Les entretiens ont eu lieu à l'hôpital ou à l'université selon le choix des participants et selon un guide d'entretien non testé au préalable (14, 17). Les soignants ont décrit leurs expériences de prise en soin des femmes requérantes d'asile d'un point de vue professionnel et personnel, leurs difficultés, succès et frustrations etc. Les entretiens furent enregistrés et retranscrits verbatim (19, 20). La durée de l'entretien n'est pas précisée (21). Les données furent analysées en suivant les étapes analytiques de la méthode ancrée (Strauss & Corbin, 1990) (9).</p> <p>Pour le codage des données, le nombre de personnes impliquées n'est pas précisé (24). Les extraits de texte furent répartis par catégories puis les interactions entre les thèmes furent mises en évidence afin d'élaborer un réseau (25, 26). Aucun logiciel ne fut utilisé (27).</p> <p>Les résultats furent discutés avec des experts de la santé de la femme, experts éthiques et chercheurs. Ils furent également présentés à deux participantes qui confirmèrent qu'ils correspondaient bien à leurs expériences (28). Des citations tirées des entretiens ont été utilisées pour illustrer les résultats (29). Les résultats sont cohérents par rapport aux</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les multiples problématiques des femmes requérantes d'asile nécessitent une prise en soin globale avec la mise en place d'un réseau incluant les services sociaux, les autorités et diverses organisations permettant d'améliorer leur conditions de vie. 	<p>sociaux et assistances psychologiques. On peut ainsi imaginer que leurs difficultés sont moindres par rapport à des professionnels évoluant dans des structures dont ces services sont moins développés.</p>
--	---	--	---	---

		données (30). Les thèmes principaux et secondaires sont clairement présentés dans les résultats (31, 32).		
<p>Auteurs: Hart P.L., Mareno N.</p> <p>Année: 2014</p> <p>Pays: USA</p>	<p>Type d'étude: Etude qualitative</p> <p>Buts de l'étude: Identifier et décrire les difficultés et les barrières rencontrées par les infirmières américaines à prendre en soin quotidiennement des patients de culture variée et à apporter un soin culturellement compétent.</p>	<p>Population cible et méthode de recrutement : Infirmières travaillant dans un état du sud-est des Etats Unis. La liste des emails de toutes les infirmières travaillant dans cet état fût obtenue par le conseil d'état (10). Une enquête fût envoyée par courrier à 2000 infirmières (11). Une méthode d'échantillonnage stratifiée fut utilisée pour déterminer un échantillon représentatif de chaque comté et un logiciel statistique permis de sélectionner un échantillon d'infirmières pour chaque comté de manière aléatoire. 374 infirmières participèrent à l'enquête dont 91,7% de femmes, 83,7% caucasiennes avec un âge moyen de 48 ans et 22,4 ans de pratique professionnelle en moyenne (12, 16). 57% de ces soignants ont obtenu un master et 81,8% ne parle pas d'autre langue que l'anglais. 43% d'entre eux travaillent en structure hospitalière. Les raisons de non-participation à l'étude des autres candidats ne sont pas spécifiées (13).</p> <p>Méthode de collecte et d'analyse des données : Les participants de l'étude ont répondu à une enquête sous forme de questions ouvertes leur permettant de relever leurs difficultés quotidiennes à apporter un soin culturellement</p>	<p>L'analyse des données a mis en évidence 3 thèmes principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La grande diversité de cultures auxquelles les infirmières américaines font face dans leur prise en soin quotidienne et la difficulté pour elles de connaître autant de préférences culturelles différentes. Elles rapportent leur manque de connaissance et leur difficulté d'avoir une formation leur enseignant les préférences et les croyances culturelles. - le manque de ressources pour leur apprendre comment apporter un soin culturellement compétent. Elles identifient le manque de temps, d'argent et de formations professionnelles comme les principales barrières. La barrière de la langue est également mentionnée, les infirmières relèvent la difficulté de créer un lien avec le patient à travers un interprète pour celles qui ont la chance de pouvoir avoir recours à ce service. - Les préjugés constituent le dernier thème. Certaines infirmières expriment le fait que les individus de cultures différentes ou d'origines étrangères devraient s'adapter au pays et à la culture qui les accueille. D'autres relèvent l'importance pour les professionnels soignants de 	<p>L'étude répond à une question plus large que notre question de recherche, puisqu'il ne s'agit pas de SSR spécifiquement mais de prise en soin de patients de culture diverses. La majorité des infirmières de l'échantillon étudié sont des femmes caucasiennes. Les résultats sont donc difficilement généralisables.</p>

		<p>compétent à une population diverse mais également de décrire les stratégies qu'ils utilisent pour lutter contre leurs difficultés (17). Les enquêtes furent remplies par écrit ou directement sur internet puis retranscrit verbatim sur un document Word (18, 19). Le seuil de saturation des données n'est pas discuté (22). Les données ont été analysées en utilisant une méthode d'analyse thématique (Braun & Clarke, 2006) (9). Le logiciel NVIVO fut utilisé pour l'analyse (27). Les deux auteurs de l'étude ont réalisé le codage des données (24). L'arbre de codage est décrit et les thématiques ont été identifiées à partir de l'analyse des données (25, 26). Les participants n'ont pas participé à l'analyse des résultats (28). Des citations tirées des entretiens ont été utilisées pour illustrer les résultats (29). Les résultats sont cohérents par rapport aux données (30). Les thèmes principaux et secondaires sont clairement présentés dans les résultats (31, 32).</p>	travailler sur leurs propres préjugés pour pouvoir apporter un soin culturellement compétent.	
<p>Auteurs : Newbold K.B., Willinsky J.</p> <p>Année: 2009</p>	<p>Type d'étude: Etude qualitative</p> <p>Buts de l'étude: Comprendre les problématiques rencontrées par les professionnels de</p>	<p>Population cible et méthode de recrutement : Les participants potentiels ont été identifiés et recrutés <i>via</i> les agences de santé publiques et les planning familiaux par email puis par effet boule de neige (10, 11). 13 emails furent envoyés permettant le recrutement de 6 personnes et 3 autres furent recrutés par effet boule de neige (N=9) (12). Les motifs de non-</p>	<p>4 thèmes ont été mis en évidence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La barrière de la langue est un problème majeur particulièrement lorsque cela concerne la santé sexuelle et reproductive. Les problèmes de communication augmentent considérablement le temps de consultation, ce qui rallonge les délais d'attente de prise en soin dans les cliniques spécialisées dans une patientèle immigrée. Ce type 	<p>Le nombre de participants est très limité mais ils ont été recrutés dans une partie du Canada très exposé à l'immigration.</p>

<p>Pays: Canada</p>	<p>santé dans la prise en soin des migrants en terme de santé sexuelle et reproductive</p>	<p>participation des soignants sélectionnés ne sont pas abordés (13). Tous les participants sont des soignants travaillant en Ontario, région canadienne qui attirent de nombreux immigrants. Tous sont des femmes à différents corps de métiers, médecins, infirmières etc (16).</p> <p><u>Méthode de collecte et d'analyse des données :</u></p> <p>Entretiens uniques individuels semi-structurés de 30 à 60 minutes comprenant questions fermées et questions ouvertes (15, 18, 21). Le lieu des entretiens ainsi que le mode (téléphone ou face à face) ne sont pas précisés (14). Le guide d'entretien a été fourni par les auteurs qui ne l'ont pas testé au préalable (17). Les entretiens ont été enregistrés puis transcrits verbatim dans un document Word (19). La méthode ancrée fut utilisée durant l'élaboration de l'arbre de codage pour faciliter la compréhension des différentes problématiques (Strauss & Corbin, 1990) (9). Deux personnes furent impliquées dans le codage et l'analyse des données (premier auteur et un étudiant) (24). L'arbre de codage n'est pas décrit (25), Les thématiques furent identifiées à partir de données (26). Aucun logiciel ne fut utilisé pour l'analyse des données (27). Des citations tirées des entretiens ont été utilisées pour illustrer les résultats (29). Les résultats sont cohérents par rapport aux données (30). Les thèmes</p>	<p>d'établissement est majoritairement présent dans les grandes villes. Ils recrutent des professionnels de santé de culture diverses pour répondre aux besoins de la patientèle.</p> <p>L'utilisation d'interprètes peut être délétère s'ils rendent la situation inconfortable pour la femme de par les contacts qu'ils peuvent avoir avec sa communauté mais également par les jugements personnels qu'ils peuvent émettre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - le rôle du genre dans la prise de décision concernant la santé sexuelle et reproductive. Comprendre le rapport à l'homme chez les femmes migrantes est difficile pour les professionnels de santé. Nombreuses sont les femmes qui ne peuvent décider elle-même de la prise d'un moyen de contraception. - La mauvaise compréhension ou le manque de connaissance concernant la santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes. Les femmes migrantes en fonction de leur culture ont une connaissance limitée de leur corps et du contrôle des naissances. - La sensibilité culturelle est une problématique soulevée. La difficulté qu'ont les femmes migrantes à montrer leurs corps durant les examens médicaux génèrent des difficultés pour les professionnels de santé pour réaliser leurs consultations. 	
--------------------------------	--	---	--	--

		principaux et secondaires sont clairement présentés dans les résultats (31, 32).		
<p>Auteurs : Degni F., Suominen S., Essen B., El Ansari W., Vehviläinen- Julkunen K.</p> <p>Date : 2012</p> <p>Lieu : Finlande</p>	<p>Type d'étude : Etude qualitative</p> <p>But de l'étude : Cette étude a pour but d'explorer la communication et les sensibilités culturelles des professionnels de la santé finlandais (médecins, infirmières et sages-femmes) dans la prestation de soins en santé reproductive auprès de femmes somaliennes vivant en Finlande. L'étude cherche à évaluer l'obstacle linguistique, culturel et religieux lors des prestations de soins.</p>	<p>Population cible et méthode de recrutement : Prestataires de soins spécialisés dans la prise en soin des femmes somaliennes en terme de santé sexuelle et reproductive (16) : gynécologues/obstétriciens (N=10) et infirmières (N=7) et sages-femmes (N=8) (12). Ces professionnels de la santé travaillent dans cinq établissements (cliniques de maternité et planning familial) localisés dans différentes villes en Finlande. Pour recruter les participants, une lettre explicative fut envoyée au comité d'éthique de santé de ces villes qui recommandèrent médecins, infirmières et sages-femmes (10, 11). Parmi les 15 médecins contactés et les 17 infirmières/sages-femmes, cinq gynécologues/obstétriciens ont décliné par manque de connaissances sur le sujet et deux infirmières ont refusé par manque de temps (13).</p> <p>Méthode de collecte et d'analyse des données : Quatre entretiens individuels et trois groupes de discussion ont été réalisés en anglais (15, 18). Les entretiens individuels durèrent 1h contre 20 à 30 min pour les discussions de groupe, sans précision du cadre de collecte des données (14, 21). Les entretiens furent enregistrés puis retranscrits, les notes de</p>	<p>L'analyse des données mis en évidence les problématiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relations entre médecins et femmes somaliennes : Les gynécologues rapportent leurs difficultés d'avoir des contacts avec les femmes somaliennes car elles ne sont pas intéressées par l'utilisation de la contraception et ne souhaitent pas parler de leur sexualité, encore moins avec des médecins hommes. Les médecins doivent régulièrement faire appel à un interprète car ces femmes, en majorité, ne parlent ni finnois, ni anglais. Ils expriment leurs mécontentements envers ces interprètes limités en anglais et qui manquent de connaissance dans le domaine médical, ce qui complique la communication avec les patientes. Par ailleurs, ils rapportent leur manque de temps en consultation et exprime qu'il est plus facile aux infirmières de développer un lien avec les patientes. - Relations entre infirmières/sages-femmes et les femmes somaliennes : Les femmes somaliennes ayant plusieurs enfants, les infirmières et sages-femmes ont pu développer un lien avec ses femmes autour de la maternité. Elles rapportent que la meilleure façon de communiquer avec ces femmes c'est en interagissant socialement avec elles. A travers plusieurs rencontres à la clinique et à leurs domiciles, elles ont pu leur 	<p>Concernant la méthode, il n'est pas spécifié pourquoi certains professionnels de santé ont eu des entretiens individuels et participent également aux groupes de discussions et d'autres non. Le guide d'entretien ou la méthode utilisée pour réaliser les entretiens et les groupes de discussions n'est pas non plus documenté.</p>

		<p>terrain triées et relues après coup (19, 20). Aucun guide d'entretien n'est mentionné (17). Le seuil de saturation des données n'est pas discuté et la retranscription des entretiens n'a pas été réévalué par les participants (22, 23). Un système de codage fut mis en place pour analyser les données. Le nombre de personnes impliqué dans le codage ainsi que la description de l'arbre de codage ne sont pas spécifiés (24, 25). Les données des entretiens ont été analysées selon la méthode d'analyse de contenu (9). Les données ont été recherchées à travers deux thèmes prédéterminés: la communication et la culture (26). Aucun logiciel informatique n'a été utilisé (27). Les résultats de chaque groupe de discussion ont été comparés aux résultats des entretiens individuels. Les différences et les similitudes dans les réponses des participants ont été regroupées et classées (30, 31). Aucun cas particulier ou thème secondaire n'a été référé (32). Les citations des participants ont été utilisées pour illustrer les résultats (29).</p>	<p>enseigner la culture finnoise et les avantages des services de santé finlandais, et à leur tour les sages-femmes ont pu apprendre leur mode de vie, leurs normes culturelles et leurs croyances religieuses. C'est plus compliqué pour les soignantes des plannings familiaux puisque la plupart des femmes somaliennes refusent toutes contraceptions. Toutes Elles soignantes se plaignent de la difficulté de communication dû à la barrière de la langue et de leur frustration à devoir utiliser l'enfant des patientes comme interprète.</p> <p>- Perceptions des médecins envers les comportements culturels des femmes somaliennes : Les femmes somaliennes refusent les consultations si le médecin est un homme et c'est très difficile à vivre pour ces médecins qui se sentent parfois humiliés ou insultés par l'attitude de ces femmes. Les médecins femmes expriment également leur frustration face aux consultations qu'elles ont avec ces femmes qui viennent consulter avec leur mari et leurs enfants et n'ont ainsi aucune intimité, ce qui rend très difficile les consultations.</p> <p>- Perceptions des infirmières/sages-femmes envers les comportements culturels des femmes somaliennes : La majorité des femmes refusent la contraception car cette utilisation est interdite dans leur religion. D'après les soignantes, ce refus de la contraception est aussi dû à un manque de connaissance des méthodes de contrôles des naissances. Par ailleurs, elles relèvent que certaines femmes somaliennes</p>	
--	--	--	---	--

			ont développé une adaptation sociale et culturelle finlandaise remarquable en usant de la contraception, en arrivant à l'heure aux consultations ou encore en acceptant des examens physiques effectués par des médecins hommes.	
<p>Auteurs : Lindenmeyer A., Redwood S., Griffith L., Teladia Z., Phillimore J.</p> <p>Date : 2016</p> <p>Lieu : Royaume-Uni</p>	<p>Type d'étude : Etude qualitative</p> <p>But de l'étude : Cette étude a pour but d'analyser les expériences des professionnels de santé qui prennent en soins les migrants primo-arrivants. Elle recherche également à identifier les facteurs limitants et les facteurs facilitant une prise en soins de qualité de cette patientèle.</p>	<p>Population cible et méthode de recrutement : Echantillon ciblé de 17 professionnels de santé travaillant dans dix cabinets médicaux spécialisés dans la prise en soin des migrants primo-arrivants, réfugiés et requérants d'asiles dans la ville de Birmingham (12). Une partie des cabinets ont été sélectionnés grâce à l'effet boule-de-neige, en utilisant les contacts acquis par l'université de Birmingham, par les réseaux de santé pour migrants et par la participation de soignants à des études antérieures (10). Une lettre d'invitation fut également envoyée aux cabinets de soins primaires de la ville (11). Six médecins généralistes, cinq infirmières et six membres du personnel administratifs se sont portés volontaires au sein de ces cabinets pour participer à l'étude (13). Les données socio-démographiques des participants ne sont pas renseignées (16).</p> <p>Méthode de collecte et d'analyse des données : Des entretiens ont été réalisés en face à face, portant sur les difficultés à prendre en soin une population d'immigrés arrivés à Birmingham dans les 5 ans maximum ainsi que sur les facteurs facilitant leur prise en soin. Aucune</p>	<p>L'analyse des données met en évidence plusieurs thèmes majeurs qui tournent autour d'un thème central: le concept d'adéquation entre patients et pratique soignante, entre les attentes des migrants nouvellement arrivés et les soins que les professionnels se sentent capables de fournir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un thème intitulé « boîte de Pandore » qui comprend les besoins spécifiques des personnes migrantes comme des problèmes de santé mentale issus des traumatismes qu'ils ont vécus mais aussi l'absence de données médicales antérieures, les deux aspects rendant compliqué le travail des soignants et nécessitant des consultations plus longue que d'ordinaire. - Pour certains professionnels de santé, ce serait aux patients de s'adapter au fonctionnement du cabinet médical et de se montrer moins exigeants et non aux soignants de s'adapter aux patients. Cette réaction révélerait la situation difficile dans laquelle se trouve les soignants de ces cabinets. - Parler le même langage est nécessaire pour une adéquation entre patient et pratique soignante. L'usage d'un interprète peut être un grand atout pour identifier les problématiques de santé des 	<p>Les participants à l'étude ont un réel intérêt dans la thématique menée par cette étude, ce qui enrichit l'étude mais constitue également une limite puisqu'ils ne sont pas représentatifs de tous les soignants. Le nombre de participants à l'étude est réduit et se limite à la ville de Birmingham.</p>

		<p>information concernant le guide d'entretien utilisé n'est spécifiée ni si les entretiens ont été répétés (17, 18). Les participants de l'étude appartenant au même cabinet médical ont choisi d'être interrogés ensemble au cabinet par un des chercheur (14, 15). La durée des entretiens n'est pas indiquée (21) et le seuil de saturation des données n'a pas été discuté (22). Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits (19) et le logiciel N-vivo a été utilisé pour faciliter l'analyse des données (27). Les auteurs ne mentionnent pas si les retranscriptions d'entretiens ont été retournées aux participants (23) ou si ces derniers ont exprimé leur avis sur les résultats (28). Les données ont été analysées en utilisant une méthode d'analyse thématique (Braun & Clarke, 2006) (9). Deux séries d'analyses thématiques ont été réalisées par deux auteurs (24), en suivant le processus en six étapes décrit par Braun et Clarke en 2006. La première phase d'analyse fût centrée sur les obstacles et les facilitateurs lors de la prise en charge des patients migrants. La seconde porta sur la nature et le contexte des interactions entre les professionnels de santé et les patients migrants (25), constituant le thème central de l'étude : le concept d'adéquation entre professionnels de santé et patients (26). Les auteurs ont utilisé des citations pour illustrer leurs résultats (29). Les résultats sont cohérents par rapport aux données (30). Les thèmes principaux et secondaires sont clairement présentés dans les résultats (31, 32).</p>	<p>patients migrants. Cependant, selon leurs compétences ou s'il s'agit d'un membre de la famille du patient, la consultation peut s'avérer difficile. Certains participants considèrent que c'est aux patients de créer une meilleure concordance, en apprenant l'anglais.</p> <p>- Certains cabinets ont développé des stratégies pour renforcer la création du lien avec le patient. Ils ont fait appel à des « personnes relais » d'origine professionnelles diverses mais ayant l'avantage d'être polyglottes. Certains professionnels ont appris des phrases d'accueil dans certains dialectes. D'autres essaient de développer leur compétences culturelles en suivant des formations adaptées.</p>	
--	--	---	--	--

<p>Auteurs : Markey K., Tilki M., Taylor G.</p> <p>Date : 2018</p> <p>Lieu : Irlande</p>	<p>Type d'étude : Etude qualitative</p> <p>But de l'étude : Le but de cette étude est d'explorer les expériences des étudiantes infirmières et des infirmières qualifiées dans la prise en soin de patients de culture ou d'origine ethniques diverses. L'étude révèle également les défis auxquels elles sont confrontées quotidiennement dans leurs pratiques.</p>	<p>Population cible et méthode de recrutement : Etudiantes infirmières et infirmières certifiées travaillant dans une région de l'Irlande. La méthode de recrutement et de prise de contact des participantes n'est pas spécifiée, de même que le nombre de refus et les raisons invoquées (11, 13). Les données socio-démographiques des participantes ne sont pas spécifiées (16).</p> <p>Méthode de collecte et d'analyse des données : <u>Méthode de collecte :</u> Les données furent collectées à partir de groupes de discussion (n=10) et d'entretiens individuels semi-structuré et unique (n=30) (12, 15, 18). Les auteurs ne mentionnent pas où les entretiens ont eu lieu, ni l'utilisation d'un guide d'entretien (14, 17). Les groupes de discussion, composés de 6 à 9 participantes durèrent entre 72 et 98 minutes (21). Huit groupes de discussion furent composés d'étudiantes: deux groupes de discussion par année d'étude en soins infirmiers. Les deux autres groupes de discussion se composèrent d'infirmières professionnelles travaillant dans des hôpitaux proposant des stages aux étudiantes infirmières. Dans chaque groupe de discussion, un modérateur anima les discussions et un co-modérateur qui prit des notes et observa la dynamique et l'interaction du groupe (15, 20).</p>	<p>Les soignantes ont décrits l'incertitude, le manque de connaissance, l'ethnocentrisme et les stéréotypes comme principaux défis et préoccupations lors de la prise en soins de patients issus de cultures différentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'incertitude est un sentiment généralement ressenti par les soignantes, étudiantes comme certifiées. Cela vient de l'anxiété et de la vulnérabilité qu'elles ressentent quand elles interagissent avec des patients de cultures différentes, de la peur d'offenser le patient par des propos inadaptés. Le fait de devoir poser des questions au patient sur ses origines culturelles et religieuses induit un malaise chez les participantes. - Le manque de connaissances: Toutes les étudiantes et infirmières disent ne pas avoir de connaissances culturelles appropriées pour soigner les patients de cultures diverses. C'est plus un manque de préparation pour utiliser efficacement les connaissances qu'elles détiennent déjà. Malgré les cours théoriques sur les aspects culturels dans les soins, les étudiantes estiment ne pas avoir intégré une compétence culturelle et elles le ressentent dans leur pratique. - Ethnocentrisme et stéréotypes : L'arrivée de nouvelles cultures en Irlande a fait prendre conscience de l'ethnocentrisme, des stéréotypes et des préjugés personnels des étudiantes et infirmières professionnelles, contribuant davantage à leur incertitude. Les 	<p>A travers cette étude, les auteurs mettent en lumière la relation complexe entre ce qui est enseigné en cours et ce qui se passe dans la pratique lors de la prise en soins de patients de cultures différentes.</p> <p>Les limites de l'étude : cette dernière a examiné les récits des participantes rétrospectivement et s'est appuyée sur des souvenirs de pratiques réelles et d'opinions. De plus, les résultats sont basés sur le comportement décrit par les participantes elles-mêmes. De ce fait, les auteurs ne peuvent pas affirmer avec certitude que leur souvenir des événements reflètent réellement les expériences que les participantes ont décrit.</p>
---	--	---	---	---

		<p>Tous les groupes de discussions ont été enregistrés et retranscrits verbatim (19). Les entretiens semi-structurés durèrent entre 32 et 75 minutes (21). Vingt furent réalisés avec des étudiantes et 10 avec des infirmières certifiées. Ils permirent d'étudier les points de vue, les attitudes et les expériences personnelles, ainsi que d'approfondir des questions apparues au cours des groupes de discussions. Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits verbatim (19). Le seuil de saturation des données n'est pas discuté (22).</p> <p><u>Analyse des données</u> : Les données ont été analysées en ligne avec la méthode ancrée, en suivant les étapes procédurales de Glaser (1992) pour établir le codage (9). Aucun logiciel d'analyse n'est indiqué dans la méthode (27). Une analyse comparative a été effectuée simultanément pendant la collecte et l'analyse des données. Le nombre de chercheurs impliqués dans le codage des données n'est pas indiqué (24). Les chercheurs ont débuté leur analyse de données par un codage in vivo précis des phrases clés utilisées par les participantes, puis les codes ont été regroupés par catégories (25, 26). Les auteurs ont utilisé des citations pour illustrer leurs résultats (29). Les résultats sont cohérents par rapport aux données (30). Les thèmes principaux et secondaires sont clairement présentés dans les résultats (31, 32). Les auteurs ne spécifient pas si les participantes ont eu accès aux</p>	<p>participantes ont démontré une compréhension étroite de l'inter-culturalisme, de la culture, de la race et de l'ethnicité. Elles ont montré également une réelle prise de conscience des valeurs et des croyances ethnocentriques et d'éventuels stéréotypes à travers leur participation à cette étude et lors de leur prise en charge de patients culturellement différents.</p>	
--	--	---	---	--

		retranscriptions des entretiens comme aux résultats et si elles ont exprimé des commentaires (23, 28).		
<p>Auteurs : Suurmond J., Rupp I., Seeleman C., Goosen S., Stronks K.</p> <p>Date : 2013</p> <p>Lieu : Pays-Bas</p>	<p>Type de l'étude : Etude qualitative</p> <p>But de l'étude : Cette étude a pour objectif de décrire les problématiques spécifiques que les soignants abordent lors des premiers contacts avec les requérants d'asile primo-arrivants. Elle décrit également les difficultés que rencontrent les soignants et comment ils les contournent.</p>	<p>Population cible et méthode de recrutement : Recrutement d'un échantillon ciblé de médecins de la santé publique (N=10) et infirmiers praticiens (N=36) (12), tous travaillant dans différents centres pour demandeurs d'asile des Pays-Bas (14). Le recrutement fût réalisé par un coordinateur au sein des centres (10, 11). Le nombre de refus et les raisons invoquées lors du recrutement ne sont pas indiqués (13). Les données socio-démographiques des participants ne sont pas indiquées (16).</p> <p>Méthode de collecte et d'analyse des données: Tous les participants de l'étude ont dû répondre à une liste de questions ouvertes sur leurs expériences lors de premiers contacts avec les requérants d'asile primo-arrivants et sur les problèmes qu'ils rencontrent. Les problématiques issues de ces questionnaires furent ensuite approfondies au cours d'entretiens de groupe (1-11 personnes) (17, 18, 26). Sept entretiens furent conduits par 2 chercheurs et durèrent 1h30 à 2h (15, 21). Le seuil de saturation des données n'a pas été discuté (22). Les entretiens furent enregistrés puis retranscrits (19). Il n'a pas été rapporté si les participants ont lu les retranscriptions et</p>	<p>Plusieurs thématiques émergèrent de cette étude, seules celles qui concernent notre question de recherche sont évoquées :</p> <p>- Investigation de l'état de santé actuel du requérant d'asile : Cela comprend l'état de santé physique, mental et les besoins en santé du patient. Les soignants expriment leur manque de connaissances pour comprendre les conditions de santé spécifiques des requérants d'asile, qui peut induire une prise en soin inadéquate de ces patients.</p> <p>- Informer sur le système de santé du pays d'accueil: Les soignants mentionnent leurs difficultés à informer correctement ces patients, un discours standard n'est pas envisageable et ils doivent informer en utilisant un langage adapté à chaque culture. De plus, les requérants d'asile ont souvent des attentes très importantes et erronées envers le système de santé du pays d'accueil. Les soignants doivent donc faire face à leur sentiment d'abandon et de discrimination.</p> <p>- Apporter une éducation à la santé : Face au manque de connaissances des requérants d'asile sur la façon dont leur corps fonctionne, les soignants doivent fournir un effort considérable pour informer les patients sur leurs traitements</p>	<p>Manque de précision sur les critères de sélection des participants. Manque de clarté sur la chronologie de la collecte de données et sur le contenu de la liste des questions ouvertes.</p>

		<p>s'ils ont exprimé des commentaires sur les résultats (23, 28).</p> <p>Les données furent analysées en utilisant l'approche « framework » qui comprend les étapes suivantes : familiarisation des données (relecture et vision d'ensemble), organisation des données par thème, indexation, classement et interprétation des données (9, 25, 26). Le nombre de personnes impliquées n'est pas précisé (24). Lors de l'analyse des données, des notes ont été prise en fonction, des réponses aux questions ouverte, des thèmes et des questionnements récurrents de la part des participants (20). Dans les résultats, les auteurs ont introduit des citations identifiées des entretiens. Ces extraits permettent de renforcer les résultats et de souligner les thèmes abordés (29, 30, 31, 32).</p>	<p>médicaux. De plus, les soignants doivent gérer les tabous qui entourent les maladies mentales dans certaines cultures.</p>	
<p><u>Auteurs :</u> Mengesha Z.B., Perz J., Dune T., Ussher J.</p> <p><u>Date :</u> 2018</p> <p><u>Lieu :</u> Australie</p>	<p><u>Type de l'étude :</u> Etude mixte qualitative et quantitative. Seule la partie qualitative répond à notre question de recherche.</p> <p><u>But de l'étude :</u> Cette étude a pour but de mieux comprendre comment les</p>	<p><u>Population cible et méthode de recrutement :</u> 79 professionnels de santé participèrent à cette étude (12). Ils furent recrutés via des annonces dans les bulletins d'information des associations infirmières ou de professionnels de la santé publique, des listes d'emails, des cliniques de planning familial et par effet boule de neige (10, 11). Ces soignants sont majoritairement des infirmières (45.6%) et des médecins généralistes (30,3%). Il s'agit de femmes à 96,2% de 47 ans en moyenne avec une expérience professionnelle de 11 ans en moyenne (16). Le taux ou les raisons de refus de participation à l'enquête ne sont pas</p>	<p>Dans les entretiens semi-dirigés, deux thèmes principaux ont été identifiés par les professionnels de santé concernant leurs difficultés à prendre en soin de manière adéquate les femmes migrantes dans la SSR :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Savoirs et confiance des professionnels: Il n'y a pas de différence significative entre les groupes de professionnels en ce qui concerne la perception de leurs savoirs et la confiance en leur pratique à prendre en soin des femmes migrantes en terme de SSR. Ils expriment leurs difficultés à discuter de SSR avec ces patientes, la nécessité d'utiliser différentes approches pour aborder ce sujet sensible. 	<p>Tous les professionnels recrutés pour l'étude sont en grande majorité des femmes qui travaillent dans des structures urbaines et non rurales.</p>

	<p>soignants se sentent préparé à prendre en soin les femmes migrantes et réfugiées en terme de santé sexuelle et reproductive (SSR) en fonction de leur niveau de connaissances et de formation et d'évaluer ainsi leurs besoins.</p>	<p>renseigné (13). Suite à l'enquête, un entretien fût proposé aux 79 participants, 32 répondirent positivement et 21 furent sélectionnés. Les critères de sélection des participants aux entretiens ne sont pas spécifiés.</p> <p>Méthode de collecte et d'analyse des données:</p> <p>Une enquête via internet a été réalisée auprès des soignants pour évaluer leurs connaissances, la confiance en leur pratique, leurs besoins de formation et leurs expériences (N=79). Cette enquête présentait 24 questions fermées et ouvertes. Des entretiens individuels, unique et semi-structurés ont ensuite été réalisés pour expliquer et développer les problématiques identifiées par l'enquête (N= 21), par téléphone (N=20) ou en face à face (N=1) (15, 17, 18). Les entretiens durèrent environ 50 min et furent enregistrés et retranscrits (19, 21). Le lieu de l'entretien n'est pas précisé (14). Le seuil de saturation des données n'est pas discuté (22). Plusieurs relectures par tous les auteurs ont permis d'identifier des thèmes principaux de façon à établir l'arbre de codage des données qualitatives (24, 25, 26). Le logiciel NVivo a été utilisé pour faciliter l'organisation des données qualitatives (27).</p> <p>Le modèle socio-économique fut utilisé pour identifier au sein de 4 niveaux (personnel, interpersonnel, institutionnel et sociétal), les facteurs qui influencent l'accessibilité et l'utilisation des soins en terme de SSR par les</p>	<p>- formations et besoins :</p> <p>Pour les professionnels, la prise en soin des femmes migrantes en terme de SSR requière des compétences spécifiques et la plupart d'entre eux n'ont pas suivi de formation. Les seules problématiques culturelles abordées au cours de leur cursus universitaire sont centrées seulement sur les aborigènes et non pas sur les migrants. Accroître leur savoir en SSR semble également être un impératif pour eux.</p> <p>De plus, les professionnels de santé se plaignent de ne pas avoir suffisamment de temps mis à leur disposition pour suivre une formation en parallèle de leur travail.</p>	
--	--	--	--	--

		<p>femmes migrantes ainsi que la prise en soin de cette population par les professionnels de santé (9).</p> <p>Les auteurs ont utilisé des citations pour illustrer leurs résultats (29). Les résultats sont cohérents par rapport aux données (30). Les thèmes principaux et secondaires sont clairement présentés dans les résultats (31, 32). Les auteurs ne spécifient pas si les participantes ont eu accès aux retranscriptions des entretiens comme aux résultats et si elles ont exprimé des commentaires (23, 28).</p>		
--	--	---	--	--