

***Approches infirmières culturellement
congruentes explorant la perception de la
personne migrante sur l'autogestion de son
diabète de type 2***

Travail de Bachelor

Carvalho Monteiro Sabrina

N° de matricule : 18544650

Guisolan Léa

N° de matricule : 16318016

Makiese Esperança

N° de matricule : 18544320

Directrice : Mme Jaggi Karine

Chargée d'enseignement à la HEdS, Master en sciences humaines et sociales

Membre du juré externe : Mme Mazzocato Tina

Infirmière spécialisée en médecine tropicale à la Consultation Ambulatoire Mobile de
Soins Communautaires (CAMSCO)

Genève, le 30 juin 2021

DÉCLARATION

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

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

Fait à Genève, le 30 juin 2021

Carvalho Monteiro Sabrina



Guisolan Léa



Makiese Esperança



REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement notre directrice de travail de Bachelor, Madame Jaggi Karine, qui nous a conseillées, soutenues et accompagnées avec bienveillance tout au long de l'élaboration de ce travail. Nous sommes également reconnaissantes envers Madame Delicado Noelia, maître d'enseignement, qui nous a inspiré lors des prémices de cette production. Nous remercions Madame Mazzocato Tina pour avoir accepté d'être membre du juré et pour l'intérêt qu'elle porte à notre travail.

Nous souhaitons remercier Madame Silva Estelle, infirmière au Programme Santé Migrants, et Monsieur Cimarelli Georges, infirmier spécialiste clinique en diabétologie, travaillant tous deux aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Ils nous ont accordé de leur temps lors d'un entretien au cours duquel ils ont su mettre en lumière des éléments clés en lien avec notre travail de Bachelor et nous ont transmis leur passion pour ce métier.

Nous remercions également nos proches, amis et familles, qui nous ont soutenues et motivées tout au long de notre formation en soins infirmiers. Nous les remercions également pour le temps qu'ils ont consacré à la relecture de ce travail.

Le masculin est employé comme forme neutre dans ce travail pour alléger le texte et faciliter sa lecture. Ce choix n'implique aucune discrimination et les termes adoptant cette forme peuvent désigner des personnes de tous les genres.

RÉSUMÉ

Thème : La présente revue de la littérature explore la perception des freins et des facilitateurs à la gestion du diabète de type 2 chez des personnes migrantes.

Problématique : Les migrations internationales constituent un phénomène en constante augmentation. De nombreuses personnes migrantes effectuent des parcours migratoires difficiles et vivent dans la précarité dans leur pays d'accueil. Il s'agit donc d'une population vulnérable plus sujette à développer un diabète de type 2 et des complications liées à cette maladie. Plusieurs barrières et facilitateurs se dressent ainsi devant elles lorsqu'il s'agit d'adopter les bonnes pratiques de soin du diabète.

Méthode : Pour sélectionner les études, l'équation de recherche suivante a été entrée dans les bases de données de CINHAL, PubMed et dans le réseau de bibliothèque Rero : "(Culturally Competent Care OR Acculturation OR transcultural nursing OR nursing care) AND immigrants and emigrants AND diabetes mellitus, type 2)". Avec l'application de filtres, 103 études ont été obtenues, dont neuf ont été retenues pour cette revue de la littérature. Huit études qualitatives phénoménologiques et une étude quantitative descriptive ont été sélectionnées pour ce travail.

Résultats : Les études sélectionnées soulèvent quatre thèmes principaux : les impacts de l'entourage, la relation avec les soignants, l'accès aux soins et la gestion du diabète de type 2. Ces différents résultats ont été comparés les uns aux autres.

Discussion/conclusion : Les résultats ont été discutés à la lumière de la *Théorie de la diversité et de l'universalité des soins selon la culture* de Madeleine Leininger et de la problématique. Des recommandations pour la pratique, pour l'enseignement, pour la recherche et pour la promotion de la santé et la prévention découlent de cette analyse.

Mots-clés :

émigrants et immigrants - diabète de type 2 - auto-soins - soins infirmiers - culture

emigrants and immigrants - diabetes mellitus, type 2 - self care - nursing care - culture

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALCP	Accord sur la Libre Circulation des Personnes
DSM	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux
HEdS	Haute Ecole de Santé
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IMAD	Institut de Maintien à Domicile
IMC	Indice de Masse Corporelle
LDL	Low Density Lipoproteine
MNT	Maladies Non Transmissibles
MeSH	Medical Subject Headings
OBSAN	Observatoire Suisse de la santé
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OSAR	Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés
RMS	Revue Médicale Suisse
SEM	Secrétariat d'État aux Migrations
SSED	Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie
SSPT	Syndrome de Stress Post-Traumatique
UE/AELE	Union Européenne / Association Européenne de Libre-Echange

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Mots-clés choisis pour formuler les équations de recherche	30
Tableau 2. Équations de recherche et nombre d'études obtenues.....	32
Tableau 3. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique	43

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	33
--	----

Table des matières

Déclaration	III
Remerciements	III
Résumé	IV
Liste des abréviations	V
Liste des tableaux	V
Liste des figures	V
Table des matières	6
Introduction	10
1. Problématique	11
1.1. Les migrations internationales, un phénomène en constante augmentation	11
1.2. Les différents statuts des personnes migrantes	11
1.3. L'influence du parcours migratoire sur le stress	12
1.4. Les effets du stress psychologique sur la glycémie	14
1.5. Les causes et facteurs de risque du diabète	14
1.6. L'autogestion du diabète de type 2	15
1.7. Les défis de santé publique liés au diabète de type 2	16
1.8. Le diabète de type 2 chez les populations migrantes	17
1.9. L'accès à une assurance pour les personnes migrantes en Suisse	17
1.10. Le remboursement des soins pour les personnes sans assurance maladie en Suisse	18
1.11. Question de recherche initiale	18
2. Etat des connaissances	19
2.1. Le risque de développer un diabète de type 2 chez les personnes migrantes	19
2.2. Les besoins des personnes migrantes pour soigner leur diabète de type 2	20
2.3. Les obstacles liés à l'autogestion du diabète chez les personnes migrantes	21
2.4. Les difficultés liées à la prise en soins des personnes migrantes du côté des soignants	21
3. Ancrage Théorique	23
3.1. La théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture de Madeleine Leininger	23
3.2. Les buts de l'élaboration de la théorie	23
3.3. Les concepts centraux dans la théorie de Leininger	23
3.4. Le <i>Sunrise Model</i> de Leininger	25
3.5. La vision des métaconcepts de Leininger	26

3.6.	Les postulats principaux de la théorie de Leininger	27
3.7.	Résumé de la problématique.....	27
3.8.	Question de recherche finale.....	28
4.	Méthode	29
4.1.	Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	29
4.2.	Diagramme de flux	32
4.3.	Liste des études retenues	33
5.	Résultats	34
5.1.	Résumé des études retenues.....	34
5.1.1.	Article n°1 - Long et al. (2012).....	34
5.1.2.	Article n° 2 - Hyman et al. (2017)	35
5.1.3.	Article n°3 - Alzubaidi et al. (2016)	36
5.1.4.	Article n°4 – Nam et al. (2013)	36
5.1.5.	Article n°5 - Hu et al. (2013).....	37
5.1.6.	Article n°6 – Cha et al. (2012)	38
5.1.7.	Article n°7 - Chun et al. (2012)	39
5.1.8.	Article n°8 - Leung et al. (2014).....	40
5.1.9.	Article n°9 - Smith-Miller et al. (2017).....	40
5.2.	Tableau comparatif des résultats.....	41
5.3.	Comparaison des résultats.....	43
5.3.1	Gestion du diabète.....	43
a.	Les traitements	43
b.	L'activité physique	44
c.	L'alimentation.....	45
d.	La surveillance de la glycémie	47
e.	Les soins des yeux et des pieds	47
f.	Symptômes physiques	47
g.	L'accès à des informations de qualité	48
h.	L'hésitation à adopter un rôle proactif dans la gestion du diabète	51
i.	La vision de la santé	51
j.	L'envie d'apprendre.....	52
5.3.2.	La relation avec la famille, les proches et la communauté.....	53
a.	La famille et les proches	53
b.	La peur d'altérer le bien-être des autres	56
c.	La stigmatisation	57
d.	Le rôle de la communauté	59

e.	Les rôles traditionnels familiaux	60
5.3.3.	Accès aux soins	62
a.	L'accès à une assurance	63
b.	Les difficultés financières	64
c.	Les barrières de la langue	66
d.	Le travail	67
e.	Les moyens de transport	69
f.	Les difficultés liées à l'âge	69
5.3.4.	Facteurs liés aux soignants	70
a.	La relation avec les soignants	70
b.	Le suivi et la qualité des soins	73
6.	Discussion	75
6.1.	La gestion du diabète	75
6.2.	La relation avec la famille, les proches et la communauté	83
6.3.	L'accès aux soins	90
6.4.	Les facteurs liés aux soignants	93
6.5.	La théorie des transitions d' Afaf Ibrahim Meleis	95
6.6.	Comparaison avec le point de vue d'experts sur le terrain	96
6.6.1.	Interview d'une infirmière au Programme Santé Migrant : Mme Estelle Silva ..	96
6.6.2.	Interview d'un infirmier spécialiste clinique en diabétologie : Mr Georges Cimarelli	98
6.7.	Apports et limites du travail	101
6.7.1.	Limites du travail	101
6.7.2.	Apports du travail	102
7.	Recommandations	104
7.1.	Recommandations pour la clinique	104
7.2.	Recommandations pour la recherche	109
7.3.	Recommandations pour l'enseignement	110
7.4.	Recommandations pour la promotion de la santé et la prévention	111
8.	Conclusion	113
8.1.	Synthèse des points clés et ouverture	113
8.2.	Apports personnels de ce travail	114
9.	Références bibliographiques	115
10.	Annexes	124
10.1.	Leininger's Semi-Structured Inquiry Guide Enabler to Assess Culture Care and Health	124

Domains of Inquiry: Suggested Inquiry Modes.....	124
1) Worldview.....	124
2) Ethnohistory.....	124
3) Kinship and Social Factors	125
4) Cultural Values, Beliefs, and Lifeways	125
5) Religious/Spiritual/Philosophical Factors	125
6) Technological Factors.....	125
7) Economic Factors.....	126
8) Political and Legal Factors.....	126
9) Educational Factors	126
10) Language and Communication Factors	126
11) Professional and Generic (folk or lay) Care Beliefs and Practices.....	127
12) General and Specific Nursing Care Factors.....	127
10.2. Grille COREQ Article n°1 – Long et al.	128
10.3. Tableau de résumé Article n°1 - Long et al.....	135
10.4. Grille STROBE Article n°2 – Hyman et al.	136
10.5. Tableau de résumé Article n°2 – Hyman et al.	140
10.6. Grille COREQ Article n°3 – Alzubaidi et al.....	141
10.7. Tableau de résumé Article n°3 – Alzubaidi et al.	146
10.8. Grille COREQ Article n°4 – Nam et al.	147
10.9. Tableau de résumé Article n°4 – Nam et al.	152
10.10. Grille COREQ Article n°5 – Hu et al.	153
10.11. Tableau de résumé Article n°5 – Hu et al.	159
10.12. Grille COREQ Article n°6 – Cha et al.	160
10.13. Tableau de résumé Article n°6 – Cha et al.	166
10.14. Grille COREQ Article n°7 – Chun et al.	167
10.15. Tableau de résumé Article n°7 – Chun et al.	174
10.16. Grille COREQ Article n°8 – Leung et al.	175
10.17. Tableau de résumé Article n°8 – Leung et al.....	182
10.18. Grille COREQ Article n°9 – Smith-Miller et al.	183
10.19. Tableau de résumé Article n°9 – Smith-Miller et al.	191

INTRODUCTION

La présente revue de la littérature explore la perception des freins et des facilitateurs à la gestion du diabète de type 2 chez des personnes migrantes. Effectivement, les migrations internationales constituent un phénomène en constante augmentation. De nombreuses personnes migrantes effectuent des parcours migratoires difficiles et vivent dans la précarité dans leur pays d'accueil. Il s'agit donc d'une population vulnérable plus sujette à développer un diabète de type 2 et des complications liées à cette maladie. Plusieurs barrières et facilitateurs se dressent ainsi devant elles lorsqu'il s'agit d'adopter les bonnes pratiques de soin du diabète.

La première partie du travail met en évidence les défis de santé publique qu'implique le diabète de type 2 chez la population migrante et définit le concept d'autogestion du diabète de type 2. L'état actuel des connaissances sur le sujet dans la recherche est exposé dans la deuxième partie. Ensuite, la troisième partie présente la *Théorie de la diversité et de l'universalité des soins selon la culture* de Madeleine Leininger, ainsi que la question de recherche de ce travail.

La quatrième partie décrit le processus méthodologique de la recherche par lequel les neuf études retenues ont été sélectionnées. Leurs résultats sont ensuite décrits et comparés dans la cinquième partie du travail. La sixième partie est constituée de l'analyse des résultats des études au regard de la théorie de Leininger et de l'état des connaissances. Des recommandations pour la pratique, pour la recherche, pour l'enseignement, ainsi que pour la promotion de la santé et la prévention découlent de cette analyse.

Pour terminer, la conclusion résume et souligne les points clés de ce travail en proposant une ouverture plus générale sur la thématique traitée.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. Les migrations internationales, un phénomène en constante augmentation

Actuellement, de nombreux déplacements de populations à travers le monde sont constatés, faisant de la migration un enjeu sociétal majeur. Ces flux migratoires sont souvent forcés par la guerre, la pauvreté, les catastrophes, le changement climatique ou encore les violences (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2017b).

Selon les statistiques de l'Organisation des Nations Unies [ONU] (2019), le taux d'immigration est en hausse constante au niveau mondial. 272 millions est le chiffre qui a été retenu pour l'année 2019. Parmi les continents les plus concernés, l'Europe est celui qui en a accueilli le plus : 82 millions. Viennent ensuite par ordre décroissant l'Amérique du Nord avec 59 millions puis l'Afrique du Nord et l'Asie occidentale avec 49 millions d'immigrés à eux deux. En 2018, 170'085 personnes de nationalités étrangères ont migré sur le territoire suisse (Office Fédéral de la Statistique [OFS], 2019c). Au niveau cantonal, les immigrés représentaient 20'870 personnes en 2018 à Genève (OFS, 2019c), ce qui équivaut à 42,1% de la population genevoise (OFS, 2019a). Il faut savoir que ces statistiques n'incluent pas les personnes dont le statut migratoire n'a pas pu être déterminé, telles que les personnes sans-papiers, qui représentaient, en Suisse, 140 milles personnes, en 2018 (OFS, 2018).

1.2. Les différents statuts des personnes migrantes

Il existe différents statuts pour les personnes migrantes en Suisse : les ressortissants de l'Union européenne et de l'Association européenne de libre-échange (UE/AELE) (Secrétariat d'Etat aux migrations [SEM], 2020a), les requérants d'asile, les réfugiés et les personnes migrantes vivant dans la clandestinité (Bureau de l'Intégration des étrangers de l'Etat de Genève, 2019). Les ressortissants de l'UE/AELE sont des citoyens européens qui ont le droit de s'installer et travailler en Suisse grâce à l'accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) signé par la Suisse et l'Union européenne (SEM, 2020a). Les requérants d'asile sont des personnes qui ont fui leur pays d'origine, parce qu'elles ne s'y sentaient plus en sécurité pour des raisons diverses, comme politiques ou ethniques, ayant demandé la protection internationale, et qui sont dans l'attente d'une décision du pays d'accueil sur leur demande d'asile (Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, 2006 cité par l'OMS, 2017a). En Suisse, les procédures d'asile sont traitées dans six régions, dont chacune possède un centre fédéral pour requérants d'asile qui héberge les réfugiés. Certains assument des tâches procédurales et d'autres sont des centres d'attente et de départ (SEM, 2019).

Si leur demande est acceptée, ces personnes deviennent des réfugiés et obtiennent la protection internationale sur le pays d'accueil (Assemblée générale des Nations Unies, 1951 citée par l'OMS, 2017a).

Différents permis peuvent leur être accordés. Le permis B est attribué aux personnes ayant obtenu l'asile. Ainsi, elles deviennent des réfugiés reconnus (Bureau de l'Intégration des étrangers de l'État de Genève, 2019). Le permis F est attribué provisoirement aux personnes pour qui la décision de devoir quitter la Suisse a été prononcée, mais dont l'application du renvoi est impossible à cause d'instabilités dans leur pays d'origine. Mais pour ces personnes qui n'ont pas pu obtenir l'asile, elles devront cependant y retourner quand la situation s'y sera stabilisée (SEM, 2020b). Ces deux permis autorisent les réfugiés à déposer une demande de naturalisation au bout de douze ans de résidence en Suisse à condition qu'ils remplissent les critères d'intégration (SEM, 2018). Le permis N est octroyé aux personnes ayant demandé l'asile en attendant une réponse de la confédération (Bureau de l'Intégration des étrangers de l'Etat de Genève, 2019). Durant cette période, elles disposent d'un droit de résidence en Suisse et sont autorisées, dans certains cas, à exercer une activité lucrative (SEM, 2020c). Dans le cas où l'asile leur est refusé, ces personnes disposent d'un court délai en Suisse avant de devoir retourner dans leur pays. Au-delà de ce délai, ces personnes vivent dans la clandestinité (Vivre Ensemble, 2020).

1.3. L'influence du parcours migratoire sur le stress

En fonction de leur statut migratoire, les personnes migrantes vont être plus ou moins vulnérables. Les personnes en situation de clandestinité vivent dans la crainte et l'incertitude au quotidien, car elles redoutent que les autorités du pays d'accueil découvrent qu'elles n'ont pas de statut légal et qu'elles les renvoient dans leur pays. Ce stress et l'isolement social nuisent à leur état de santé mentale et les rendent particulièrement vulnérables. Cette absence de statut légal diminue fortement leur accès aux soins et prestations sociales par rapport aux réfugiés. Les requérants d'asile subissent aussi un stress psychologique constant dans l'attente de la réponse du pays d'accueil, qui pourrait être négative. Ils peuvent néanmoins avoir un toit pour dormir en Suisse, ce dont ne bénéficient pas les personnes sans-papiers. Si leur demande d'asile est acceptée, ils pourront avoir accès à un logement et obtenir un soutien social qui les aidera dans leur intégration (Durieux-Paillard et al., 2018).

Les réfugiés, les personnes en situation de clandestinité et les requérants d'asile souffrent toutefois, indépendamment de leur statut, de précarité socio-économique. Cependant, leurs différents statuts ne leur donnent pas un accès égal aux prestations, bien qu'il existe des établissements de santé pour les personnes migrantes en Suisse prodiguant des soins indépendamment du statut de la personne migrante (Durieux-Paillard et al., 2018).

Les facteurs prémigratoires vont influencer le niveau de vulnérabilité de la personne. Il est nécessaire de prendre en compte le niveau d'éducation et socio-économique de la personne au sein de son pays d'origine, ainsi que la profession qu'elle exerçait. Le motif de la migration peut avoir un impact non négligeable sur le niveau de santé de la personne. Elle sera plus vulnérable si elle a fui la guerre et a subi des violences que si elle migre pour chercher un nouvel emploi (Durieux-Paillard et al., 2018).

Le voyage effectué pour atteindre le pays d'accueil peut être très différent selon le trajet et le vécu de la personne lors du déplacement. Elle ne sera pas impactée de la même manière si elle voyage seule, en famille, ou avec d'autres personnes. Elle peut subir des violences lors de la migration et du chantage de la part d'individus exigeant des rançons pour la laisser continuer son trajet. La durée et la distance du voyage doivent également être prises en compte dans l'évaluation de la vulnérabilité de la personne, car si la personne souffre d'une maladie chronique, elle manquera peut-être de traitements lors de cette période (Durieux-Paillard et al., 2018). Ces événements traumatiques vécus par une personne migrante peuvent entraîner un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) accompagné d'hypervigilance et d'anxiété chronique (Université de Genève, 2017).

Les événements traumatiques vécus avant et lors du voyage ne sont pas les seuls éléments stressants du parcours migratoire. Les conditions d'accueil du pays de destination peuvent également avoir un impact sur la santé des personnes. Les procédures peuvent être longues, la présence d'une communauté sur place peut avoir alors un effet bénéfique. Leurs droits peuvent différer selon le pays. Il en va de même pour l'accès à un travail et un logement (Durieux-Paillard et al., 2018). Le fait d'être constamment dans l'incertitude et de se retrouver dans une situation de précarité et d'insécurité peut dépasser la capacité de résilience de ces personnes. La peur continue du renvoi est une source de stress difficilement supportable qui entraîne un état de vulnérabilité psychique (Université de Genève, 2017).

1.4. Les effets du stress psychologique sur la glycémie

Ces différents facteurs de stress vécus par les personnes migrantes lors de leur parcours augmentent le risque de développer un diabète de type 2. En effet, le stress psychologique est un facteur de risque non négligeable du diabète de type 2. Lors d'un stress psychologique, par exemple de l'anxiété, une thymie dépressive ou une détresse psychologique, la réponse hormonale du corps humain est la même que lors d'un stress physiologique : les glandes surrénales vont libérer du cortisol et de l'adrénaline dans la circulation sanguine. Le cortisol va mobiliser les stocks de glycogène produits par le foie, ce qui aura comme conséquence une libération de glucose et de lipides dans le sang. La glycémie va de surcroît augmenter et le pancréas va rétablir une homéostasie en sécrétant de l'insuline. Si ce stress psychologique est constamment présent, l'hyperglycémie et l'hyperlipidémie chroniques vont engendrer une résistance à l'insuline et l'apparition d'un diabète de type 2 (Hackett & Steptoe, 2017). Certaines personnes migrantes ont fui la guerre ou participé à celle-ci dans leur pays d'origine et développent par la suite des SSPT. Une étude montre que chez ces personnes, la prévalence du diabète de type 2 est significativement plus élevée. Il ne faut donc pas négliger la prise en soin psychologique du stress chez ces personnes pour prévenir la survenue d'un diabète de type 2 (Agyemang et al., 2011).

1.5. Les causes et facteurs de risque du diabète

Au-delà des personnes migrantes, le diabète touche de plus en plus d'individus à travers le monde, faisant de cette pathologie une problématique de santé publique majeure. Il existe deux formes de diabète : le diabète de type 1, qui survient surtout avant l'âge adulte et qui est auto-immun, et le diabète de type 2, qui est relié au mode de vie et à l'obésité (Observatoire Suisse de la santé [OBSAN], 2019). Selon International Diabetes Federation, les facteurs de risque pour le diabète de type 1 ne sont pas tous élucidés à ce jour. Néanmoins, il semblerait qu'un membre de la famille touché, des facteurs environnementaux ou une exposition à certaines infections virales augmentent le risque de développer un diabète de type 1 (International Diabetes Federation, 2020).

Selon Diabète Suisse, le diabète de type 2, quant à lui, est causé le plus souvent par l'alliance du surpoids et de la suralimentation, en sus du stress psychologique évoqué précédemment. Certains facteurs héréditaires pourraient également jouer un rôle dans son apparition (Diabète Suisse, 2020a). Ces facteurs de risque peuvent être associés aux syndromes métaboliques qui touchent le plus souvent les pays industrialisés, comme par exemple « l'hypertension, l'obésité, le trouble du métabolisme des lipides et la tolérance abaissée au glucose » (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2020c), mais aussi le tabac (Diabète Vaud, 2020), des

antécédents de diabète gestationnel, d'accouchement d'un bébé de plus de 4kg (macrosome), d'une atteinte cardiovasculaire ou d'un âge supérieur à 45 ans (Procopiou, 2005) ou des prédispositions génétiques au diabète de type 2 (Sirdah & Reading, 2020).

1.6. L'autogestion du diabète de type 2

Bien que le diabète de type 2 soit une maladie chronique qui ne connaît pas de traitement curatif, excepté par le biais d'une greffe d'îlots pancréatiques ou de pancréas, il s'agit d'une maladie qui se soigne et qui se contrôle (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2020). L'autogestion du diabète consiste à adopter des stratégies et compétences adéquates (Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie [SSED], 2014) dans le but de stabiliser et maintenir une hémoglobine glyquée en dessous de 7% (Haute Autorité de Santé, 2013a) (contre < 5,6% pour les personnes non diabétiques (Diabète Suisse, 2021)). La Haute Autorité de Santé explique que les objectifs glycémiques sont individuels et que la gestion du diabète de type 2 se centre plutôt sur l'adoption de bonnes pratiques que sur l'observation de chiffres (2013b). Pour avoir un ordre d'idée, la société Roche Diabetes Care, le fabricant des lecteurs de glycémie Accu-Chek®, explique que la glycémie d'une personne diabétique de type 2 devrait se situer entre 3,9 et 6 mmol/L à jeun et devrait être inférieure à 10 mmol/L en post-prandial (Haute Autorité de Santé, 2007, cité dans Roche Diabetes Care, 2021) (contre 4 - 5,5 mmol/L à jeun et <7,7 mmol/L en post-prandial pour une personne non diabétique (HUG, s.d.)). Mais elle ajoute par ailleurs que « l'objectif reste cependant toujours de limiter les hypoglycémies et hyperglycémies en restant au plus près des valeurs considérées comme normales » (Roche Diabetes Care, 2021).

Les déterminants de la santé, définis par la SSED comme "le milieu social, culturel, économique et physique" des personnes, jouent un grand rôle dans la gestion de la maladie, car ils portent une influence importante sur le mode de vie des individus et affectent indirectement l'adoption des pratiques favorables à la santé mentionnées précédemment (2014, p. 1). Ces bonnes pratiques sont classifiées selon quatre axes différents : le changement du mode de vie (l'équilibre alimentaire, l'arrêt du tabagisme, le maintien d'un Indice de Masse Corporelle [IMC] dans la norme (entre 18,5 et 25 Kg/m² selon les HUG (2021a)) et la pratique d'une activité physique régulière), la gestion de la maladie (la prise régulière des traitements, la surveillance de la glycémie et de la tension), la prévention des complications (surveillances et soins des pieds, contrôles réguliers chez des professionnels pour dépister une complication rénale, podologique ou oculaire) et la gestion des facteurs sociaux et économiques qui ont des conséquences sur le diabète (assurances sociales, milieu professionnel) (SSED, 2014).

La personne diabétique de type 2 joue donc un rôle central dans la gestion de sa maladie, car en plus du fait qu'elle doit prendre des décisions à propos des soins prodigués, elle doit acquérir des connaissances pour adopter ces pratiques de soins bénéfiques pour sa santé (SSED, 2014). Mais malgré le fait que cette pathologie se soigne, elle constitue tout de même un véritable challenge pour la santé publique (OFSP, 2016a).

1.7. Les défis de santé publique liés au diabète de type 2

Le diabète de type 2 est un réel problème de santé publique. Depuis le 20^e siècle et malgré les avancées médicales et sociales augmentant l'espérance de vie moyenne de la population suisse, les maladies non transmissibles (MNT) provoquent des décès prématurés, une diminution de la qualité de vie et des douleurs chroniques. En 2011, le coût économique des MNT s'élevait à 51,7 milliards de francs. Ceci équivaut à 80% des coûts totaux de la santé (montant total = 64,6 milliards de francs) (OFSP, 2016a).

Selon la fédération internationale du diabète, le coût direct mondial qu'engendre le diabète s'élève à 760 milliards de dollars américains. Elle estime également que ces dépenses pourraient atteindre 850 milliards de dollars américains en 2030 et 845 milliards en 2045. Les complications liées au diabète concerneraient 50% de ces montants (Fédération Internationale du Diabète, 2019).

Les coûts indirects sont engendrés par les décès prématurés, les handicaps, les complications et l'absentéisme au travail causés par le diabète. Ceux-ci ont également un impact négatif sur l'économie mondiale, car les dépenses dans le domaine de la santé sont majorées de 35% dues à ces situations survenant dans le cadre du diabète de type 2 (Fédération Internationale du Diabète, 2019).

En 2013, pour les personnes de moins de 70 ans, les décès prématurés liés aux maladies non transmissibles s'élevaient à 49,9% des décès totaux pour les hommes (dont 1,2% occasionnés par le diabète) et à 59,6% pour les femmes (dont 3,2% engendrés par le diabète) (OFSP, 2016b).

Selon l'OFS (2019d), une augmentation des personnes atteintes par cette maladie chronique entre 2007 et 2017 est visible. En Suisse, 500'000 personnes sont touchées par cette pathologie en 2020, dont 40'000 par le diabète de type 1 (Diabète Suisse, 2020b).

1.8. Le diabète de type 2 chez les populations migrantes

Selon l'Obsan, la population sur le territoire suisse issue de la migration et concernée par le diabète représente 4,4% de la population contre 4.3% pour les personnes Suisses non issues de la migration (2019). Néanmoins, malgré cette faible différence, les personnes migrantes en Suisse sont plus enclines à développer des complications graves de cette maladie (Obsan, 2011) et leur taux d'hospitalisation à cause de cette pathologie est plus élevé que pour les personnes natives suisses (Obsan, 2012).

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces faits lors de leur voyage. En effet, selon le parcours migratoire, l'un des principaux problèmes est l'interruption des soins occasionnée par plusieurs facteurs : la difficulté d'accès aux systèmes de santé, le manque d'informations sur les lieux de soins et sur leurs droits en matière de santé, la destruction des infrastructures sanitaires et le manque de fournitures médicales (OMS, 2017c). Ces déplacements entraînent souvent l'arrêt de la prise régulière de traitements, à cause de l'inaccessibilité à un dispositif médical ou aux médicaments, ou encore à cause de la perte des ordonnances (OMS, 2019).

1.9. L'accès à une assurance pour les personnes migrantes en Suisse

Chaque personne résidant sur le territoire helvétique a l'obligation de contracter une assurance de base obligatoire en Suisse (Organisation Suisse d'aide aux réfugiés [OSAR], s.d). L'accès à une assurance maladie dépend du statut de la personne migrante. Les remboursements de ses soins peuvent avoir certaines conditions comme prendre en charge uniquement les prestations en nature, c'est-à-dire le matériel concret ou soins primaires. Le panel de remboursement peut être variable selon les cantons (Croix-Rouge Suisse, s.d.).

Les requérants d'asile bénéficiant du permis N peuvent obtenir une aide financière et une aide sociale avec une assurance maladie de base incluant la médecine de premier recours et les prestations en nature. Les personnes réfugiées admises à titre provisoire bénéficiant du permis F ont droit à un soutien financier et à une aide sociale qui comprend également l'assurance maladie de base et l'assurance accident. Les personnes étrangères admises à titre provisoire et bénéficiant également du permis F ont aussi le droit à une aide financière et sociale incluant également l'assurance maladie de base, mais seulement dans le cadre des prestations en nature et de médecine de premier recours. Les requérants d'asile déboutés ont toujours l'obligation de contracter une assurance maladie de base et peuvent parfois encore bénéficier d'aides sociales pour couvrir les frais. L'aide d'urgence peut être demandée pour ce type de population (Croix-Rouge Suisse, s.d.).

1.10. Le remboursement des soins pour les personnes sans assurance maladie en Suisse

En Suisse, les personnes n'ayant pas d'assurance maladie sont seulement couvertes en cas d'urgence. Autrement, elles doivent elles-mêmes payer entièrement les frais qui découlent des prestations médicales nécessaires à leur prise en soin. Les pratiques variant d'un canton à un autre, et malgré l'instauration de l'assurance obligatoire pour toute personne vivant en Suisse, il arrive que dans certaines situations bien particulières, des personnes sans-papiers se retrouvent ainsi sans assurance maladie (OFSP, 2020a). Pour pallier cela une aide d'urgence appelée "Nothilfe" a été instaurée, en adéquation avec l'article 12 de la Constitution Fédérale qui stipule que "quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine" (OFSP, 2020b). Cette aide d'urgence permet à toute personne se voyant refuser ou rejeter sa demande d'asile de bénéficier d'une aide totalement couverte par la Confédération. Elle inclut les soins de santé, tels que ceux pour les maladies chroniques, jusqu'au retour dans le pays de provenance. Pour obtenir cette aide, ils doivent d'abord passer par les services sociaux ou par l'autorité chargée de l'immigration qui décident si l'accès à la demande de soin est autorisé ou non. Cependant, les personnes migrantes ne bénéficiant que rarement de compétences dans l'expertise médicale, l'importance d'une prise en soin et/ou de la gravité de la non-prise en charge peuvent être sous-estimées (OFSP, 2020a).

1.11. Question de recherche initiale

Les facteurs prémigratoires, les conditions de voyage difficiles et le fait de vivre dans la précarité dans leur pays d'accueil rendent les personnes migrantes vulnérables (Durieux-Paillard et al., 2018). Elles sont donc soumises à beaucoup de stress (Durieux-Paillard et al., 2018) et sont plus sujettes à développer des complications engendrées par leur diabète de type 2 (Obsan, 2011). Pour limiter la survenue de complications, il est nécessaire que la personne acquiert des compétences pour contrôler son diabète de type 2. Les objectifs de soins du diabète doivent donc être adaptés à la personne (SSED, 2014).

Cette problématique aboutit donc à la question de recherche suivante :

Chez les personnes migrantes atteintes de diabète de type 2, est-ce que des interventions infirmières culturellement congruentes comparées à des soins standards peuvent améliorer l'autogestion de leur diabète ?

2. ETAT DES CONNAISSANCES

2.1. Le risque de développer un diabète de type 2 chez les personnes migrantes

Même après leur voyage, les personnes migrantes continuent de présenter un risque accru de diabète. C'est ce que décrivent deux études américaine (Berkovitz et al., 2016) et danoise (Norredam et al., 2014). L'étude américaine décrit le risque des personnes migrantes aux Etats-Unis de développer un diabète de type 2 par rapport à des natifs américains sur une période de dix ans, et établit un lien avec plusieurs facteurs, comme l'âge et le sexe des participants, leur provenance, leur assurance, leur revenu, et leur niveau d'éducation. Il s'agit d'une étude de cohorte comprenant 3174 participants adultes. Parmi ces participants, les personnes migrantes représentent 1914 personnes et proviennent majoritairement de Somalie, d'Irak et du Bhoutan. Pour réaliser leur étude, les chercheurs ont effectué une première visite médicale initiale au début de l'étude et ont suivi les participants pendant dix ans, afin de comparer le nombre de personnes qui ont été diagnostiquées diabétiques au bout de dix ans au sein des différents groupes. Pour faire le lien avec le niveau d'éducation, ils ont comptabilisé le nombre de personnes qui ont poursuivi des études universitaires, gymnasiales ou scolaires de base dans chaque groupe avant la migration. Les résultats montrent que l'incidence et la prévalence du diabète de type 2 chez les immigrants et réfugiés sont significativement plus élevées que chez les natifs américains. Ils ont pu observer que 55,6% des immigrés non réfugiés et 41,5% de réfugiés n'ont pas poursuivi leurs études au-delà de la scolarité obligatoire, contre 11% chez les natifs américains. Ils expliquent ainsi qu'un faible niveau de scolarité peut parfois être lié à un statut socio-économique plus bas, diminuant ainsi les opportunités de trouver un emploi. Ce dernier fait est ainsi associé avec un risque accru de développer un diabète de type 2 (Berkowitz et al., 2016).

Du côté de l'Europe, l'étude de cohorte danoise confirme les données de l'étude américaine au niveau de l'incidence du diabète de type 2 chez les personnes migrantes. Les 43'992 réfugiés et 70'339 immigrants qui ont rejoint leur famille au Danemark dans l'étude proviennent en majorité de pays d'Asie et d'Afrique. Cette étude a duré 18 ans et les chercheurs ont comptabilisé le nombre de personnes souffrant de diabète et de diverses pathologies au début de l'étude, ainsi que 5, 10 et 18 ans après le début de l'étude. Ils ont ainsi pris en compte l'incidence du diabète au sein des populations observées et l'ont comparée à celle des natifs danois. Leurs résultats montrent que l'incidence du diabète est deux fois plus élevée en moyenne chez les personnes migrantes après les 18 années de l'étude que chez les natifs danois (Norredam et al., 2014).

Les résultats de ces deux études mettent en évidence que les populations migrantes sont particulièrement à risque de développer un diabète, même plusieurs années après avoir quitté leur pays d'origine (Berkowitz et al., 2016 ; Norredam et al., 2014).

2.2. Les besoins des personnes migrantes pour soigner leur diabète de type 2

Les personnes migrantes diabétiques de type 2 ont également plus de besoins en termes de soins. Une étude suédoise descriptive transversale s'est justement intéressée aux besoins et au contrôle métabolique du diabète de type 2 chez les personnes migrantes et les personnes natives suédoises. Les chercheurs de cette étude ont consulté des données biologiques (la tension, l'IMC), le taux de Low Density Lipoprotéine (LDL), le tabagisme, l'albuminurie et l'hémoglobine glyquée) dans le dossier médical de 184 patients diabétiques de type 2 issus d'un environnement socio-économique défavorable. Ils leur ont ensuite fait remplir un questionnaire leur demandant s'ils considèrent qu'ils ont besoin de plus de soins de soutien et le cas échéant, de cocher dans le questionnaire les soins dont ils auraient le plus besoin selon une liste de neuf items (Staff et al., 2017).

Les chercheurs ont ainsi constaté que moins de participants migrants ont une hémoglobine glyquée dans la norme (80,1% chez les Nordiques, contre 60,6% chez les personnes migrantes) ($p=0.016$). L'étude met également en avant que les personnes migrantes demandent en général plus de soins supplémentaires que les personnes nordiques de manière significative ($p<0.001$). Les demandes en termes de soin varient entre les deux groupes. Chez les patients nordiques, la demande la plus courante est de pouvoir bénéficier de plus de soutien concernant les habitudes alimentaires (8.6%), alors que chez les personnes non nordiques, la demande la plus réitérée est d'avoir un contact plus fréquent avec l'infirmier (51.5%) (Staff et al., 2017).

Voici les autres demandes de soins supplémentaires les plus fréquentes des personnes migrantes que souligne cette étude : 36.4% d'entre elles souhaiteraient plus de soutien au niveau des habitudes alimentaires, 33.3% d'entre elles souhaiteraient augmenter leurs connaissances sur le fonctionnement du corps humain et sur les conséquences du diabète et, enfin, 30.3% d'entre elles souhaiteraient avoir un contact plus fréquent avec un médecin. Les enquêteurs en arrivent donc à la conclusion que les soins préventifs sont non seulement justifiés cliniquement, mais aussi demandés par les patients eux-mêmes (Staff et al., 2017).

2.3. Les obstacles liés à l'autogestion du diabète chez les personnes migrantes

Les personnes migrantes ont donc des besoins accrus en termes de soins pour parvenir à gérer avec efficacité leur diabète de type 2 (Staff et al., 2017). Mais plusieurs barrières se dressent devant eux pour qu'ils puissent autogérer leur maladie. C'est ce que cherche à souligner une étude qualitative américaine. Le but de cette étude est d'explorer et de décrire l'expérience vécue par des personnes migrantes haïtiennes diabétiques de type 2 vivant aux États-Unis depuis un an au minimum et d'identifier les défis qu'elles rencontrent dans la gestion de leur maladie. 16 individus correspondant à ces critères ont ainsi participé à cette étude. Ils ont été interrogés à l'aide d'entretiens individuels enregistrés. Quatre thèmes principaux sont ressortis dans les résultats : l'autonomie, la spiritualité, la nostalgie du foyer et le désir d'établir de meilleures relations entre le patient et les soignants. La majorité des participants a montré leur indépendance dans l'autogestion du diabète, et présente de fortes valeurs culturelles et familiales. Il existe tout de même une différence entre les participants aux niveaux de la surveillance de leur glycémie, du choix des aliments, de leur mode de vie et de la prise de leurs traitements. Les participants ont fait part de leurs croyances religieuses ou spirituelles, qui sont pour eux une source de force et d'aide dans la gestion du diabète. Ils font également face aux défis culturels rencontrés aux États-Unis. Ils indiquent que les différences entre les deux pays sont un obstacle à une autogestion efficace. En effet, un mode de vie sédentaire, une mauvaise alimentation et un manque de ressources sont des obstacles liés au processus d'acculturation (Magny-Normilus et al., 2020).

Dans cette étude, les participants évoquent ainsi souvent qu'une relation avec les soignants de mauvaise qualité est un obstacle à l'autogestion du diabète. Les participants souhaiteraient être écoutés, être respectés, ils voudraient que leurs différences culturelles soient prises en compte, et ils désireraient plus de compassion de la part des soignants et une meilleure communication avec ceux-ci (Magny-Normilus et al., 2020).

2.4. Les difficultés liées à la prise en soins des personnes migrantes du côté des soignants

Aux difficultés des personnes migrantes dans la gestion de leur pathologie s'ajoutent les difficultés de prise en soin du côté des soignants. En effet, cette différence culturelle peut devenir un véritable challenge pour ces derniers. C'est ce que décrit une étude qualitative norvégienne visant à exposer les défis auxquels sont confrontés les soignants dans la prise en soin des populations migrantes de l'Asie du Sud souffrant de diabète de type 2. Plusieurs entretiens semi-structurés ont eu lieu avec des chercheurs qui côtoient régulièrement les personnes migrantes (Terragni et al., 2018).

Les résultats de cette étude mettent en exergue le fait que les obstacles aux soins congruents à la culture des personnes sont reliés au manque de temps, aux différences culturelles et au risque de dévier vers des stéréotypes. Ils expliquent que s'adapter à la culture de l'autre prend du temps. La durée des entretiens est longue à cause de la barrière de la langue nécessitant la venue d'un interprète. Aller à la rencontre de l'autre afin de comprendre sa culture et ses traditions est un processus essentiel dans la logique de cette démarche, mais il est également chronophage. Aussi, le lien de confiance entre les personnes migrantes et les soignants se construit petit à petit et représente un long chemin à parcourir (Terragni et al., 2018).

L'emphase sur les différences culturelles dévie, quant à elle, les professionnels de santé vers des stéréotypes et des généralités sur ces populations minoritaires, ayant pour conséquence une attitude paternaliste des professionnels et la sous-estimation d'autres facteurs, tels que le niveau d'éducation, l'âge, la classe sociale et la difficulté d'acculturation (Terragni et al., 2018).

Ainsi, s'adapter à l'autre afin d'avoir un aperçu de ses valeurs et de sa culture prend du temps. Il s'agit pourtant d'une démarche essentielle pour prodiguer des soins qui s'adaptent aux traditions et aux valeurs culturelles de la personne (Terragni et al., 2018).

3. ANCRAGE THÉORIQUE

3.1. La théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture de Madeleine Leininger

Un parallèle peut être fait avec la théorie de Madeleine Leininger : *The Theory of Culture Care Diversity and Universality* (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015), qui entre dans le paradigme de la transformation selon Pepin, est centrée sur l'accompagnement du patient et revient à "être avec" la personne (Cara et al., 2016). Elle s'ancre également dans l'école de pensée du Caring qui promeut que "prendre soin" est l'essence même, le centre dominant et unifiant de la pratique infirmière. Cette école de pensée inclut la prise en compte des diverses dimensions du patient, dont la culture. Concernant le niveau d'abstraction, la théorie se situe du côté plus concret qu'abstrait, puisqu'il s'agit justement d'une théorie, c'est-à-dire que la relation entre des variables peut être contrôlée, mesurée et vérifiée dans des domaines précis (Leininger, 1988).

3.2. Les buts de l'élaboration de la théorie

Leininger a élaboré cette théorie de soin, car elle a remarqué que, dans les différents services de soins, les professionnels de santé montraient un manque de connaissances au sujet des différentes cultures et ne tenaient pas compte de ces différences lors des soins (McFarland, 2014). Ce manque de connaissance amenait à une diminution du bien-être des patients lors de leur prise en soin et, par conséquent, à un temps de convalescence plus long (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015). En prenant en compte ces différences culturelles et en ayant à l'esprit que la vision des soins n'est pas la même selon la personne, sa culture et ses valeurs, les infirmiers peuvent éviter les stéréotypes et avoir une approche centrée sur la personne. Leininger décrit sa théorie comme un guide pour les infirmiers qui les aide à identifier les ressemblances et différences au niveau des croyances et de la vision du bien-être du patient par rapport à celles des soignants, qui ont chacun une culture et des valeurs qui leur sont propres (McFarland, 2014).

3.3. Les concepts centraux dans la théorie de Leininger

La théorie de Leininger s'ancre sur des disciplines de l'anthropologie et des sciences infirmières. Elle définit les soins infirmiers transculturels comme un domaine important des soins infirmiers basés sur l'étude et l'analyse des diverses cultures dans le monde (Leininger, 1991 ; Leininger & McFarland, 2002, 2006; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015 citées par Allgood, 2017). Leininger a une vision précise de la culture qu'elle définit comme un ensemble

de croyances, symboles, valeurs, rituels et normes caractérisant le mode de vie de chaque individu ou communauté qui se transmettent d'une génération à une autre. La culture influence la manière de penser, les prises de décisions et les actions des personnes (Alligood, 2017). L'objectif de sa théorie est de distinguer la diversité (différence) et l'universalité (similitude) des soins humains par rapport aux différentes visions du monde, pour ainsi pouvoir fournir des soins adaptés sur le plan culturel aux personnes de cultures différentes ou semblables. Tout ceci a pour but d'améliorer la santé ou le bien-être de la personne et de l'aider à faire face à sa maladie (Leininger, 1991 ; Leininger & McFarland, 2002, 2006 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, cités dans Alligood, 2017).

Leininger a mis au point la méthode d'ethnonursing pour étudier les phénomènes infirmiers transculturels de façon spécifique. Cette méthode met l'accent sur les croyances et les pratiques en matière de soins que les personnes d'une culture connaissent par leurs expériences et valeurs. Grâce à cette théorie et à la méthode d'ethnonursing, les soignants se rapprochent davantage des soins centrés sur la personne, car les informations proviennent directement de cette dernière (emic) et non d'un point de vue extérieur (etic) (Leininger, 1991 ; Leininger & McFarland, 2002, 2006 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, cités dans Alligood, 2017).

Ces informations serviront à guider la personne dans sa prise de décision conforme à ses valeurs (Leininger, 1991, Leininger & McFarland, 2002, 2006 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015 citées par Alligood, 2017). En recueillant les informations provenant du patient, les obstacles à une relation de confiance entre le soignant et le patient cités par différentes études, tels que l'absence d'écoute, le non-respect de la culture de l'autre, l'absence de prise en compte des différences culturelles, l'absence de compassion, une mauvaise communication (Magny-Normilus et al., 2020), les stéréotypes, les attitudes paternalistes et la sous-estimation d'autres facteurs (Terragni et al., 2018) peuvent être évités. Cela est important pour fournir des soins culturellement adéquats aux personnes de cultures différentes ou semblables (Leininger, 1991, Leininger & McFarland, 2002, 2006 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015 citées par Alligood, 2017). En effet, un objectif important de la théorie est de rassembler, documenter, connaître et expliquer, grâce aux données du terrain, les soins génériques et professionnels des cultures étudiées (Leininger, 1991 ; Leininger & McFarland, 2002, 2006 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015 citées par Alligood, 2017).

Les facteurs sociaux tels que la religion, la politique, la culture, l'économie et la parenté sont des forces importantes qui influent sur les soins et le bien-être. Leininger souligne l'importance de relever les croyances, les valeurs et les représentations génériques des cultures en matière de soins et de les comparer aux pratiques de soins professionnelles (Leininger, 1991, Leininger & McFarland, 2002, 2006 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015 citées par Alligood, 2017).

3.4. Le *Sunrise Model* de Leininger

Pour parvenir à ce but, Leininger a mis au point le *Sunrise Model*, qui est un outil permettant d'orienter et de cibler les informations, afin de prendre des décisions en matière de soins qui soient culturellement compatibles. En plus de permettre de comprendre la vision du monde et les dimensions culturelles et sociales, il propose d'explorer les sept facteurs cités précédemment (Leininger, 1991, Leininger & McFarland, 2002, 2006 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015 citées par Alligood, 2017).

Le *Sunrise Model* définit également trois types de soins : les soins génériques font référence aux connaissances et pratiques locales, traditionnelles ou folkloriques apprises et transmises pour soutenir les personnes ayant des besoins de santé spécifiques et les aider à améliorer leur bien-être ou à faire face à la mort. Les soins et traitements professionnels désignent les connaissances et les pratiques formelles et explicites acquises généralement par le biais d'établissements éducatifs. Ils sont enseignés aux infirmières et à d'autres personnes afin de fournir de l'aide ou une assistance à une autre personne ou à un groupe afin d'améliorer leur santé, de prévenir les maladies ou d'aider les personnes en fin de vie (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, cités dans Alligood, 2017).

Les soins infirmiers forment le troisième type de soins. Ils font le lien entre les soins génériques et les traitements professionnels (Leininger & McFarland, 2002, 2006 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015 cités par Alligood, 2017) à travers 3 processus décisionnels de soins. Le premier se nomme la préservation ou le maintien des soins culturels. Il fait référence à toutes les actions, aux décisions et au savoir-faire professionnel qui aident les personnes d'une culture particulière à préserver ou maintenir des soins et valeurs significatives pour leur bien-être, à se soigner d'une maladie, ou à faire face à des handicaps ou à la mort (Leininger 1991, 1995 ; Leininger & McFarland, 2002, 2006 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, cités dans Alligood, 2017).

Le deuxième s'intitule l'adaptation ou la négociation des soins culturels. Il désigne les actions et les décisions professionnelles créatives d'aide, d'adaptation et de facilitation qui accompagnent les personnes d'une culture désignée dans le processus d'adaptation ou de négociation avec d'autres professionnels des soins culturellement congruents pour obtenir des résultats de santé bénéfiques (Leininger 1991, 1995 ; Leininger & McFarland, 2002, 2006 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, cités dans Alligood, 2017).

Le troisième et dernier mode de soins infirmiers se nomme le remodelage ou la restructuration des soins culturels. Il fait référence aux actions de soutien, de facilitation ou de décision des professionnels qui aident les personnes à réorganiser, changer ou modifier leur mode de vie pour obtenir des pratiques de soins ayant un effet bénéfique sur la santé. Les prestations de soins culturellement congruents améliorent ainsi la convalescence et la satisfaction des patients à l'égard des soins prodigués. Le *Sunrise Model* décrit les êtres humains comme étant inséparables de leurs antécédents culturels, de leur structure sociale, de leur vision du monde, de leur histoire et de leur contexte environnemental (Leininger 1991, 1995 ; Leininger & McFarland, 2002, 2006 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, cités dans Alligood, 2017).

3.5. La vision des métaconcepts de Leininger

Leininger a également sa propre vision des quatre métaconcepts. Elle voit la personne comme un individu qui a ses propres connaissances sur les soins et sur les pratiques de santé, qui sont influencées par sa culture, sa vision du monde, sa spiritualité, son éducation, son statut social et économique. L'environnement est constitué de situations, d'interactions et d'expériences qui vont avoir une influence sur les valeurs spirituelles et culturelles de la personne. La santé se caractérise par un état de bien-être défini par des pratiques et valeurs culturelles qui reflètent le style de vie de la personne. Enfin, le soin permet d'assister les personnes dans le besoin dans leur quête du bien-être, tout en étant congruent à leur culture et à leurs croyances (Leininger, 1991 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015 citées par Alligood, 2017).

Un lien peut être fait avec les différentes études précitées. En effet, il faut prendre en compte les différents facteurs de vulnérabilité cités par les études précédentes, comme la barrière de la langue et le niveau d'éducation (Terragni et al., 2018) pour assurer une approche centrée sur la personne et sa culture (Leininger, 1991 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015 citées par Alligood, 2017). Cette dernière semble également jouer un rôle primordial dans la prise en soin selon les résultats des différentes études (Magny-Normilus et al, 2020 ; Terragni et al., 2018).

3.6. Les postulats principaux de la théorie de Leininger

Cette théorie contient 13 postulats principaux, dont quelques-uns ont déjà été développés précédemment. Tout d'abord, l'universalité des soins renvoie à la nature commune des êtres humains, alors que la diversité des soins renvoie à la différence et aux caractéristiques uniques des personnes. Chaque culture possède des différences et des similitudes en matière de soins professionnels et génériques. De plus, les soins sont l'essence de la discipline infirmière. Les soins basés sur la culture sont le moyen le plus complet et holistique pour connaître, interpréter et prévoir les phénomènes de soins et orienter les décisions et actions infirmières. Enfin, les soins sont culturellement adaptés et bénéfiques lorsque le soignant prend en compte les valeurs, les croyances et la vision du monde du patient (Leininger, 1991 ; Leininger & McFarland, 2002, 2006 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015 citées par Alligood, 2017).

3.7. Résumé de la problématique

Pour résumer, les personnes migrantes font partie des populations dites vulnérables à cause des différents événements difficiles que ces personnes ont vécus dans leur pays d'origine, pendant leur voyage ou dans le pays d'accueil (Durieux-Paillard et al., 2018). Ces différents facteurs de vulnérabilité rendent ces populations particulièrement exposées au risque de maladies chroniques, notamment le diabète de type 2 (Obsan, 2019). Les personnes migrantes présentent un risque accru de développer un diabète de type 2 après plusieurs années passées dans leur pays d'accueil (Berkowitz et al., 2016 ; Norredam et al., 2014). De plus, lorsqu'elles en sont atteintes, certains facteurs vont les soutenir positivement dans la gestion de leur maladie (Staff et al., 2017), alors que d'autres feront obstacle à une bonne gestion de leur maladie, tels qu'un bas niveau d'éducation (Berkowitz et al., 2016), une relation patient-soignant de piètre qualité (Magny-Normilus et al., 2020), une communication inadaptée et le fait de ne pas prendre en compte les différences culturelles (Magny-Normilus et al., 2020).

Les difficultés rencontrées par les soignants lors de leur prise en soins sont reliées à des dérivations vers des stéréotypes ainsi qu'au temps considérable nécessaire afin de s'immerger dans la culture de l'autre et de créer une relation de confiance avec cette population (Terragni et al., 2018). La théorie de Leininger vient appuyer l'importance de prendre en compte la culture de l'autre dans la prise en soin afin de lui prodiguer des soins congruents avec ses croyances et ses valeurs (Leininger, 1991 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015 citées par Alligood, 2017).

3.8. Question de recherche finale

La présentation de cette problématique aboutit à la question de recherche suivante :

Quelle est la perception des personnes migrantes par rapport aux facteurs qui facilitent ou qui constituent un frein à l'autogestion de leur diabète de type 2 ?

4. MÉTHODE

Cette partie met en avant les démarches et les stratégies utilisées pour sélectionner les différentes études qui constituent le cœur de cette revue de la littérature.

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Pour formuler l'équation de recherche, les mots-clés ont été choisis à partir de la première question de recherche grâce à la méthode PICO (Fortin et al., 2010). Pour rappel, cette question est la suivante : Chez les personnes migrantes atteintes de diabète de type 2, est-ce que des interventions infirmières culturellement congruentes comparées à des soins standards peuvent améliorer l'autogestion de leur diabète ? Ces mots-clés ont ensuite été traduits sous forme de Medical Subject Headings (MeSH) à l'aide du logiciel HeTOP. Il s'agit des mots-clés suivants : immigrants and emigrants ; diabetes mellitus, type 2 ; nursing care et culturally competent care.

Ces mots-clés ont ensuite été rassemblés sous forme d'une équation de recherche qui a été entrée dans les bases de données de CINAHL, PubMed et dans le réseau de bibliothèque Rero. Les mots-clés suivants ont été rajoutés à l'équation avec l'opérateur booléen "OR" pour élargir le nombre de résultats : acculturation et transcultural nursing. L'équation de recherche finale est la suivante : "(Culturally Competent Care OR Acculturation OR transcultural nursing OR nursing care) AND immigrants and emigrants AND diabetes mellitus, type 2".

Pour la recherche sur CINHAL et sur Rero, des synonymes ont été utilisés dans l'équation de recherche également dans le but d'augmenter le nombre d'études obtenues. Les mots-clés et synonymes utilisés sont détaillés dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Mots-clés choisis pour formuler les équations de recherches

Base de données	MeSH Term	Synonyme
PubMed	Culturally Competent Care Acculturation transcultural nursing nursing care immigrants and emigrants diabetes mellitus, type 2	∅
	Subject Headings	Synonyme
CINAHL	1) Emigration and Immigration 2) Diabetes mellitus, type 2 3) Cultural diversity 4) Transcultural Care	1) Immigrants 4) Cultural Competence 4) Leininger's theory of culture care diversity and universality
	Mot-clé	Synonyme
Rero	Diabetes mellitus, type 2 Transcultural nursing Self care	∅

Avec l'application des filtres de date de publication entre 2010 et 2020, ainsi que le filtre pour les adultes de plus de 19 ans, 106 études au total ont été obtenues (dont 50 sur PubMed, 22 sur CINAHL et 34 sur Rero). Le nombre de résultats obtenus est détaillé dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Équations de recherche et nombre d'études obtenues

Base de données	Date de consultation	Equation de recherche	Nombre d'études totales	Nombre d'études retenues
PubMed	Du 1.12. au 20.12.20	((((Culturally Competent Care) OR (Acculturation)) OR (transcultural nursing)) OR (nursing care)) AND (immigrants and emigrants)) AND (diabetes mellitus, type 2) Filtres : Adult 19+ Years, Publication date : 2010-2020	50	7
CINAHL	Du 1.12. au 20.12.20	(MH "Diabetes Mellitus, Type 2") AND ((MH "Cultural Competence") OR (MH "Transcultural Care") OR (MH "Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality")) AND ((MH "Emigration and Immigration") OR (MH "Immigrants") OR (MH "Cultural Diversity")) Filtres : Publication date: 2010-2020	22	2
Rero	Le 9.12.20	diabetes mellitus, type 2 AND transcultural nursing AND self care Filtres : Date de publication 2010-2020	34	0

4.2. Diagramme de flux

Le processus de tri et de sélection des études est détaillé dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 2. Les différentes raisons d'exclusion des études non retenues sont exposées sur ce diagramme. Au total, neuf études ont été retenues pour cette revue de la littérature. Ils sont listés par numéro au-dessous du diagramme de flux.

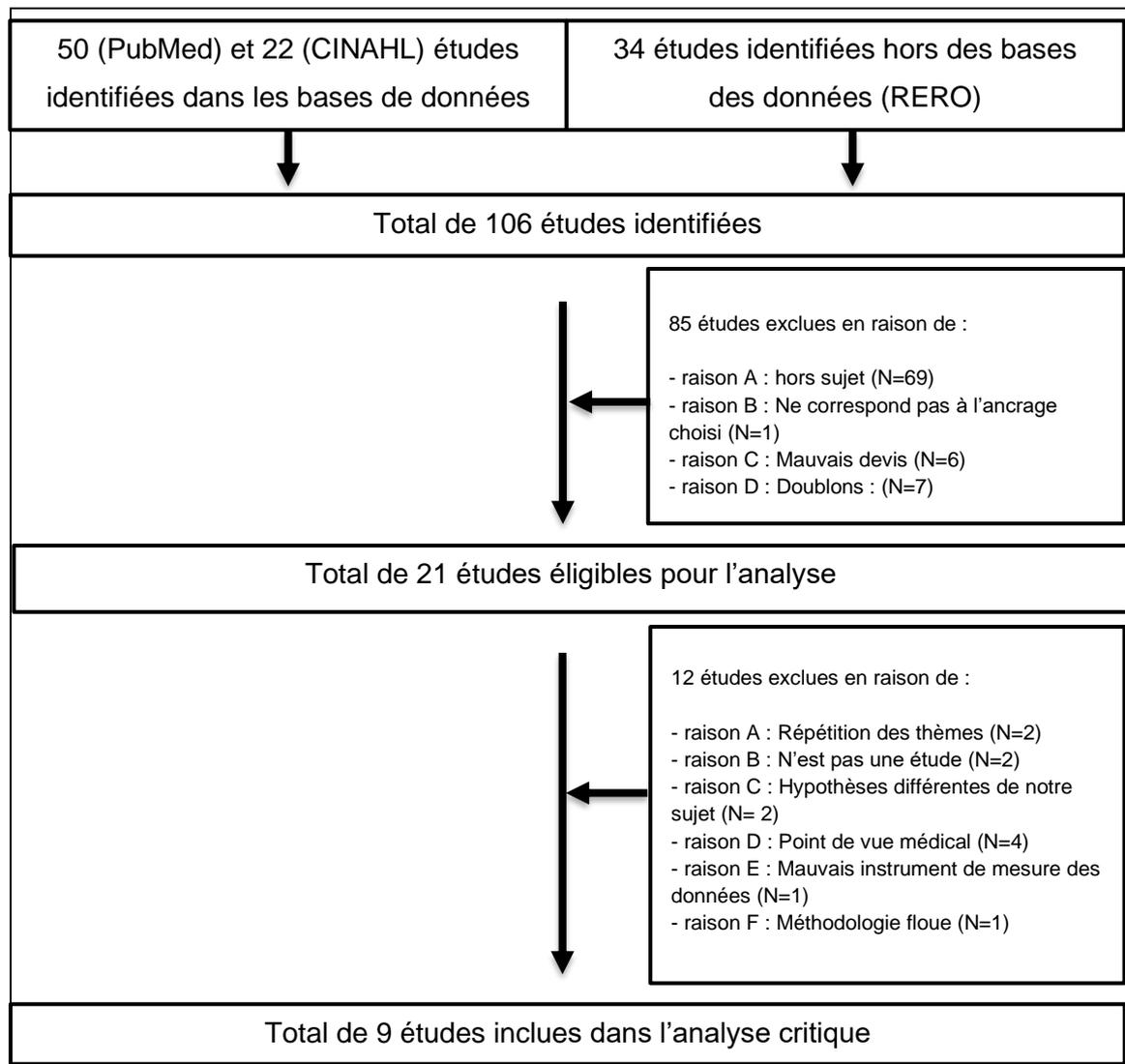


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des études

4.3. Liste des études retenues

Voici une liste des différentes études retenues pour cette revue de la littérature :

- **Étude n° 1:** Long, J. M., Sowell, R., Bairan, A., Holtz, C., Curtis, A. B., & Fogarty K. J. (2012). USA. *Exploration of commonalities and variations in health beliefs across four Latino subgroups using focus group methodology: Implications in care for Latinos with type 2 diabetes.*
- **Étude n° 2:** Hyman, I., Shakya, Y., Jember, N., Gucciardi, E., & Vissandjée, B. (2017). Canada. *Provider- and patient-related determinants of diabetes self-management among recent immigrants - Implications for systemic change.*
- **Étude n° 3:** Alzubaidi, H., Mc Namara, K., & Browning, C. (2016). Australie. *Time to question diabetes self-management support for Arabic-speaking migrants: exploring a new model of care.*
- **Étude n° 4:** Nam, S., Song, H.-J., Park, S.-Y., & Song, Y. (2013). USA. *Challenges of Diabetes Management in Immigrant Korean Americans.*
- **Étude n° 5:** Hu, J., Amirehsani, K., Wallace, D. C., & Letvak S. (2013). USA. *Perceptions of barriers in managing diabetes: perspectives of Hispanic immigrant patients and family members.*
- **Étude n° 6:** Cha, E. S., Yang, K., Lee, J., Min, J., Kim, K. H., Dunbar, S. B., & Bonnie Mowinski J. (2012). USA. *Understanding Cultural Issues in Diabetes Self-Management Behaviors of Korean Immigrants.*
- **Étude n° 7:** Chun, K. M., Chesla, C. A., & Kwan, C. M. L. (2012). USA. *“So We Adapt Step by Step”: Acculturation Experiences Affecting Diabetes Management and Perceived Health for Chinese American Immigrants.*
- **Étude n° 8:** Leung, A. Y. M., Bo, A., Hsiao, H.-Y., Wang, S. S., & Chi, I. (2014). USA. *Health literacy issues in the care of Chinese American immigrants with diabetes: a qualitative study.*
- **Étude n° 9:** Smith-Miller, C. A., Berry, D. C., & Miller, C. T. (2017). USA. *Diabetes affects everything: Type 2 diabetes self-management among Spanish-speaking hispanic immigrants.*

5. RÉSULTATS

Cette partie résume le contexte, la méthodologie et le niveau de preuve des neuf études sélectionnées et compare leurs résultats de manière détaillée. Les thèmes principaux et secondaires sont regroupés sous la forme d'un tableau comparatif montrant dans quelles études ces différents thèmes sont présents.

5.1. Résumé des études retenues

5.1.1. Article n°1 - Long et al. (2012)

Cette étude qualitative phénoménologique a un niveau de preuve 4, selon la Haute Autorité de Santé (2013b). Il s'agit d'un niveau de preuve faible, mais néanmoins, les questions posées sont décrites pour augmenter la reproductibilité de l'étude, les entretiens ont été conduits par des chercheurs bilingues pour augmenter la crédibilité et l'authenticité de l'étude, et les verbatims des participants sont utilisés pour illustrer les thèmes (Long et al., 2012).

Cette recherche a pour but d'explorer les similitudes et les différences dans les croyances et attitudes liées à la santé, ainsi que dans les pratiques de soins dans quatre sous-groupes de personnes originaires d'Amérique latine et résidant aux Etats-Unis, en partant du principe que l'identification des représentations et besoins en matière d'éducation et de soins du diabète de cette population pourrait améliorer leur état de santé. L'orientation théorique de cette étude rejoint la théorie de *l'universalité et de la diversité des soins selon la culture* de Madeleine Leininger (Leininger, 1981, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015). Les chercheurs ont conduit des focus groups avec 24 personnes diabétiques de type 2 originaires d'Amérique latine (colombiens, guatémaltèques, mexicains et portoricains) (Long et al., 2012).

Les résultats fournissent une base pour de futures recherches et une meilleure compréhension des variations dans les croyances et pratiques liées à la santé dans cette population spécifique. Cette étude met en avant quatre thèmes majeurs : la vision de la santé, l'inquiétude et le stress, l'accès aux soins et l'acculturation. Les résultats montrent également que les croyances en matière de santé et l'accès aux soins des personnes influencent leur implication dans la gestion et les soins de leur problématique de santé. Les chercheurs constatent des différences entre les groupes en ce qui concerne l'impact de la maladie sur leur quotidien, la vision holistique ou physique de la santé et l'accès aux soins. Les similitudes se situent sur le plan de la foi et de la religion, sur le fait de trouver un emploi, sur le manque de maîtrise de l'anglais et sur les inquiétudes liées aux violences qui se produisent dans leur pays d'origine (Long et al., 2012).

5.1.2. Article n° 2 - Hyman et al. (2017)

Cette étude quantitative descriptive transversale canadienne cherche à identifier les facteurs relationnels, économiques et liés au patient lui-même qui pourraient impacter l'autogestion du diabète de type 2 chez des personnes migrantes arrivées à Toronto depuis moins de 10 ans. Pour ce faire, les chercheurs ont conduit des entretiens individuels avec 130 personnes migrantes diabétiques de type 2 provenant du Sri Lanka, du Bangladesh, du Pakistan et de Chine. Pour diriger les entretiens, les enquêteurs ont suivi un questionnaire qui explore les compétences de ces personnes pour gérer leur diabète, les barrières financières, la qualité de la relation avec les soignants et le degré de sévérité de leur diabète de type 2 (Hyman et al., 2017). Cette étude figure au niveau de preuve 4 du grade des recommandations de la Haute Autorité de Santé. Il s'agit d'un faible niveau de preuve scientifique, mais il n'enlève en rien les nombreuses qualités de cette étude qui expose avec précision les questions contenues dans le questionnaire, les outcomes et leurs moyens de mesure, les analyses statistiques effectuées en précisant pour chaque résultat significatif son odds ratio ainsi que l'intervalle de confiance dans lequel il se trouve, et ce, malgré le petit nombre de résultats significatifs à la fin de l'étude (2013b).

Les deux résultats significatifs mis en exergue par cette étude sont les suivants : premièrement, les participants qui ont des difficultés financières et qui n'ont pas assez d'argent pour gérer leur diabète sont significativement moins aptes à exercer les bonnes pratiques de gestion du diabète. Le fait que les obstacles financiers entravent les pratiques d'autogestion du diabète chez les personnes migrantes est bien documenté dans la littérature. Ce résultat confirme donc ce qui avait déjà été dit dans la littérature (Hyman et al., 2017).

Deuxièmement, les participants qui ont une relation avec les soignants de mauvaise qualité sont significativement moins aptes à exercer les bonnes pratiques de gestion de leur diabète. Ce qui est intéressant dans ce résultat, c'est que cette étude a pris en compte la perception de la discrimination et de l'inéquité dans les soins, qui semble être un déterminant important de l'adoption des bonnes pratiques d'autogestion du diabète. Un nombre restreint mais croissant de recherches documente comment et pourquoi la perception de la discrimination et les soins qui ne sont pas adaptés sur le plan culturel constituent des obstacles systémiques à l'adoption de comportements favorables à une bonne santé (Hyman et al., 2017).

5.1.3. Article n°3 - Alzubaidi et al. (2016)

Cette étude qualitative australienne de type phénoménologique a un niveau de preuve 4 selon la Haute Autorité de Santé (2013b). Il s'agit d'un faible niveau de preuve, mais qui est contrebalancé par le fait qu'elle tient compte du seuil de saturation pour fournir des données complètes et par l'écriture de notes de terrain lors des entretiens pour retranscrire les comportements non verbaux (Alzubaidi et al., 2016).

L'équipe de recherche a pour but d'explorer un nouveau modèle de soutien à l'autogestion du diabète chez les personnes migrantes arabophones résidant à Melbourne. Les chercheurs ont conduit des entretiens semi-structurés en face-à-face et des focus groups. 60 personnes migrantes arabophones ont été sélectionnées dans des cliniques externes spécialisées dans le domaine du diabète de deux hôpitaux, trois cabinets de soins primaires et deux centres communautaires. Des questions ouvertes ont été posées pour explorer de manière approfondie les besoins des participants en ce qui concerne la structure, le contenu et les modalités des prestations de soutien à l'autogestion de leur maladie (Alzubaidi et al., 2016).

Il s'agit de la première étude à explorer les besoins et les préférences en matière d'autogestion parmi cette population atteinte de diabète de type 2. Les thèmes principaux qui ressortent des entretiens sont les réflexions sur le parcours avec le diabète, les modalités de livraison préférées et le contenu préféré en termes d'informations à propos de la gestion du diabète. Les résultats indiquent que les participants ont des représentations négatives du diabète. Le manque de soutien et de connaissance contribue à accentuer les lacunes sur l'autogestion du diabète chez les participants et entraîne chez eux une réticence à exprimer leurs questions et préoccupations. Les participants pensent que les programmes d'éducation au diabète ne prennent pas assez en compte leur contexte socioculturel. Ils expriment une préférence pour des interactions en présentiel et des formations en groupe dispensées par des professionnels arabophones. De plus, le désir d'améliorer leur qualité de vie, d'avoir plus d'informations sur la gestion du stress et du diabète, ainsi qu'un besoin de soutien supplémentaire pour répondre à leurs préoccupations seraient pour les participants des critères favorables à l'acquisition de compétences concernant la gestion de leur diabète (Alzubaidi et al., 2016).

5.1.4. Article n°4 – Nam et al. (2013)

Cette étude qualitative américaine de type phénoménologique possède un niveau de preuve 4 selon la Haute Autorité de Santé (2013b). Cette étude est donc d'un faible niveau de preuve, mais possède plusieurs qualités, telles que la conduite des focus groups par des chercheuses bilingues et biculturelles pour s'assurer de l'authenticité et de la crédibilité des informations,

les questions du guide d'entretien sont rigoureusement décrites pour augmenter la reproductibilité de l'étude, des notes de terrain ont été saisies lors des entretiens pour retranscrire les comportements non verbaux et les interactions entre les participants et l'étude contient plusieurs retranscriptions de verbatims de participants pour illustrer les différents thèmes (Nam et al., 2013).

L'étude a pour objectif d'examiner les obstacles de l'autogestion du diabète de type 2 du point de vue de personnes migrantes coréennes résidant aux États-Unis, afin de guider les professionnels de santé dans la pratique des soins culturellement appropriés. Des focus groups ont été organisés avec 23 participants, recrutés parmi un groupe d'individus qui avait participé à une intervention d'éducation sur le diabète adaptée sur le plan culturel. Pour diriger ces focus groups, un guide d'entretien semi-structuré a été développé sur la base de revues de la littérature et validé par une équipe multidisciplinaire (Nam et al, 2013).

A la parution de cette recherche, aucune autre étude n'avait traité des barrières à l'autogestion du diabète perçues par cette population aux États-Unis. Les résultats qui en découlent montrent que les immigrants coréens américains font face à divers défis dans la gestion de leur diabète : la stigmatisation sociale, caractérisée par des réticences à divulguer leur diabète à d'autres personnes par peur d'être jugé, stigmatisé ou de subir des préjugés lors de rassemblements sociaux, pouvant entraîner un isolement social. La vie d'immigré est aussi un obstacle à l'autogestion du diabète : la barrière de la langue, une activité professionnelle très intense ne leur permettant pas d'avoir une alimentation saine et un manque de connaissance du diabète et de sa gestion sont des barrières qui impactent de manière négative la gestion de cette maladie pour cette population. Une absence de soutien familial dans l'autogestion du diabète est également évoquée comme une difficulté supplémentaire (Nam et al, 2013).

5.1.5. Article n°5 - Hu et al. (2013)

Cette étude qualitative phénoménologique a pour but d'explorer les barrières à la gestion du diabète perçues par des personnes migrantes hispaniques aux États-Unis atteintes de diabète de type 2, ainsi que par les membres de leur famille (Hu et al., 2013). Son niveau de preuve est le niveau 4, selon le grade des recommandations de la Haute Autorité de Santé, car il s'agit d'une étude descriptive. Il s'agit d'un faible niveau de preuve scientifique, mais sa méthodologie est détaillée, les entretiens ont été conduits par une chercheuse qui parle la langue maternelle des participants, les retranscriptions ont été montrées aux participants pour augmenter la confirmabilité de l'étude, et enfin, les questions posées et les verbatims des participants sont exposés dans l'article (2013b).

Les chercheurs ont ainsi conduit des focus groups avec 36 personnes migrantes hispaniques diabétiques et 37 membres de famille. Les enquêteurs ont axé leurs discussions sur trois axes de réflexions : les obstacles à la gestion du diabète, les difficultés rencontrées dans la gestion de leur maladie et le soutien de la famille (Hu et al., 2013).

Trois thèmes majeurs sont apparus lors des entretiens comme étant des barrières à la gestion du diabète pour les personnes migrantes : la souffrance liée au diabète (émotionnelle et physique), la difficulté de la gestion du diabète (la prise de traitements, la gestion de l'alimentation, la difficulté à faire de l'activité physique) et le manque de soutien ou de ressources (difficultés financières, mauvaise relation avec le personnel soignant, manque de soutien de la part des membres de la famille). Du côté des membres de leur famille, deux thèmes ont été évoqués par ces derniers : le fait qu'ils souhaitent supporter leur proche, mais qu'ils manquent de connaissances (Hu et al., 2013).

Ces résultats vont dans le sens de ce qui avait déjà été dit dans la littérature. D'autres études ont mis en lumière la souffrance émotionnelle de cette population dans la gestion de leur diabète, leurs difficultés financières, leur frustration liée au régime diabétique, ainsi que l'aspect culturel attaché aux spécialités culinaires latines, impactant de manière négative la gestion de leur maladie. En revanche, cette étude apporte le point de vue des membres de la famille de cette population, ce que peu d'autres études ont mis en évidence. Cette étude met en avant la motivation des membres de la famille à soutenir leur proche dans la gestion de leur diabète, mais elle montre également leur désir d'en apprendre davantage sur cette maladie pour pouvoir comprendre les comportements à adopter et pouvoir lui apporter de l'aide de manière adéquate (Hu et al., 2013).

5.1.6. Article n°6 – Cha et al. (2012)

Cette étude qualitative phénoménologique américaine a un niveau de preuve de 4 selon la Haute Autorité de Santé (2013b). Son niveau de preuve est donc faible, mais les focus groups ont été audio enregistrés et des retours sur les transcriptions ont été demandés aux participants après les focus groups pour augmenter la crédibilité et l'authenticité des données (Cha et al., 2012).

L'étude comprend 20 participants d'origine coréenne, atteints de diabète de type 2 et faisant partie de la première génération de migrants aux États-Unis. Elle a pour but de recueillir l'expérience et la compréhension qu'ont ces personnes concernant leur pathologie en effectuant un entretien individuel qui sera par la suite retranscrit et traduit de la façon la plus fidèle possible au récit d'origine malgré la difficulté existante pour adapter certaines tournures ou expressions coréennes. Les thèmes ont été déterminés en fonction des réponses majeures relevées par tous les participants lors de l'entretien semi-structuré. Ces thèmes sont les suivants : le plan de soin (qui comprend l'autogestion des médicaments et les difficultés dans le suivi des recommandations diététiques), les ressources et obstacles à la gestion de leur diabète (comprenant le manque de temps et les engagements liés à leur communauté, l'assurance maladie et les moyens de transport) et la relation médecin / patient (incluant le désir de devenir un partenaire de soin et le désir d'être vu par un spécialiste) (Cha et al., 2012).

5.1.7. Article n°7 - Chun et al. (2012)

Cette étude américaine qualitative comparative de type phénoménologique a un niveau de preuve de 4 selon la Haute Autorité de Santé (2013b). Il s'agit également d'un faible niveau de preuve, mais qui est compensé par plusieurs de ses qualités. Les entretiens ont été audio enregistrés et des notes de terrain ont été prises pour augmenter la crédibilité et l'authenticité des données. L'équipe de chercheurs a également fait vérifier les données au groupe pour s'assurer de retranscrire le plus fidèlement possible leurs témoignages (Chun et al., 2012).

Cette étude a été élaborée avec 20 couples de participants dont au moins un des deux membres est diagnostiqué avec un diabète de type 2. Plusieurs études parues auparavant sur le thème de l'immigration et de la gestion du diabète convergent sur le fait que le processus d'acculturation a un lien avec une mauvaise gestion du diabète. Cependant, ces études n'explorent pas les différentes facettes multidimensionnelles et ne décrivent pas le vécu des participants. C'est pourquoi les chercheurs de cette étude ont voulu se pencher sur le sujet. Les différents entretiens explorent la compréhension de la maladie, les perceptions des soins du diabète, les histoires d'acculturation et les récits concrets positifs, négatifs et mémorables des soins du diabète. Les enquêteurs ont mené six entrevues semi-structurées en cantonais sur deux temps. Dans un premier temps, les chercheurs ont interrogé le couple et dans un deuxième temps, ils ont questionné chacune des deux personnes séparément. Les thèmes qui ressortent de ces témoignages sont les suivants : les difficultés liées à la barrière de la langue, les soins qui ne sont pas adaptés au contexte culturel, les difficultés financières, la qualité et l'accès aux soins, la séparation de la famille, le rôle de la communauté et l'environnement de travail dans le pays d'accueil (Chun et al., 2012).

5.1.8. Article n°8 - Leung et al. (2014)

Cette étude qualitative phénoménologique américaine a pour but de comprendre pourquoi les personnes migrantes chinoises aux États-Unis de première génération souffrant de diabète de type 2 ont des difficultés à obtenir, à traiter et à comprendre des informations liées à leur diabète malgré l'existence de matériel traduit dans leur langue maternelle. Les chercheuses ont mené des focus groups avec 27 participants et deux entretiens individuels avec deux participants. Lors des entretiens, les chercheuses ont investigué les éléments liés à la littératie suivants : les sources des informations reçues à propos de la gestion de leur diabète, leur support préféré pour apprendre, leur participation à des groupes de parole, leurs méthodes d'apprentissage, l'utilisation de la technologie pour apprendre et le type d'information ou de contenu qu'ils souhaiteraient approfondir (Leung et al., 2014). Le niveau de preuve de cette étude se situe au niveau 4 du grade de recommandation de la Haute Autorité de Santé, car il s'agit d'une étude qualitative. Son niveau de preuve scientifique est donc faible, mais cela n'empêche pas cette étude d'avoir une méthodologie détaillée avec une bonne reproductibilité, de comprendre les questions posées aux participants et les verbatims de ces derniers et d'expliquer avec précision les concepts de littératie examinés (2013b).

Trois thèmes majeurs sont apparus lors des entretiens comme étant des éléments pouvant impacter la compréhension et l'accès aux informations de santé des participants : les facteurs culturels (le fait que cette population voit les médecins comme une figure d'autorité, leur crainte d'être un fardeau pour les autres, le désir de suivre une approche collective), les barrières structurelles (le fait de ne pas avoir d'assurance maladie, les difficultés liées aux moyens de transport, la barrière de la langue et le manque de cohérence entre les informations en provenance de Chine et des États-Unis), les barrières personnelles (la réticence à adopter un rôle proactif dans la gestion de son diabète et les difficultés liées à l'âge, telles que les problèmes auditifs, la baisse de la vue, la fatigue, la difficulté à se concentrer et les douleurs) (Leung et al., 2014).

5.1.9. Article n°9 - Smith-Miller et al. (2017)

L'objectif global de cette étude américaine qualitative phénoménologique est de faire progresser la compréhension de l'autogestion du diabète de type 2 chez les immigrants hispaniques installés récemment aux États-Unis et ayant une maîtrise limitée de l'anglais. Selon la Haute Autorité de Santé, son niveau de preuve est de 4, car il s'agit d'une étude qualitative. Son niveau de preuve est donc faible (2013b), mais il s'agit d'une étude menée dans la langue maternelle des participants par un membre de l'équipe de recherche.

De plus, les questions incluses dans le guide d'entretien sont détaillées, les groupes de discussion ont été audio enregistrés et des notes de terrain ont été prises pour retranscrire les comportements non verbaux. Enfin, des verbatims de participants sont présents pour illustrer les thèmes traités (Smith-Miller et al., 2017).

Cette recherche a pour objectifs d'explorer leurs expériences et habitudes liées à l'autogestion du diabète, d'identifier les barrières socioculturelles et les facteurs facilitant leur autogestion et d'examiner leurs niveaux d'hémoglobine glyquée comme valeur indicative de leur autogestion. Ces objectifs ont pour but de concevoir des stratégies pour améliorer l'autogestion du diabète de cette population. Un total de 30 personnes a été recruté pour participer à l'étude. Des entretiens individuels uniques semi-structurés ont été organisés avec les différents participants. Les thèmes suivants ont été abordés : connaissances individuelles, environnement social et comportements d'autogestion. Les thèmes qui en découlent sont les suivants : la recherche d'informations et les connaissances, l'autogestion (dont les médicaments, l'alimentation, l'activité physique, la surveillance de la glycémie, les prestataires de soins et l'influence socio-économique), l'environnement social (dont les influences familiales et les apprentissages par procuration) et le fait de vivre avec le diabète (Smith-Miller et al., 2017).

Les limites des différentes études sont détaillées dans les grilles COREQ et STROBE en annexe à la fin de ce travail.

5.2. Tableau comparatif des résultats

Le tableau à double entrée suivant synthétise les différents thèmes et sous-thèmes relevés dans les études, puis les classe selon les études qui en font mention.

Tableau 3 : Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

		N° 1 : Long et al. (2012)	N° 2 : Hyman et al. (2017)	N° 3 : Alzubaidi et al. (2016)	N° 4 : Nam et al. (2013)	N° 5 : Hu et al. (2013)	N° 6 : Cha et al. (2012)	N° 7 : Chun et al. (2012)	N° 8 : Leung et al. (2014)	N° 9 : Smith-Miller et al. (2017)
Relation avec la famille, les proches et la communauté	La famille et les proches	X			X	X		X		X
	La crainte d'altérer le bien-être des autres				X	X	X		X	X
	La stigmatisation			X	X					X
	Le rôle de la communauté	X					X	X	X	
	Les rôles traditionnels familiaux				X		X	X		
Accès aux soins	L'accès à une assurance	X					X	X	X	
	Les difficultés financières	X	X			X	X	X		X
	Les barrières de la langue	X			X			X	X	
	Le travail	X			X			X		
	Les moyens de transport						X		X	
	Les difficultés liées à l'âge								X	
Facteurs liés aux soignants	La qualité de la relation avec les soignants		X	X			X	X	X	X
	Le suivi et la qualité des soins	X		X		X		X		
Gestion du diabète	Les traitements					X	X			X
	L'activité physique			X		X	X			X
	L'alimentation			X		X	X			X
	La surveillance de la glycémie						X			X
	Les soins des yeux et des pieds									X
	Les symptômes physiques					X				
	Le rôle proactif dans la gestion du diabète								X	
	L'accès à des informations de qualité			X	X	X		X	X	X
	L'envie d'apprendre	X		X			X			X
	La vision de la santé	X					X			

5.3. Comparaison des résultats

5.3.1 Gestion du diabète

Plusieurs études soulignent le fait que certains facteurs entravent l'autogestion du diabète. Parmi eux, les différents participants citent la gestion des traitements (Hu et al., 2013 ; Cha et al., 2012 ; Smith-Miller et al., 2017), l'activité physique (Alzubaidi et al., 2016 ; Hu et al., 2013 ; Cha et al., 2012 ; Smith-Miller et al., 2017), l'alimentation (Alzubaidi et al., 2016 ; Hu et al., 2013 ; Cha et al., 2012 ; Smith-Miller et al., 2017), la surveillance de la glycémie (Cha et al., 2012 ; Smith-Miller et al., 2017), l'omission des soins des yeux et des pieds (Smith-Miller et al., 2017), les symptômes physiques (Hu et al., 2013), l'accès à des informations de qualité (Alzubaidi et al., 2016 ; Nam et al., 2013; Hu et al., 2013 ; Leung et al., 2014; Chun et al., 2012 ; Smith-Miller et al., 2017) et la méconnaissance du rôle proactif dans la gestion du diabète (Leung et al., 2014). Au contraire, d'autres participants expliquent que leur vision de la santé (Long et al., 2012 ; Cha et al., 2012) et leur envie d'apprendre (Long et al., 2012 ; Alzubaidi et al., 2016 ; Cha et al., 2012 ; Smith-Miller et al., 2017) sont des facilitateurs de la gestion de leur diabète.

a. Les traitements

Selon l'étude de Smith-Miller et al., la majorité des participants considère la prise de traitements comme l'élément le plus important de l'autogestion du diabète. Cependant, la fréquence de la prise et le dosage des traitements prescrits ne sont pas toujours respectés à cause des croyances des participants à propos de ces derniers. Ce phénomène est facilité par les divers échanges avec des personnes de leur communauté sur leurs croyances en termes de traitements, notamment celles qui déclarent qu'elles prennent "too many pills, that insulin worsened diabetes, and insulin caused organ damage " (Smith-Miller et al., 2017, p. 546). D'autres ont peur de devoir utiliser de l'insuline à cause de mauvaises expériences vécues par leurs proches : « "No, no, don't take insulin,' because she [her mother-in-law] knew someone in Mexico who died four months after starting insulin" (Case 8; HbA1c 7.9) » (Smith-Miller et al., 2017, p. 546).

Les participants de l'étude de Cha et al. ont eux aussi une vision particulière de l'insuline. Pour eux, cette dernière est liée au dernier stade de la maladie et ils devront la prendre toute leur vie. D'autres participants expliquent qu'elle représente un moyen plus rapide et plus facile de se rapprocher des normes de la glycémie. Avec ce raisonnement en tête, ces derniers sont moins enclins à suivre des comportements bénéfiques pour la santé, tels que la pratique d'une activité physique ou un mode d'alimentation sain : "I am no longer holding back on my cravings for ice-cream or chocolate. As long as I take insulin after [I eat them] I will be OK" (Cha et al.,

2012, p. 6). D'autres participants avouent prendre des médicaments pour le diabète dans les réserves de leurs proches diabétiques. Ces comportements peuvent être expliqués par la représentation du fait que seules les personnes en mauvaise santé vont consulter un médecin et prennent des traitements prescrits. Ces attitudes engendrées par les représentations des participants peuvent aussi mettre en avant les faibles connaissances de ces personnes à propos de leur maladie (Cha et al., 2012).

Pour finir, selon les participants de l'étude de Hu et al., la prise médicamenteuse est également perçue comme un élément de frustration et un obstacle à l'autogestion du diabète de type 2. En effet, ils expliquent qu'il s'agit d'un inconvénient, car leur prise régulière demande une anticipation par rapport aux horaires des repas et une adaptation avec leurs horaires de travail : « "The most difficult part for me is that at times I forget to take my pills. I would forget to take them to work. So, by the time I get off work at 5:00 pm, I have missed the day dose and only have time to take the evening dose" (female, 43 years old) » (Hu et al., 2013, p. 6).

b. L'activité physique

Pour certains participants, l'activité physique serait une des recommandations les plus difficiles à tenir (Alzubaidi et al., 2016 ; Hu et al., 2013 ; Smith-Miller et al., 2017). Les participants de l'étude de Smith-Miller et al. précisent qu'elle doit se pratiquer quotidiennement et sur le long terme. Ainsi, si leurs objectifs de perte de poids ne sont pas atteints, ils se découragent et perdent leur motivation (Smith-Miller et al., 2017). Les participants de la recherche de Hu et al. rejoignent leur opinion. Ils expliquent à quel point le fait de garder sa motivation est difficile :

"Honestly, the hardest thing for me is to exercise. For me, exercise is a battle. I have a machine at home; it is not that I don't have it. I have a television so that I can watch the video. But this week I did not feel up to it. I only exercised on Friday....But I need to be encouraged when I feel bad. For me, exercise is the hardest" (female 54 years old) (Hu et al., 2013, p. 7).

Une partie des participants de l'étude d'Alzubaidi et al., quant à elle, souhaiterait connaître les recommandations en termes de temps d'activité physique par semaine nécessaire pour maintenir leur glycémie stable. Ils reprochent également aux professionnels de santé de ne pas leur dispenser de conseils adaptés à leurs problèmes de santé pour faire de l'activité physique et de ne pas prendre en compte les barrières socioculturelles auxquelles ils font face (Alzubaidi et al., 2016). Quelques participants de l'étude de Cha et al., pour leur part, ajoutent

qu'ils manquent de temps pour faire de l'activité physique, car ils doivent s'occuper de leur famille ou travaillent de nombreuses heures dans la semaine (Cha et al., 2012).

c. L'alimentation

Comme l'activité physique, l'alimentation joue un rôle clef dans la gestion du diabète. Plusieurs études mettent l'accent sur la difficulté de maintenir un régime adapté pour les participants (Alzubaidi et al., 2016 ; Hu et al., 2013 ; Cha et al., 2012 ; Smith-Miller et al., 2017).

Certains des participants de l'étude d'Alzubaidi et al. ont des difficultés à respecter les recommandations diététiques lors d'événements sociaux et souhaiteraient pouvoir bénéficier de conseils à ce propos. A cela s'ajoute leur difficulté à comprendre quels aliments ils peuvent consommer pour maintenir leur glycémie stable et leur questionnement à propos de la taille des portions recommandées pour les différents types d'aliments (Alzubaidi et al., 2016).

Les participants de l'étude de Smith-Miller et al. rejoignent les participants de l'étude d'Alzubaidi sur ce dernier point. En plus de la méconnaissance de la taille des portions alimentaires, ils éprouvent de la difficulté face au déchiffrement des étiquettes nutritionnelles. Néanmoins, ils expliquent que quand ils réussissent à atteindre des valeurs de glycémie dans la norme grâce à la modification de leur alimentation, ils s'en retrouvent motivés et sont plus enclins à préserver leurs comportements bénéfiques pour leur santé (Smith-Miller et al., 2017).

De leur côté, les participants de Cha et al. relèvent les habitudes culturelles comme obstacles au respect des recommandations diététiques. Parmi ces habitudes, le fait que les croyances culturelles sur les "bons" et les "mauvais" aliments ne soient pas cohérentes par rapport aux recommandations diététiques de leur pays d'accueil perturbe les participants. En effet, en Corée, les aliments onéreux que peuvent se permettre les personnes ayant plus de moyens financiers, comme la viande rouge, la volaille et le riz blanc cuit à la vapeur, sont considérés comme les "bons" aliments. Les aliments peu coûteux comme le riz complet et les légumes sont donc considérés comme les "mauvais" aliments, ce qui contraste avec les recommandations alimentaires aux États-Unis. En effet, ces dernières préconisent de consommer en grande quantité des aliments riches en fibres, comme les légumes et de manger des aliments pauvres en graisses et en calories, ce qui n'est pas le cas de la viande rouge par exemple (Cha et al., 2012).

Ils expliquent également qu'ils trouvent difficilement des aliments qui conviennent à leurs préférences alimentaires dans leur pays d'accueil. Les participants énoncent aussi deux autres

difficultés liées à l'alimentation, respectivement la peur de déranger les autres lors d'invitations à des repas chez des proches et les enjeux importants des changements au niveau des rôles traditionnels familiaux lors de la migration. Elles seront développées dans les chapitres suivants. Le dernier obstacle à la gestion du diabète pour les participants de cette étude se trouve dans la perte de plaisir lors des repas. Manger procure à ces personnes une certaine satisfaction au quotidien : " the joy of living was gone after I knew [that I had diabetes] since I can't enjoy all the delicious ["good"] food anymore " (Cha et al., 2012, p. 6).

Cette perte du plaisir de manger est un élément qui se retrouve dans les affirmations des participants de l'étude de Hu et al. Les restrictions alimentaires entraînent chez certains une perte de sens de l'alimentation. Pour eux, l'alimentation est source de plaisir au quotidien et les restrictions causent chez ces personnes une certaine souffrance émotionnelle :

"For me it was very hard at first when I had to stop eating specific foods. That is when I became depressed and in 3 months I lost 40 lbs and did not feel like myself. I wasn't myself. I felt bad. All I wanted to do was sleep; I did not want to get up. I didn't feel like doing much. My husband was very worried about my depression. I felt very bad and for a time I stopped eating everything and was very down"
(female, 50 years old) (Hu et al., 2013, p. 6).

Chez d'autres, ces restrictions alimentaires entraînent une sensation de faiblesse et causeraient même un sentiment de souffrance physique. Certains participants expliquent également qu'ils ont souffert d'une addiction à la nourriture ou aux boissons sucrées par le passé :

"I was a coca cola addict. I drank a lot of sodas. It was two years ago that they told me I was killing myself by drinking all of the daily sodas. I finally stopped. Now, you can put a cold coca cola in front of me and I would refuse to drink it because I could feel myself dying when I drank sodas. My arms would become numb, my fingers would get swollen, and my cholesterol would rise" (male, 64 years old) (Hu et al., 2013, p. 7).

Une autre partie des participants de cette étude soulève également l'importance de la culture dans le choix des aliments, comme mentionné par les participants de Cha et al. Ils expliquent que certains aliments traditionnels d'Amérique latine, tels que les tacos, le pain sucré, la tortilla ou certains sodas, font partie de leurs habitudes culturelles. Ces derniers sont riches en glucides ou en graisses et il leur est difficile d'éviter de consommer ce genre d'aliments lors des grands repas traditionnels (Hu et al., 2013).

d. La surveillance de la glycémie

L'alimentation influence fortement le contrôle de la glycémie. Deux études illustrent la surveillance de la glycémie dans la gestion de leur diabète (Cha et al., 2012 ; Smith-Miller et al., 2017). Dans l'étude de Smith-Miller et al., plusieurs participants qualifient la surveillance de la glycémie comme source de frustration. Les participants ne comprennent pas pourquoi la valeur de leur glycémie reste élevée malgré tous les efforts qu'ils mettent en œuvre pour manger sainement et faire régulièrement de l'activité physique pour la faire diminuer. Ces résultats décevants leur font perdre toute motivation et leur font éprouver l'envie de tout arrêter. Si certains indiquent que la surveillance régulière de leur glycémie améliore le sentiment de contrôle de leur diabète, d'autres ont peur de faire face à la déception et prennent la décision de ne pas mesurer leur glycémie régulièrement : « "Sometimes I check it, other times I do not because . . . I do not want to know about the sugar. Sometimes I feel desperate" (Case 10; HbA1c 8.7) » (Smith-Miller et al., 2017, p. 548).

L'étude de Cha et al., aborde le sujet sous un autre angle. Les participants s'expriment au sujet des hyperglycémies et hypoglycémies. Ils expliquent que l'hyperglycémie n'a pas de conséquences graves directes. Elle entraîne uniquement de la fatigue, des troubles de la vision et un retard de cicatrisation des petites plaies. En revanche, une majorité d'entre eux rapporte qu'elle vit l'hypoglycémie comme une expérience de mort imminente. Ainsi, pour éviter ou réduire les hypoglycémies, certains disent avoir modifié la dose de leurs médicaments et l'heure de leurs prises (Cha et al., 2012).

e. Les soins des yeux et des pieds

Le sujet des soins des yeux et des pieds est abordé par une seule étude qui explique que plus est que les participants abordent rarement ce type de soins, pourtant important dans la prévention des complications du diabète. En effet, les participants de l'étude de Smith-Miller et al. mentionnent rarement les soins des yeux et des pieds lorsqu'il s'agit de parler des pratiques de soins en lien avec leur diabète (Smith-Miller et al., 2017).

f. Symptômes physiques

Une seule étude parmi les neuf sélectionnées aborde le sujet des symptômes physiques causés par la maladie. Les participants à l'étude de Hu et al. mettent en avant la souffrance physique comme un obstacle à l'autogestion du diabète. La douleur diminue leur qualité de vie et les handicape dans les activités de la vie quotidienne : « "I get pain in my knees. It is not tingling. It is pain, and since I walk a lot, it's noticeable. I hurt when walking, working" (male, 66 years old) » (Hu et al., 2013, p. 5). Un autre symptôme physique source de détresse pour

certain participants résident dans le sentiment de faiblesse causé par les restrictions alimentaires. Ces derniers expliquent qu'ils peuvent parfois à peine marcher, allant parfois jusqu'à ne pas avoir assez d'énergie pour mâcher les aliments. Dans ce dernier cas, ils se contentent de boire de la soupe pour ne pas s'épuiser physiquement. Cette sensation de lourde fatigue constitue une source non négligeable de souffrance et d'épuisement émotionnels (Hu et al., 2013).

Pour finir, les participants évoquent les troubles de la vision comme dernier symptôme physique impactant leur quotidien. Les troubles de la vision peuvent isoler les personnes et les plonger dans une souffrance psychologique intense, comme le montrent les verbatims de cette participante : « "Before they operated on my eyes (developed diabetic retinopathy), I couldn't go out into the sun or the light. For two months I was alone in the room, just in the room. I got used to it. To make food for example, would make me feel like crying and hopeless and at night I would cry" (female, 52 years old) » (Hu et al., 2013, p. 6).

g. L'accès à des informations de qualité

Des informations accessibles et de bonne qualité sont nécessaires pour favoriser l'empowerment des participants. Pourtant, une majorité d'entre eux se plaignent de ne pas pouvoir en bénéficier. Dans l'étude de Leung et al., qui met la thématique du niveau de littératie au centre de leur recherche, les participants expliquent qu'il leur est difficile d'avoir accès et de comprendre des informations sur la santé. Par conséquent, certains cherchent de l'information sur des sites et applications chinois, mais se sentent confus, car parfois ces instructions ne sont pas cohérentes avec celles qu'ils ont reçues aux États-Unis. Par exemple, certaines utilisent des échelles différentes, ou d'autres ne prennent pas en compte leur contexte culturel : « "Although I am in America, I still look for things [health information] from China. That stuff [health information] works for me better" (Participant 16, male) » (Leung et al., 2014, p. 7). Les participants expliquent donc avoir une préférence pour ce type de média localisé dans leur pays d'origine et réalisé dans leur langue maternelle, car ils prennent en compte leur culture (en opposition aux recommandations alimentaires qui ne prennent pas en compte les aliments traditionnels chinois). Cependant, certains participants affirment que ce genre de support ne favorise pas les échanges et limite la possibilité de poser des questions si des incompréhensions persistent. Ainsi, ces participants ont tendance à rechercher instinctivement des informations de leur pays d'accueil adaptées sur le plan culturel et estiment que celles-ci fournissent des conseils plus adaptés (Leung et al., 2014).

Il existe cependant du matériel éducatif traduit en chinois, mais les participants ne sont pas satisfaits de ces supports. En effet, cette documentation traduite n'est pas en adéquation avec

leurs préoccupations liées à leur contexte culturel ou ne tient pas compte des pratiques de soins habituelles de la population chinoise. Les informations sont décrites comme étant peu pertinentes pour la gestion de leur diabète. La négligence des pratiques et habitudes culturelles, dans ces matériaux éducatifs, semble être l'une des raisons de l'échec de l'accompagnement des immigrants chinois dans le traitement et la compréhension de l'information (Leung et al., 2014).

Plusieurs participants de l'étude de Chun et al. ont également pu bénéficier de matériaux d'éducation à la santé traduits en chinois. Toutefois, les participants expliquent que ces matériaux éducatifs en chinois proposent des informations simplistes ou incomplètes sur la nature du diabète, sur sa prise en charge et sur les recommandations diététiques, principalement pour les aliments chinois. Ils apprécient en revanche la qualité des informations transmises par les médecins américains. Ces derniers savent expliquer clairement l'importance de la pratique d'une activité physique et du régime diabétique selon les participants. La qualité de ces informations a donc un impact bénéfique direct sur les connaissances à propos du diabète et sur les pratiques de gestion de la maladie :

Mrs. P9 (51-years old): When I was in mainland China, my knowledge of diabetes was inadequate....I didn't even think about diabetes, how it developed...To safeguard health, government health officials said that one should eat until feeling full, and to not catch a cold...that was about it...I thought that eating meat was nutritious....Now I know that...red meat is not beneficial, white meat is beneficial. Before in mainland China, nobody talked about red versus white meat...sometimes I ate day and night...at my upper limit...I didn't buy a lot of green vegetables...Vegetables are now my main staple instead of meats... I've turned this concept upside down (Chun et al., 2012, p. 7).

L'étude de Smith-Miller et al. aborde également le niveau de littératie. Selon eux, même si certains participants pensent avoir des connaissances suffisantes au sujet de l'autogestion du diabète, leur niveau de compréhension des informations diffère grandement d'une personne à l'autre. Les auteurs établissent un lien entre le niveau de littératie des participants et leur niveau de formation. Les participants ayant un bas niveau de scolarité ont tendance à avoir plus de difficultés à comprendre des informations au sujet de la santé lors des entretiens avec les prestataires de soins. Ils ont ainsi plus tendance à "ne pas prêter attention", à "oublier", à "penser à autre chose" lors des consultations (Smith Miller et al., 2017, p. 546). Certains se sentent également confus lors des entrevues, car certains professionnels de santé utilisent du jargon professionnel lors des séances d'éducation thérapeutique : « "they tell me 'Don't eat

carbohydrates'. . . I don't know what carbohydrates are" (Case 22 ; HbA1c 6.3) » (Smith-Miller et al., 2017, p. 546).

Contrairement à l'étude de Smith-Miller, où les participants pensent avoir suffisamment de connaissances au niveau de la gestion du diabète, les participants de l'étude de Nam et al., quant à eux, expriment avoir très peu de connaissances sur le diabète, ses complications et ses traitements. Selon eux, ce manque de connaissance découle du fait que la plupart des personnes migrantes coréennes aient immigré à une époque où le diabète n'était pas une maladie courante en Corée. Beaucoup de participants expliquent qu'ils pensaient que le traitement du diabète ne consistait qu'à ne pas consommer de sucreries. Un participant ajoute : « "I regret someone should have alerted me earlier [sigh]. I can't read this [said while pointing a flyer hanging on the wall]. Now I realize diabetes can kill me" (male, age 55) » (Nam et al., 2013, p. 218).

Les participants de l'étude d'Alzubaidi et al. évoquent également le fait qu'ils manquent de connaissances. En effet, la plupart des participants expliquent avoir reçu énormément d'informations sur l'autogestion du diabète seulement au moment du diagnostic. Ces informations initiales ont été mal comprises et oubliées avec le temps. Ainsi, ils confient avoir accumulé d'importantes lacunes sur la connaissance de leur maladie, ainsi que sur les soins qu'elle nécessite. Le manque de connaissance rend les participants moins confiants dans la gestion de leur maladie. Par conséquent, ils se retiennent de poser leurs questions et de confier leurs préoccupations aux professionnels de santé, de peur de prendre trop de temps ou de paraître ignorant. Certains participants, après avoir développé des complications, sont allés discuter de leurs difficultés à gérer leur maladie avec des proches de la communauté pour leur demander des conseils et pour connaître leurs sources d'information. Les participants expliquent également qu'ils ont pu bénéficier de matériels éducatifs sur le diabète en arabe. Néanmoins, les participants semblent avoir des difficultés à les utiliser, car ils sont sous forme électronique. En plus de cela, certains patients ne sont pas forcément alphabétisés dans leur langue maternelle (Alzubaidi et al., 2016).

Dans l'étude de Hu et al. traitant des barrières à la gestion du diabète pour les patients et leurs familles, ce sont les proches qui affirment manquer de connaissances concernant la maladie (Hu et al., 2013). Ce point sera développé dans le sous-chapitre concernant la famille et les proches.

h. L'hésitation à adopter un rôle proactif dans la gestion du diabète

La problématique du manque d'informations vue précédemment peut aussi affecter l'implication de la personne dans la gestion de sa maladie. L'étude de Leung et al. met justement en avant la méconnaissance du rôle proactif dans la gestion du diabète de certains participants. Certains participants déclarent qu'ils ne pensent pas qu'un patient devrait développer des compétences dans la gestion d'une maladie chronique. Dans la culture chinoise, les personnes ne doivent pas être responsables des soins de leur maladie chronique. Ils pensent donc qu'il faudrait jouer un rôle passif et suivre les prescriptions médicales sans forcément comprendre leurs buts et l'utilité des traitements indiqués : « "Nobody tells me. If I were told, I will go" (Participant 20, male) » (Leung et al., 2014, p. 7). Ils préfèrent laisser le libre choix de l'orientation de leurs soins aux professionnels de la santé (Leung et al., 2014).

i. La vision de la santé

Plusieurs études abordent le sujet de la vision de la santé comme un facteur favorisant ou limitant la gestion du diabète. Selon Cha et al., les participants perçoivent la santé comme l'absence de symptôme et de maladie diagnostiquée, le fait de ne pas avoir besoin de prendre de traitements, ni de voir régulièrement son médecin. Les participants se sentent donc tourmentés, car en l'absence de symptômes, ils hésitent à prendre leurs traitements : "I rarely experience diabetes symptoms so I am in a dilemma about whether I should keep taking my [prescribed] medication" (Cha et al., 2012, p. 5). De plus, la culture asiatique accorde une grande importance au flux d'énergie naturelle et à la préservation de l'équilibre du yin et du yang. Ainsi, les participants expriment leur réticence à prendre des traitements chimiques, car ils perturbent ledit équilibre (Cha et al., 2012).

Concernant l'étude de Long et al., tous les participants disent à propos de la santé qu'elle nécessite un certain contrôle individuel pour manger des fruits et légumes et faire de l'activité physique régulièrement. Ils nuancent néanmoins leurs propos en expliquant qu'à cause des circonstances de vie, comme la lourde charge de travail et la présence de stress au quotidien, il ne leur est pas facile de faire de l'exercice régulièrement et de s'alimenter sainement (Long et al., 2012).

Toutefois, la vision de la santé des participants diffère sur d'autres aspects. Une partie d'entre eux voit la santé comme un droit. Ils spécifient que leur santé constitue une priorité promise par la Constitution. Certains ajoutent que le fait d'être en bonne santé est une condition pour pouvoir travailler. D'autres participants ont une vision plus holistique de la santé. Ils expliquent que la santé inclut un certain équilibre entre l'esprit, le corps et l'âme : "Health has a spiritual

component, not just the physical part. Mind, spirit, and body are all interdependent " (Long et al., 2012, p. 137). L'un d'entre eux inclut même l'état spirituel et émotionnel dans sa définition de la santé, car la foi et la religion occupent une place centrale dans la vie de la majorité des participants de l'étude : "For me health is an emotional, physical, mental, and spiritual state of a person... a balance " (Long et al., 2012, p. 137). Le reste des participants, en revanche, explique que la seule composante de la santé est l'état physique : "to be able to feel well physically, to eat a healthy diet, and to take care of yourself physically" (Long et al., 2012, p. 137).

Les participants abordent également leur perception de la maladie. Certains déclarent que le diabète est inévitable et qu'il apparaît avec le vieillissement. D'autres expliquent qu'il s'agit d'une maladie de luxe, car il faut pouvoir dépenser beaucoup d'argent pour s'acheter tous les aliments et les boissons sucrées qui provoquent l'obésité. D'autres participants indiquent que le diabète est causé par la violence domestique et/ou les émotions négatives, comme la dépression ou la tristesse. Un des participants développe de manière plus physiopathologique la cause du diabète. Il décrit le pancréas comme étant : " [a] little machine like organ that causes diabetes when it stops working and the insulin levels start to really vary that leads to the person being sick" (Long et al., 2012, p. 7).

j. L'envie d'apprendre

L'envie d'apprendre est un facteur favorable à l'adoption de pratiques de soins bénéfiques pour la santé. Les participants de l'étude de Cha et al. montrent une motivation à apprendre et veulent bénéficier de conseils réalisables et spécifiques. Ils souhaitent aller consulter chez un spécialiste en diabétologie, au lieu de leur médecin généraliste habituel. En effet, les médecins généralistes ne sont pas spécialistes du diabète et peuvent manquer de connaissances pour réussir à répondre aux questions en lien avec celui-ci. Pour pallier cela, les participants disent aller chercher eux-mêmes les réponses auprès de leur communauté ou à la télévision, dans des journaux, dans des livres. Certains estiment donc être plus spécialistes de leur pathologie que le médecin généraliste. Une participante souffrant de rétinopathie et de neuropathie diabétiques se considère même comme une "demi-docteur" (Cha et al., 2012, p. 9).

Dans l'étude de Long et al., les participants vont également chercher des informations par eux-mêmes. Ils se renseignent dans leur église, à la radio, par le bouche-à-oreille et dans les campagnes d'informations sanitaires (Long et al., 2012). Contrairement aux deux études précédentes, les participants de l'étude d'Alzubaidi et al. font face à des difficultés lorsqu'ils

cherchent des informations sur internet ou sur leur smartphone. Ils préfèrent donc apprendre en groupe et recevoir des informations orales : “ I think we [Arabic-speaking people] understand better verbally, honestly I never read any of those materials, which I was given. And if I have a question I usually ask my friends but if it was something serious then I ask my doctor or pharmacist (Pt-18)” (Alzubaidi et al., 2016, p. 6). Ils précisent aussi le contenu des informations qu’ils souhaitent recevoir. Ils expriment leur envie d’être davantage informés sur la gestion du stress, car certains assimilent le diagnostic de diabète de type 2 à une situation difficile et sans solution. Ils désirent également être plus informés sur la façon de manger lors des rassemblements sociaux, sur les recommandations du taux d’activité physique à pratiquer, sur les effets secondaires et modes d’action des médicaments (Alzubaidi et al., 2016).

D’ailleurs, dans l’étude de Smith Miller et al., plusieurs participants expriment aussi le désir de recevoir plus d’informations au sujet de leurs traitements. En effet, quelques participants souhaitent également connaître les effets secondaires et le mode d’action de l’insuline. Le fait de ne pas connaître les effets secondaires de l’insuline ne favorise pas le contrôle de la glycémie et l’adoption de comportements favorables à leur santé (Smith-Miller et al., 2017).

5.3.2. La relation avec la famille, les proches et la communauté

Aux différents facteurs de la gestion du diabète s’ajoute la présence de la famille et de la communauté dans le quotidien des patients migrants. Cinq thèmes liés à l’entourage émergent de différentes études sélectionnées : la famille et les proches (Long et al., 2012; Nam et al., 2013 ; Hu et al., 2013 ; Chun et al., 2012 ; Smith-Miller et al., 2017), la peur d’altérer le bien-être des autres (Hu et al., 2013 ; Cha et al., 2013 ; Leung et al., 2014), la stigmatisation (Alzubaidi et al., 2016 ; Nam et al., 2013 ; Smith-Miller et al., 2017), le rôle de la communauté (Long et al., 2012; Alzubaidi et al., 2016; Cha et al., 2013; Chun et al., 2012; Leung et al., 2014) et les rôles traditionnels familiaux (Nam et al., 2013 ; Cha et al., 2013; Chun et al., 2012).

a. La famille et les proches

Le sous-thème de la famille et des proches émerge de cinq des études sélectionnées. Il s’agit donc d’un sous-thème important pour les participants des différentes études. Les participants de l’étude de Long et al. évoquent la souffrance liée à la séparation de leur famille restée au pays. Ils sont inquiets pour eux à cause de toute la violence qui se produit dans leur pays d’origine en Amérique latine. Il s’agit pour eux d’une source importante de stress, menant certains vers un état de détresse psychologique, voire vers un état dépressif. Ils se sentent isolés et parfois désespérés ; ils ont peur pour la sécurité de leur famille : “I am always worrying about them [the family], not knowing how they are doing” (Long et al., 2014, p. 139). Ainsi,

cette angoisse permanente a un impact négatif sur leur état de santé et la gestion de leur diabète. Quelques-uns établissent un lien entre le développement de leur diabète et leur taux élevé de stress causé par la séparation familiale. Pour pallier cet état de stress, certains d'entre eux ont l'opportunité de revoir leur famille pendant leurs vacances, mais d'autres n'ont pas cette chance, car ils doivent continuer à travailler pour subvenir à leurs besoins financiers. Ils essaient donc de rester positifs, de se lever tôt pour respirer l'air frais du matin et de laisser de côté leurs problèmes. D'autres aiment se confier à une personne-ressource pour ne pas accumuler trop de stress et d'inquiétudes (Long et al., 2012).

La majorité des participants de l'étude de Chun et al. rejoint l'opinion de ceux de l'étude de Long et al. Pour la plupart d'entre eux, la séparation avec les membres de leur famille restant à l'étranger favorise l'isolement social, les symptômes dépressifs, le sentiment de solitude et de stress, ce qui compromet la gestion de leur diabète et la perception de leur santé. En plus des émotions négatives qu'engendre le sentiment de solitude lié à la séparation de leur famille, certains membres de la famille exercent une pression sur la personne partie migrer aux Etats-Unis. En effet, certains participants expliquent que les membres de leur famille restés en Chine pensent que leurs conditions de vie aux États-Unis leur permettent de gagner une somme d'argent importante et réclament de l'aide financière :

“Mr. P12 (54-years old): ... family conflict, a lot of people have this... especially Asian families, after they immigrate over here... the average person in China believes that when people come here, they do a lot better and earn a lot of money... consequently, they feel that you're obligated to help them... But sometimes a person doesn't necessarily make that much money, and can't help them even if he wanted to. Then they get mad at you...” (Chun et al., 2012, p. 8).

En revanche, certains expliquent que la gestion de leur diabète et la perception de leur état de santé ne sont pas affectées par la séparation de leur famille parce qu'ils avaient des interactions familiales limitées dans leur pays d'origine avant la migration. Quelques participants ont même relevé un effet bénéfique de la séparation de leur famille. En effet, certains sont soulagés des obligations familiales pesantes, leur laissant plus de temps pour s'occuper d'eux et gérer leur maladie (Chun et al., 2012).

Le dernier sujet lié au thème de la famille et des proches que soulèvent les participants de l'étude de Chun et al. est ciblé sur le manque de soutien de la part des jeunes générations envers leurs aînés. En effet, les jeunes Chinois nés aux États-Unis perdent certaines valeurs culturelles, telles que la piété filiale (le respect pour ses parents et ancêtres). Les participants

âgés craignent donc de perdre le soutien de leur famille lorsqu'ils sont ou seront confrontés à des complications du diabète ou à des problèmes de santé liés à l'âge. Cette crainte permanente est une source de stress importante qui compromet la gestion de leur diabète (Chun et al., 2012).

Deux autres études sélectionnées traitent du sujet du manque de soutien de la part des membres de la famille par rapport à la gestion de leur diabète. Les participants de la recherche de Nam et al. expliquent qu'ils ne reçoivent pas suffisamment de soutien de la part de leur famille. Selon eux, les membres de la famille ne comprennent pas les subtilités du diabète, provoquant ainsi des tensions, conflits ou incompréhensions. De ce fait, les participants précisent qu'ils n'attendent pas de soutien de la part des membres de leur famille et préfèrent gérer leur diabète eux-mêmes. Ils souhaiteraient que les membres de leur famille apprennent également les spécificités du diabète pour éviter les problèmes et malentendus : « "Family members often seem to feel sorry for us and provide inconsistent dietary support. One day ask us not to eat it and later they say 'eat it just for today" (male, age 55) » (Nam et al., 2013, p. 218).

Les résultats du travail de Hu et al., vont dans le même sens que ceux de Nam et al. : les participants expriment un manque de soutien de leur famille pour respecter le régime alimentaire diabétique et pour la compréhension de tout ce qu'implique le diabète au quotidien. Certains patients dépendent de leur famille pour l'administration des traitements et d'autres souffrent de conflits réguliers avec les membres de leur famille concernant le régime alimentaire, en particulier les femmes qui préparent les repas. Cela a un impact négatif sur leur santé psychosociale, diminuant leur envie de respecter et d'appliquer les bonnes pratiques de soins du diabète : « "The other day my teenage daughter started teasing me at the store; she grabbed a chocolate bar and started waving it in my face saying "Look! Look!" to make me feel bad. So, I told her off. It's a lack of understanding..." (tearful female, 35 years old) » (Hu et al., 2013, p.8).

De leur côté, les membres de la famille interrogés dans l'étude de Hu et al. déclarent qu'ils peuvent soutenir leur proche diabétique, mais qu'ils manquent de connaissances. Effectivement, ils se sentent concernés par la situation de santé de leur proche et peuvent le supporter en l'encourageant à manger sainement, à faire de l'exercice physique et en le soutenant moralement. Mais ils expliquent qu'ils se sentent frustrés, car ils ne comprennent pas pourquoi leur proche continue de souffrir de sa maladie et pourquoi il est si difficile de contrôler le diabète : « "For me, it is very important to be informed, to get basic information

about the illness, that way you know what they (referring to doctors/healthcare providers) are talking about when they talk about this or that. You have to have fundamental and complete information so that you can safely and correctly do what you need to do” (female family member, 40 years old) » (Hu et al., 2013).

Quant à eux, les participants de l'étude de Smith-Miller et al. décrivent les membres de la famille comme une source d'influence positive sur la gestion de leur diabète. En effet, les participants imitent certains comportements et pratiques de soins de leurs proches, tels que la rigueur dans la prise de traitements, la pratique d'une activité physique et le suivi du régime alimentaire diabétique. Ils observent également les comportements néfastes à la gestion du diabète dans leur entourage et évitent de les répéter dans leur pratique. Les membres de la famille leur proposent également plusieurs options de traitements médicamenteux, tels que les massages, le thé, les fleurs d'hibiscus, pour soigner leur diabète (Smith-Miller et al., 2017).

b. La peur d'altérer le bien-être des autres

Trois des articles choisis traitent du sujet de la peur de déranger les autres. (Hu et al., 2013 ; Cha et al., 2013 ; Nam et al., 2013 ; Smith-Miller et al., 2017 ; Leung et al., 2014). Certains participants des trois études projettent cette problématique principalement au niveau des repas avec leur entourage. Effectivement, les participants de l'étude de Hu et al. expliquent qu'ils ne veulent pas imposer leur régime alimentaire à leurs proches. Cela met les participants préparant les repas en difficulté et peut compromettre leur volonté de manger des repas sains : « “The food is a problem because my husband is not used to eating what I eat. He eats how I used to eat and it's all junk food. He does not eat healthy foods. He eats other things, and it is difficult to make separate food for him, for my daughter, and me. He eats his own food, and my daughter eats her own food, and I eat healthy food”. (female, 42 years old) » (Hu et al., 2013, p.8).

Les participants de l'étude de Cha et al. rejoignent ceux de l'étude de Hu et al., au sujet de la conciliation entre le régime diabétique et la préparation des repas pour la famille. L'étude insiste sur la différence entre le rôle de l'homme et celui de la femme. Ce sujet sera développé dans le sous-chapitre des rôles familiaux (Cha et al., 2012).

Les participants de cette étude pointent également un autre obstacle à l'adoption du régime diabétique lié à la peur de déranger les autres. Les participants craignent de se faire remarquer lors d'invitations à des repas chez d'autres personnes coréennes. De nombreux aliments riches en sucre et en graisses y sont servis et culturellement, il est bien vu de manger en grande quantité pour montrer sa gratitude à l'hôte pour son invitation. Certains participants se

sentent donc humiliés de dire qu'ils ne peuvent pas manger à cause de leur maladie et ne veulent pas attirer l'attention ou refusent que l'hôte prépare des aliments exprès pour la personne. Ainsi, certains cèdent à la tentation et mangent le repas sans rien dire et d'autres évitent tout simplement de se rendre aux repas lorsqu'ils sont invités. Ce dernier élément provoque de surcroît un isolement social qui ne favorise pas la bonne gestion de leur diabète (Cha et al., 2012).

Les participants de l'étude de Nam et al. soulignent la même problématique. Ils se sentent gênés de devoir refuser les aliments, alors ils acceptent en ne faisant pas attention à ce qu'ils mangent ou bien évitent les rassemblements sociaux : « "You become uncomfortable in refusing even in a polite way whenever other people ask you to try this and that. . . you are conscious that you change the party mood by refusing every dish people recommend" (male, age 59) » (Nam et al., 2013, p. 216). Certains ne mangent rien de la journée ou alors n'ingèrent qu'un morceau de pain pour compenser le repas qu'ils mangeront chez leur proche (Nam et al., 2013). Les participants de l'étude de Smith-Miller et al. parlent aussi de cette problématique et adoptent les mêmes stratégies d'adaptation que les deux autres études qui en font mention : éviter d'aller aux invitations ou accepter de manger les plats proposés (Smith-Miller et al., 2017).

L'étude de Leung et al. est la dernière recherche qui évoque le sous-thème de la crainte d'altérer le bien-être des autres. Elle rejoint les deux autres études sur la difficulté de la préparation des repas chez les personnes diabétiques migrantes : ils expliquent qu'ils ne veulent pas modifier leur alimentation pour que les membres de leur famille continuent à manger comme ils le souhaitent sans être impactés par les restrictions alimentaires de leur proche : « "I do not want the whole family to have less tasty food. ... Shanghai people like sweet stuff. I do not want to ask them to put less sugar [in the food]." (Participant 16, male) » (Leung et al., 2014, p. 5). En plus, les participants soulignent que les professionnels de santé s'investissent beaucoup pour les aider au quotidien à vivre avec leur maladie. Ils ne veulent pas les déranger davantage avec leurs problèmes et ne veulent pas que les soignants organisent des groupes de soutien, car ils ont déjà beaucoup de travail : « "Because the nurses should have the weekends off. ... It is impossible for the clinic to provide us with nurse-led support groups in a frequent manner, such as weekly or monthly. [...]" (Participant 18, male) » (Leung et al., 2014, p.5).

c. La stigmatisation

Trois des études sélectionnées montrent que les participants subissent de la stigmatisation au sujet de leur maladie (Alzubaidi et al., 2016 ; Nam et al., 2013 ; Smith-Miller et al., 2017). La

première étude, Alzubaidi et al., souligne que les participants utilisent des connotations très négatives pour parler du diabète. Ils expliquent que les personnes arabophones voient le diabète comme une maladie sans solution et perçoivent les personnes diabétiques comme des personnes “condamnées” qui ont une mauvaise qualité de vie (Alzubaidi et al., 2016, p. 350) :

Having diabetes is a terrible thing . . . You know how things are back in the Middle East. If a girl is known to be sick, she would end up with fewer opportunities to get married. I wouldn't allow my son to marry a girl who has diabetes. I would just be concerned about his future kids; they might have it [diabetes] if their mother has it. (Pt-46) (Alzubaidi et al., 2016, p. 351).

Ces propos très marquants sont une source de stress importante qui affecte la qualité de vie de ces personnes et l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes. Ces représentations peuvent être une source de détresse émotionnelle qui compromet leur capacité à gérer leur diabète (Alzubaidi et al., 2016).

Les participants de l'étude de Nam et al. sont également réticents à dévoiler leur diagnostic de diabète à leurs proches éloignés à cause des perceptions et préjugés sur cette maladie entretenus par la société et également à cause de leurs propres représentations sur le diabète. Certains participants considèrent la survenue d'un diabète comme un échec personnel dans la gestion de leur propre vie : « “Before I got diabetes, I used to think diabetes was just for someone who can't control him/herself. I mean someone who has excessive desires of eating and food. I don't want people to see me as such a person who can't control their life and is lazy” (female, age 52) » (Nam et al., 2013, p. 216).

D'autres cachent leur matériel de mesure et de gestion de leur glycémie quand ils ont des invités et mangent en cachette leur propre nourriture, car c'est embarrassant pour eux de le faire en public (Nam et al., 2013).

Dans l'étude de Smith-Miller et al., plusieurs participants ont également décidé de ne pas révéler leur diagnostic de diabète de type 2 à des proches à cause de la manière dont est perçue la maladie par la communauté hispanique. Certains ont refusé de peur d'être considérés comme malades ou comme ceux qui vont mourir ou d'être ridiculisés ou moqués à cause de leur maladie. Une participante est particulièrement anxieuse lors de chaque rendez-vous à l'hôpital, car elle a peur que ses proches découvrent son diagnostic en entendant des conversations dans les couloirs ou la salle d'attente (Smith-Miller et al., 2017).

d. Le rôle de la communauté

Le rôle de la communauté est également mis en avant dans cinq des études sélectionnées (Long et al., 2012 ; Alzubaidi et al., 2016 ; Cha et al., 2013 ; Chun et al., 2012 ; Leung et al., 2014). Dans l'étude de Leung et al., les immigrants chinois expriment l'envie d'être ensemble et de partager leur expérience avec des pairs. Le collectivisme étant l'un des éléments fondamentaux de la culture chinoise, la plupart des participants souhaitent échanger des informations ou réflexions sur le diabète avec des pairs et apprécient entendre leurs expériences et apprendre ensemble : « "I enjoy learning together; it is so boring and not easy to learn by oneself. We can discuss together, exchange our experiences. [I] don't know what can be done by one person" (Participant 9, female) » (Leung et al., 2014, p. 6).

La préférence pour l'apprentissage en groupe est aussi décrite par les participants de l'étude d'Alzubaidi et al. Se réunir en groupe et partager des histoires apparaît comme une norme culturelle chez les personnes migrantes arabophones. Le partage de leurs expériences quotidiennes du diabète avec des pairs du même sexe est mentionné par les participants comme étant l'un des formats préférés pour recevoir une formation sur l'autogestion du diabète. Le désir d'être avec des personnes de leur communauté et la possibilité d'avoir un professionnel de la santé parlant leur langue semble affecter positivement la capacité des patients arabophones à obtenir des informations sur la santé et à communiquer leurs préférences et préoccupations. La préférence pour un professionnel de la santé qui parle leur langue ou qui est d'une culture similaire est due au fait qu'il pourra au mieux comprendre le contexte culturel d'où provient le patient. De plus, les participants ont tendance à rechercher et discuter avec leurs pairs de leurs problèmes et préoccupations concernant l'autogestion. Ils ont tendance à suivre les conseils reçus de cette manière sur les soins nécessaires à la gestion du diabète, comme des soins traditionnels à base de plantes (Alzubaidi et al., 2016).

La présence de plusieurs communautés de cultures proches peut également constituer un frein à l'apprentissage en groupe dans le pays d'accueil. Effectivement, dans la recherche de Long et al., les participants expliquent que les membres de chaque sous-groupe des différentes communautés d'Amérique latine ont tendance à rester entre eux et ne se mêlent pas aux autres. Ils ne cherchent pas à se connaître et se mélangent difficilement. Ce phénomène est dû à une mauvaise entente entre les différents sous-groupes. Certains participants expliquent fréquenter habituellement des personnes originaires du même pays qu'eux. Néanmoins, certains apprécient participer à des événements sociaux avec des pairs d'autres communautés ethniques. Mais d'autres encore ne fréquentent que des personnes du

même pays et ne connaissent pas d'autres personnes originaires de pays différents d'Amérique latine (Long et al., 2012).

Comme dans l'étude de Long et al., les participants de l'étude de Chun et al. sont également partagés sur ce sujet. Certains d'entre eux mettent en avant le phénomène de la création de liens communautaires comme un élément facilitant l'ancrage aux États-Unis. Certains participants confirment que vivre dans des quartiers ethniques crée un fort lien communautaire qui permet à cette population de diminuer les facteurs de stress linguistiques, de se sentir à l'aise et chez eux, et de s'adapter progressivement à la culture du pays d'accueil. Pour d'autres, ils ne se sentent pas concernés par ce fait. Ils ne s'identifient pas à ce genre d'endroit, car selon les provinces, les sous-groupes ethniques ont un dialecte et une culture différents des leurs, malgré le fait qu'ils proviennent du même pays d'origine : " Mr. S23 (64-years old):... at first, I didn't want to go out...the languages spoken don't sound pleasant to my ears and the food doesn't taste good...the Toisan dialect...their accents sound so heavy " (Chun et al., 2012, p. 11). Ceci favorise l'isolement social, culturel et linguistique de ces personnes et ajoute une source de stress d'acculturation supplémentaire. Selon ces participants, ce phénomène a un impact direct et négatif sur la perception de leur santé. Ils préfèrent, donc, rester à l'écart (Chun et al., 2012).

Dans l'article de Cha et al., les participants mentionnent qu'ils n'ont pas de famille à proximité pour les aider avec leurs enfants ou pour gérer leur entreprise familiale. Leur principale source de soutien provient donc des activités de l'église. Cependant, ce soutien reste limité à un seul jour, le dimanche. Les participants précisent qu'une fois libérés des obligations liées à l'éducation des enfants et au commerce familial, ils ont plus de temps pour pratiquer une activité physique. En ce qui concerne les participants plus âgés, ils peuvent bénéficier de nombreuses ressources communautaires gratuites ou à faible coût aux États-Unis. Ces ressources communautaires comprennent des foyers de jour ethniques pour personnes âgées, des centres de soins pour personnes âgées et des programmes d'aide aux frais médicaux (Cha et al., 2012).

e. Les rôles traditionnels familiaux

Les rôles genrés traditionnels et familiaux peuvent changer avec la migration dans le pays d'accueil. Ce changement est mentionné dans trois des études sélectionnées (Nam et al., 2013 ; Cha et al., 2013 ; Chun et al., 2012). Dans l'étude de Nam et al., les participantes évoquent leur difficulté à maintenir leurs rôles traditionnels. En effet, culturellement, les femmes coréennes restent à la maison et sont chargées d'élever les enfants et de préparer

les repas. Arrivées dans le pays d'accueil, elles doivent travailler pendant de longues heures au même titre que les hommes. Elles sont donc obligées de s'occuper de leur foyer, de préparer trois repas coréens par jour, d'effectuer toutes les tâches ménagères et, en même temps, de travailler à l'extérieur de la maison pour toucher un revenu. Étant donné le temps consacré à la préparation des plats coréens, elles ont du mal à faire des repas différents pour elles et leur famille. Se confrontant au refus catégorique de leur mari de manger des repas plus sains, elles abandonnent les recommandations diététiques et consomment des repas qui diffèrent de l'alimentation diabétique. Selon elles, elles n'auraient pas eu de complications du diabète, si leurs maris avaient adopté le même régime alimentaire qu'elles :

« "It would be easier for me to my diabetes if I were a man. You know Korean meals, it is just a pain to make the meal differently. My husband said he'd rather die and eat the 'delicious [salty] one' than to eat bland soup. Finally, I gave up and ate the same meals with him. I would not have had the diabetes complications if he had eaten a healthy meal with me [sigh]" (female, age 63) » (Nam et al., 2013, p. 218).

Les participantes de l'étude de Cha et al. exposent aussi les difficultés auxquelles elles sont confrontées lors de la préparation des repas. Traditionnellement, les hommes coréens doivent travailler et subvenir aux besoins de la famille et les femmes doivent rester à la maison pour s'occuper de la famille et préparer les repas. Ainsi, les femmes sont confrontées à de véritables défis en voulant instaurer une alimentation plus saine dans leur foyer. Elles expriment un sentiment de culpabilité lorsqu'elles se heurtent à l'insatisfaction de leur famille quand elles servent des repas qui suivent les recommandations diététiques. Pour éviter les conflits et les tensions, elles décident donc de se sacrifier et de stopper leurs efforts liés à l'adoption d'une alimentation saine. En revanche, la plupart des hommes ont l'opportunité de suivre un régime alimentaire adapté à leur maladie. Cela ne représente aucune difficulté pour eux dans la mesure où c'est leur femme qui prépare à manger. Leurs femmes leur préparent des repas équilibrés avec des aliments sains, même si ce ne sont pas des aliments qui plaisent à toute la famille (Cha et al., 2012).

Cette différence entre les hommes et les femmes face à la préparation des repas apparaît aussi dans l'article de Chun et al. Les participantes mentionnent également que le bouleversement des rôles traditionnels familiaux dans le pays d'accueil et du pouvoir conjugal provoque des conflits au sein des couples. Les hommes ne pouvant plus assurer seuls les revenus financiers de la famille à cause du chômage ou d'autres facteurs, les femmes doivent également contribuer aux revenus économiques du foyer. Ce phénomène a permis aux

épouses d'acquérir une plus grande indépendance en recherchant de nouvelles opportunités éducatives ou un emploi. Elles se retrouvent donc à jongler entre le fait de remplir les obligations et les attentes du rôle familial et la poursuite de leurs objectifs éducatifs ou professionnels. Ne recevant aucun soutien de la part de leur mari dans les tâches ménagères et dans la gestion du diabète, ces femmes éprouvent une sensation de stress croissante et un sentiment de solitude :

Mrs. P18 (60-years old): .A few years ago, I went to school. My husband never encouraged me to go to school. So before I went to school, I had to cook dinner and make food for him to eat. After school, I washed the dishes for him. That's how I did it so it wouldn't affect him. I never affect my family with my private business. In regard to household chores...my husband doesn't help me out so I do everything myself...it affects my emotional stability. You have to do all this work yourself and there's no one to help you... (Chun et al., 2012, p. 10).

À l'inverse, certains hommes expriment un soulagement et apprécient le nouveau rôle de leur femme, car cela leur permet d'avoir plus de temps à consacrer à la gestion du diabète et à leur santé en général. De plus, pour les participants plus âgés, leur changement de rôle en tant que grand-parent implique des responsabilités plus importantes en matière de garde d'enfant et de tâches ménagères. Traditionnellement, dans la culture chinoise, les grands-parents assument des rôles familiaux très actifs et gardent leurs petits-enfants. Cependant, à cause de pressions économiques, ils sont principalement sollicités par les membres de la famille pour travailler dans leur commerce. Par conséquent, ces grands-parents ressentent un niveau élevé de stress et un sentiment d'être pris au piège dans leur famille, ce qui provoque des conflits et diminue le temps qu'ils ont à disposition pour s'occuper correctement de leur diabète (Chun et al., 2012).

5.3.3. Accès aux soins

Si le soutien des proches joue un rôle crucial dans l'autogestion du diabète pour cette population particulièrement vulnérable, l'accès aux soins occupe également une place non négligeable dans leur quotidien marqué par la maladie. Six thèmes liés à l'accès aux soins émergent des différentes études sélectionnées : l'accès à une assurance (Long et al., 2012 ; Hu et al., 2013 ; Cha et al., 2012 ; Chun et al., 2012 ; Leung et al., 2014), les difficultés financières (Long et al., 2012 ; Hyman et al., 2017 ; Hu et al., 2013 ; Cha et al., 2012 ; Chun et al., 2012 ; Smith-Miller et al., 2017), les barrières de la langue (Long et al., 2012 ; Nam et

al., 2013 ; Chun et al., 2012 ; Leung et al., 2014), le travail (Long et al., 2012 ; Nam et al., 2013 ; Chun et al., 2012), les moyens de transport (Cha et al., 2012 ; Leung et al., 2014) et les difficultés liées à l'âge (Leung et al., 2014).

a. L'accès à une assurance

Cinq études parmi celles sélectionnées abordent la thématique de l'accès aux assurances comme une barrière à la gestion de la maladie (Long et al., 2012 ; Hu et al., 2013 ; Cha et al., 2012 ; Chun et al., 2012 ; Leung et al., 2014). Pour commencer, tous les participants de l'étude de Long et al. voient le fait de ne pas avoir d'assurance comme un obstacle principal à l'accès aux soins aux États-Unis. Néanmoins, ils indiquent qu'il existe des services dans la communauté où ils peuvent bénéficier de soins ou de traitements s'ils n'ont pas assez d'argent ou ne bénéficient pas d'assurance maladie. Malheureusement, ils précisent que beaucoup de personnes migrantes originaires d'Amérique latine aux États-Unis n'ont pas connaissance de l'existence de ces cliniques gratuites, qui prodiguent des soins aussi efficaces que les hôpitaux classiques (Long et al., 2012).

Dans l'étude de Cha et al., les participants expliquent que le système de santé américain est très différent de celui en Corée. Ainsi, ils relatent que les jeunes coréens qui arrivent aux États-Unis ne trouvent pas pertinent de prendre une assurance maladie, car ils ne se sentent pas concernés par une problématique de santé particulière. Par conséquent, lors de l'annonce du diagnostic, les participants ne peuvent pas bénéficier d'une couverture d'assurance adaptée, car leurs revenus demeurent trop modestes (Cha et al., 2012).

De plus, les participants qui ont plus de difficulté que les autres à contrôler leur diabète sont plus touchés par le manque de couverture financière de l'assurance. Effectivement, ces participants ont la plupart du temps besoin d'une thérapie pharmacologique avancée (l'insuline par exemple) et d'une surveillance de la glycémie plus fréquente. Ces personnes hésitent donc à suivre l'insulinothérapie recommandée à cause de ses coûts élevés, jusqu'à ce qu'elles deviennent bénéficiaires de Medicare (une assurance maladie pour les personnes de plus de 65 ans ou pour les plus jeunes personnes atteintes de maladies chroniques). L'éligibilité à Medicare a été un tournant qui a changé leurs comportements et leur état d'esprit, car le nombre de traitements accessibles s'est d'un seul coup élargi. Cependant, avec l'accès à Medicare, certains participants demandent d'office un traitement par insuline, même si leur médecin ne l'indique pas, car ils expliquent que grâce à cela, ils pourront manger sans se restreindre (Cha et al., 2012).

Dans l'étude de Chun et al., les participants chinois mettent également en avant que le fait de ne pas pouvoir bénéficier d'une assurance maladie aux États-Unis et, ainsi, d'une couverture financière suffisante est un obstacle à l'obtention de soins préventifs et curatifs de leur diabète. En effet, ils expliquent qu'avec leur travail, ils ne gagnent pas assez d'argent pour se payer une assurance maladie qui permet de couvrir leurs besoins en termes de santé, mais gagnent "trop" d'argent pour pouvoir toucher les subventions pour les soins de la part du gouvernement. Par conséquent, ces derniers se sentent socialement marginalisés et constamment stressés à propos de la gestion de leur diabète (Chun et al., 2012).

L'étude de Leung et al., qui se déroule également aux États-Unis, rejoint les résultats des études précédentes. En effet, une grande partie des participants n'a pas accès à une assurance maladie et ne peut soigner son diabète correctement à cause des coûts élevés des soins. Certains n'ont pas accès aux groupes de discussion sur la santé organisés par les réseaux d'assurances, car ils ne font pas partie de ces derniers : «I know there are some health talks organised by insurance networks. But I am not connected to any of these networks, so I received limited information» (Participant 2, female) » (Leung et al., 2014, p. 6).

b. Les difficultés financières

Comme vu précédemment, l'accès à une assurance maladie est un facteur critique dans la gestion du diabète chez les personnes migrantes diabétiques de type 2. Ce facteur est étroitement lié aux moyens financiers et revenus de ces personnes. Les difficultés financières sont perçues comme une barrière à la gestion du diabète par six des articles sélectionnés (Long et al., 2012 ; Hyman et al., 2017 ; Hu et al., 2013 ; Cha et al., 2012 ; Chun et al., 2012 ; Smith-Miller et al., 2017).

L'étude de Long et al., met en exergue que les coûts des soins sont trop onéreux pour les participants qui n'ont pas forcément assez d'argent pour pouvoir se payer leurs traitements. Comme vu dans le chapitre précédent, certaines personnes migrantes originaires d'Amérique latine ne sont pas au courant de l'existence de cliniques gratuites qui pourraient les aider à obtenir les traitements nécessaires (Long et al., 2012).

L'étude quantitative de Hyman et al. montre également que les difficultés financières sont un facteur prédictif statistiquement significatif qui influence l'autogestion du diabète chez les personnes migrantes atteintes de diabète de type 2. 30,8% des participants font face à des difficultés financières dans leur quotidien. Les participants qui n'ont pas assez d'argent pour

gérer leur diabète sont significativement moins aptes à 9% à exercer les bonnes pratiques de gestion du diabète ($p= 0.0233$) (Hyman et al., 2017).

Dans l'étude de Hu et al., les participants soulignent que le manque de revenu du foyer et de ressources financières est un problème majeur. Ils ne peuvent parfois pas acheter leurs traitements, ne peuvent pas se payer des lunettes de vue adaptées ou s'acheter des fruits ou légumes, car ceux-ci coûtent cher : « "We want to eat everything and it's difficult, very difficult, especially, because of money. You can't just go and buy vegetables and fruits" (female, 40 years old) » (Hu et al., 2013).

La thématique de ne pas pouvoir se payer ses traitements revient également dans l'étude de Cha et al. Les personnes migrantes coréennes aux États-Unis ont la plupart du temps de faibles revenus à cause de leur travail (travail temporaire, petites entreprises) et une couverture d'assurance insuffisante à leurs besoins. Ainsi, ils ne peuvent pas se payer certains traitements, tels que l'insuline ou les traitements per os comme la Metformine, qui coûtent cher. En plus, ils doivent recevoir une ordonnance, souvent obtenue auprès d'un médecin volontaire par faute de moyens (Cha et al., 2012).

L'étude de Chun et al. met en lumière un aspect différent des difficultés économiques. En effet, les participants dénoncent les conditions de vie dans lesquelles ils vivent aux États-Unis : un participant explique qu'il loge dans un immeuble avec une cuisine et deux salles de bains à se partager entre treize appartements. Ces mauvaises conditions de logements augmentent le stress lié à l'acculturation et ont des conséquences sur la perception de leur santé. En plus, les difficultés financières ont un impact négatif direct sur la gestion du diabète des personnes migrantes, car elles restreignent leur accès à une assurance maladie et à l'obtention de soins préventifs et curatifs, comme vu précédemment (Chun et al., 2012).

L'étude de Smith-Miller et al. est la dernière étude qui traite des difficultés financières comme étant une barrière à la gestion du diabète chez la population migrante. Bien que les participants travaillent de nombreuses heures, ils touchent un revenu économique bas ne leur permettant pas de suivre les restrictions alimentaires qu'impose le diabète. En effet, une participante confie acheter plusieurs aliments en conserve lors des courses, car ils coûtent moins cher que les aliments sains, comme l'explique ce participant : « "My nutrition is, it is not that great because when one is poor and one does not have money to buy good things" (Case 16; HbA1c 7.0) » (Smith-Miller et al., 2017, p. 549). Le manque de moyens économiques diminue

également leur accès aux soins et les empêche de se payer leurs traitements (Smith-Miller et al., 2017).

c. Les barrières de la langue

Les résultats de quatre études mettent en évidence que les barrières de la langue compromettent la gestion du diabète (Long et al., 2012 ; Nam et al., 2013 ; Chun et al., 2012 ; Leung et al., 2014). Les participants de l'étude de Long et al. parlent tous l'espagnol. Les membres d'un des sous-groupes ethniques (les Mayas) font face à davantage de difficultés, car l'espagnol n'est pas leur langue maternelle. Ils doivent donc, en arrivant aux États-Unis, apprendre l'espagnol, car ils intègrent la communauté hispanique, puis l'anglais. Certaines des épouses des participants ne parlent ni espagnol ni anglais et dépendent de leur mari ou de leurs enfants pour la traduction. Ainsi, plusieurs participants expliquent que le fait de ne pas parler la langue du pays d'accueil constitue une source de stress non négligeable et peut mener à l'isolement social. Pour réduire le niveau de stress, certains participants indiquent préférer parler leur langue maternelle à la maison pour se détendre. D'autres participants ont plus de facilité à s'adapter, car ils ont appris l'anglais dans leur pays d'origine. Pour eux, la connaissance de la langue a facilité leur acculturation dans leur pays d'accueil (Long et al., 2012).

Dans l'étude de Nam et al., les participants soulignent qu'ils maîtrisent peu l'anglais ce qui les empêche de poser des questions à leur médecin ou de participer à des séances d'éducation thérapeutique : « "I have many questions to ask doctors but I wouldn't, because I may not understand their English... When I feel that I am not treated adequately, I would like to go to the emergency room and have my whole body checked" (female, age 52)» (Nam et al., 2013, p. 217). Ils ressentent par conséquent de l'incertitude par rapport à la progression et de la gestion de leur maladie. Aussi, ils sont dépendants de traducteurs ou de proches qui parlent la langue du pays d'accueil (ici, l'anglais) et ne veulent pas les déranger. Ainsi, les participants vont consulter uniquement quand ils ont des symptômes (Nam et al., 2013).

Les résultats de l'étude de Chun et al. montrent que les participants ont une faible maîtrise de l'anglais. Cela influence leur accès au système de santé et a pour conséquence d'inhiber leur communication avec les prestataires de soins de santé et de compliquer l'accomplissement des tâches plus banales, telles que la prise de rendez-vous ou l'achat de matériel nécessaire à la gestion du diabète en pharmacie. Par conséquent, l'autogestion quotidienne du diabète devient une source de stress et d'anxiété pour eux. La barrière de la langue nuit également à leur sentiment d'auto-efficacité dans la gestion de leur santé et de leur bien-être en général :

"Mrs. S1 (55-years old): ...for my husband and myself, it's equivalent to being crippled, dumb, and blind. It's really miserable!...When I first came here, I cried all the time....it was really, really difficult..." (Chun et al., 2012, p. 5).

La recherche de Leung et al. est la dernière étude sélectionnée traitant des barrières de la langue. Les participants de cette étude expliquent qu'il leur est difficile d'avoir accès et de comprendre des informations sur la santé, car ils ne parlent/comprennent pas l'anglais. Comme expliqué précédemment, certains cherchent de l'information sur des sites et applications chinois, mais se sentent confus, car parfois ces instructions ne sont pas cohérentes avec celles qu'ils ont reçues aux États-Unis, à cause par exemple de l'utilisation d'échelles différentes ou des informations qui ne prennent pas en compte leur contexte culturel (Leung et al., 2014).

d. Le travail

Trois articles sélectionnés abordent le sujet du travail (Long et al., 2012 ; Nam et al., 2013 ; Chun et al., 2012). Les résultats de Long et al. mettent en avant la difficulté de trouver un travail aux États-Unis pour la population migrante en provenance d'Amérique latine. En effet, une grande partie des participants a migré aux États-Unis dans l'espoir de trouver un travail avec un revenu plus élevé. Mais malheureusement, ils expliquent qu'ils n'ont pas trouvé de meilleure opportunité de travail aux États-Unis et doivent donc se contenter d'emploi à bas revenu, malgré leur niveau d'éducation : "People who have high positions there (in Colombia) have to begin with very low level jobs here" (Long et al., 2012, p. 138). D'autres participants ont fui leur pays d'origine à cause de la violence. Certains faisaient des études qu'ils n'ont pas pu terminer en arrivant aux États-Unis, car ils étaient obligés de trouver un emploi pour subvenir à leurs besoins. D'autres participants déclarent qu'ils ont trouvé un travail proposé par un membre de la communauté. Ils ont ainsi moins d'opportunités d'apprendre et de pratiquer la langue du pays d'accueil (ici, l'anglais) (Long et al., 2012).

L'étude de Nam et al. relève aussi le fait que le travail peut revêtir des aspects négatifs pour les participants. Ces derniers notent que leur activité professionnelle très intense de jour comme de nuit est leur priorité absolue pour économiser suffisamment d'argent. Par conséquent, leur alimentation est inadéquate et ils font peu, voire pas d'activité physique. Les participants précisent que la vie d'une personne migrante est stressante, car il leur faut trouver du travail, pour pouvoir aider financièrement leur famille restée en Corée : « "I came here first and then invited the rest of my family (6 siblings and parents). I had to take care of my old father and a sick sister. On top of that, I needed to help other siblings settle down in the new country. I really haven't had time to take care of myself. When I heard I got diabetes [pause] I

realized that it is time for me take care of myself [cry]" (female, age 58) » (Nam et al., 2013, p. 217). Aussi, certains participants abordent aussi le sujet du changement de statut lors de la migration : certains exerçaient des emplois haut placés dans la société avant la migration et se retrouvent, par exemple, à devoir servir dans un restaurant (Nam et al., 2013).

C'est également le cas pour quelques participants de l'étude de Chun et al. En effet, eux aussi ont dû faire face à cette perte de statut socioprofessionnel en arrivant dans leur pays d'accueil. Cette perte peut diminuer l'estime des personnes qui la subissent et mener à leur isolement social. Certains disent ressentir une grande quantité de stress et des symptômes dépressifs. Tous ces facteurs diminuent le bien-être de la personne concernée, comme l'explique cette participante à propos de son mari :

Mrs. S26: He should go out more often and make contact with other people... and take a walk outside... his mood may get better this way. It's better than staying home all the time... he gets so depressed... Has he thought about changing his quality of life?... No, he's very stubborn. He is concerned about his "face" (Chun et al., 2012, p. 12).

En revanche, d'autres participants de cette même étude mettent en lumière le sujet du travail, cette fois-ci d'une autre manière. Ces autres participants évaluent leur nouvel environnement de travail aux États-Unis comme positif. En effet, les conditions de travail dans leur pays d'origine étaient très dures et nocives pour leur santé :

Mr. S27 (58-years old): ... my wife's job pressure was very high in Hong Kong. Pressure can really affect a person's emotional state... After she came here, the pressure wasn't as great... we have more time together... I walk with her in the park several times a week... she didn't even like to walk for half an hour in Hong-Kong...she has a more cheerful disposition, she controls her diet better and she experiences less stress... This is much better for her illness. Her entire person, the color of her face and other things are much better... (Chun et al., 2012, p. 12).

Les meilleures conditions de travail et la stabilité professionnelle permettent aux participants de mieux s'occuper de leur famille et de leur santé en pratiquant plus d'activité physique et en faisant de la relaxation. La majorité des participants font également l'éloge de l'état de l'environnement aux États-Unis, louant la pureté de l'air, le climat doux et confortable, la verdure et les parcs, ainsi que la présence de moins de foules par rapport à la Chine. Ces opinions positives leur ont permis de renforcer leurs liens avec les États-Unis et leur ancrage dans ce pays, et ont renforcé leur décision de s'y installer (Chun et al, 2012).

e. Les moyens de transport

Deux études mentionnent les moyens de transport comme une barrière à l'accès aux soins, compliquant ainsi la gestion du diabète des personnes migrantes diabétiques de type 2 (Leung et al., 2014 ; Cha et al., 2012). Dans l'étude de Leung et al., plusieurs participants expliquent que les voyages pour atteindre des groupes de discussion sur la santé sont un challenge. Certains ne peuvent pas conduire à cause de leur mauvaise vue, d'autres souffrent de fréquents malaises à cause d'hypoglycémies et ne peuvent prendre les transports publics. Ils se retrouvent dépendants des autres pour les moyens de transport, ce qui ne facilite pas leur participation aux différents groupes : « "My blood glucose goes up and down, which is unstable. My daughter keeps calling me and wants to pick me up because I fainted on the street twice. I told her that I would be going home by public transportation. She was still worried and asked me to be careful." (Participant 21, female) » (Leung et al., 2014, p. 6).

Les résultats de l'étude de Cha et al. rejoignent ceux de l'étude de Leung et al. : l'accès limité aux moyens de transport est un obstacle à l'accès aux soins. En effet, certaines participantes n'ont jamais appris à conduire et d'autres ne peuvent plus conduire à cause de troubles liés au vieillissement. Certains ont dû changer pour un médecin généraliste au lieu d'un spécialiste, car la clinique en question proposait un moyen de transport. Ils expliquent que les difficultés d'accès aux transports diminuent drastiquement la possibilité d'aller à l'hôpital ou chez un prestataire de soins (Cha et al., 2012).

f. Les difficultés liées à l'âge

Seule une des études sélectionnées mentionne les difficultés liées au vieillissement comme obstacle à l'autogestion du diabète. L'étude de Leung et al. met en lumière que les problématiques liées à l'âge peuvent diminuer la motivation des personnes migrantes âgées à assister aux groupes de discussion. En effet, les troubles auditifs ne favorisent pas leur participation et le fait de rester assis pendant plusieurs heures peut leur provoquer des douleurs dorsales. Les participants de l'étude admettent également que leur capacité de concentration se trouve diminuée, ce qui les décourage à participer aux séances d'information ou à consulter un professionnel de santé. L'étude montre également que certains participants souffrent de troubles de la vision les empêchant de lire les documents imprimés en police de petite taille ou les textes affichés sur un écran d'ordinateur : « "We are old now, sometimes we are forgetful. I do not want anything [health education]. I used to learn how to use a computer. When I learnt it, my eyes were not capable, my lower back was not capable. I cannot sit for a long time. So I want the simplest [health information], I don't want those complicated things" (Participant 22, female) » (Leung et al., 2014, p. 8).

5.3.4. Facteurs liés aux soignants

La relation patient-soignant et la qualité des soins semblent avoir une grande influence dans l'autogestion du diabète chez les personnes migrantes. Plusieurs études mettent en lumière cette problématique (Hyman et al., 2017 ; Alzubaidi et al., 2016 ; Cha et al., 2012 ; Chun et al., 2012 ; Leung et al., 2014 ; Smith-Miller et al., 2017).

a. La relation avec les soignants

Même si une bonne relation patient-soignant est favorable à l'autogestion du diabète de type 2 chez les personnes migrantes, dans la plupart des études sélectionnées, il semble y avoir énormément de déception à l'égard des prestataires de soins de santé dans cette population. Dans l'étude d'Alzubaidi et al., les participants éprouvent de la difficulté à poser leurs questions et à confier leurs préoccupations aux professionnels de santé. Ils ont en effet peur de faire perdre leur temps aux soignants en question, de paraître ignorants. Beaucoup ont indiqué avoir des questions sans réponse et des incertitudes sur la gestion du diabète à la suite d'une consultation médicale. De plus, les participants exposent le fait que les prestataires de soins négligent parfois leur contexte socioculturel, se concentrant ainsi que sur ce qu'ils jugent important. Pour améliorer la communication et la relation entre le patient et le professionnel de santé, les participants ont exprimé le désir de pouvoir parler ouvertement de leurs préoccupations et questions, de recevoir du soutien émotionnel et de la compréhension par rapport à leur contexte culturel et de favoriser des interactions en face-à-face, si possible dans la langue du patient, plutôt que téléphoniques (Alzubaidi et al., 2016).

L'étude d'Hyman et al. montre que la relation avec le personnel soignant est un facteur prédictif statistiquement significatif qui influence l'autogestion du diabète chez les personnes migrantes atteintes de diabète de type 2 à Toronto. En effet, les participants qui entretiennent une relation de mauvaise qualité avec les soignants sont significativement moins aptes à 16% à exercer les bonnes pratiques de gestion de leur diabète ($p = 0.0016$). Néanmoins, le score de l'échelle évaluant l'interaction entre le patient et le soignant est de 3,89 sur 5 selon les participants (5 étant la meilleure qualité). 60,8 % des participants se sentent toujours ou souvent traités de manière juste et équitable. 59,2 % d'entre eux se sentent toujours ou souvent traités avec respect et dignité. 58,5 % se sentent confortables et acceptés dans le système de soins et 53,9% d'entre eux se sentent compris et acceptés par les professionnels de santé (Hyman et al., 2017).

L'étude de Cha et al., pour sa part, expose le fait que dans la culture coréenne la hiérarchie sociale est très importante lors des interactions entre individus. Le médecin est hautement

considéré et jouit d'une position sociale élevée, car il a un haut niveau d'éducation et possède des connaissances professionnelles approfondies. La plupart des participants expriment donc de la déception à l'égard de la relation qu'ils entretiennent avec les médecins d'origine coréenne aux États-Unis. Ils désirent avoir une relation de confiance avec ces derniers dans laquelle ils se sentent suffisamment à l'aise pour exprimer leurs inquiétudes et interrogations. Pour eux, le médecin joue un rôle d'éducateur qui augmente les connaissances des patients sur le diabète et facilite l'acquisition de compétences pratiques sur les soins de cette maladie. Il doit également soutenir émotionnellement les patients en éprouvant de l'empathie et en se montrant compréhensif face aux défis que rencontrent les participants dans l'autogestion de leur diabète (Cha et al., 2012).

La position sociale élevée du médecin dans la culture coréenne impacte donc directement la relation avec le patient : certains médecins prennent ainsi les décisions concernant la prise en soins de la personne sans que cette dernière ait son mot à dire. Très souvent, les médecins sont perçus comme des prescripteurs de médicaments et n'entretiennent pas de lien de proximité avec les patients. Selon les participants, leurs conseils ne prennent pas en compte leurs besoins et caractéristiques personnelles. Ainsi, ils trouvent que leurs propos manquent de tact et sont antipathiques. Compte tenu de cette relation inégale et de leurs besoins non satisfaits en matière d'éducation sur le diabète, certains participants préfèrent aller consulter des médecins américains malgré la barrière linguistique et culturelle. De plus, selon eux, les médecins américains sont plus compétents que leurs confrères coréens. Comme ils désirent devenir un partenaire de soins dans la gestion de leur diabète, ils ont tendance à préférer les médecins américains qu'ils estiment plus empathiques et prêts à leur donner des explications sur leur état de santé (Cha et al., 2012).

Les participants de l'article de Chun et al. évoquent la même problématique en lien avec les différences de compétences entre les médecins américains et sinophones. Pour eux, les médecins américains d'origine chinoise sont moins courtois, patients et attentifs que les médecins américains. Ils estiment que les médecins américains sont plus soucieux de leurs besoins en matière de santé, plus aimables, moins préoccupés par les gains monétaires et possèdent des normes professionnelles et éthiques plus élevées que les médecins américains sinophones. Par conséquent, les participants étaient réticents à poser des questions sur la gestion du diabète ou à partager leurs problèmes de santé avec leurs médecins sinophones à cause des normes culturelles chinoises qui renforcent les relations hiérarchiques entre le médecin et le patient. Ce fait semble entraver les discussions directes et authentiques avec leurs médecins chinois américains (Chun et al., 2012).

La majorité des participants de l'étude de Leung et al. possède également une haute estime de l'autorité des médecins. Ils indiquent qu'ils préfèrent recevoir des informations sur l'éducation thérapeutique et la gestion du diabète par des médecins, étant donné leur position sociale élevée. Toutefois, la plupart expriment une réticence à l'idée de se confronter à leurs médecins lorsqu'ils ne comprennent pas ou ne peuvent pas suivre les instructions proposées. Ils ont également du mal à discuter de leur plan de traitement avec leurs médecins, car ils pensent que tout ce que disent les médecins est juste et que les patients doivent toujours leur obéir. À certaines occasions, ils admettent qu'ils ne peuvent pas communiquer ouvertement avec leurs médecins en raison de leur réticence à contester leur autorité :

I will follow whatever the doctor tells me. It would be strange if the doctor discusses the treatment plan with me, and it is unnecessary for the doctor to do that. I have never accused the doctor for anything wrong. Just like a child and his father—the doctor is like our parent, and whatever he says is correct. If ... the doctor has said something wrong, and I notice it ... then I know more than the doctor. That's impossible ! (Participant 16, male) (Leung et al., 2016, p. 5).

Le fort sentiment de respect pour les médecins semble ainsi être un frein à la communication de leurs besoins et de leurs préférences aux professionnels de la santé, et à l'obtention d'informations supplémentaires sur leur régime alimentaire et leurs traitements (Leung et al., 2014).

Pour les participants de l'étude de Smith-Miller et al., les professionnels de santé (les médecins, les diététiciens, les infirmiers, ...) apportent d'importantes informations sur l'autogestion du diabète et contribuent à améliorer leurs connaissances sur la maladie. De manière générale, les participants décrivent leur relation avec les professionnels de santé comme positives. Cependant, quelques participants se plaignent de se sentir précipités et stressés à cause du manque de temps lors des rendez-vous. Ils regrettent également le peu de temps passé avec leur médecin et la pauvre qualité des rencontres lors des consultations. Selon eux, les professionnels de santé étaient souvent pressés, inattentifs et distraits. Les participants perçoivent ces comportements comme irrespectueux, insensibles et certains supposent qu'ils sont liés à leur statut migratoire : « "The female doctor she is always in a hurry. It is like . . . what seems important to me is not, since I do not have my papers. . ." (Case 13; HbA1c 9.0) » (Smith-Miller et al., 2017, p. 548). Les participants quittent souvent leur rendez-vous en étant confus et perdus parce qu'ils n'ont pas eu le temps de poser des questions sur des aspects importants de leurs soins (sur les résultats de laboratoires par exemple). D'autres regrettent le manque de compétences relationnelles chez certains

professionnels de la santé qu'ils considèrent comme froids. Les interactions de piètre qualité avec le personnel soignant sont une source de frustration pour les participants et représentent un obstacle supplémentaire à la gestion de leur diabète (Smith-Miller et al., 2017).

b. Le suivi et la qualité des soins

Les avis divergent en matière de suivi et de qualité des soins dans plusieurs des articles sélectionnés (Long et al., 2012 ; Alzubaidi et al., 2016 ; Hu et al., 2013 ; Chun et al., 2012 ; Leung et al., 2014).

La qualité des soins est perçue par les participants de l'étude de Chun et al. comme étant meilleure aux États-Unis qu'en Chine. En effet, les participants ont été satisfaits que certains professionnels de la santé leur proposent des services de santé adaptés à leur culture, comme le fait de pouvoir s'entretenir avec des professionnels bilingues ayant connaissance de leur culture. Ils ont alors le privilège de recevoir une éducation et des conseils sur la gestion du diabète propices, ainsi que de bénéficier d'un soutien émotionnel précieux. En revanche, ils éprouvent moins de satisfaction au sujet des services de traducteurs : il faut souvent attendre longtemps pour obtenir un tel service, ce qui provoque énormément de frustration chez certaines personnes (Chun et al., 2012).

Les participants de l'étude de Hu et al. ont une vision plus négative de la qualité des soins aux États-Unis. Ils affirment que le manque de soutien de la part du système de santé américain les frustre. Certains expliquent que les soignants n'accordent que peu d'attention à leurs problèmes de santé et que, par conséquent, ils se sentent abandonnés. D'autres confient qu'ils n'ont pas accès à un médecin de famille pour leur prescrire des traitements pour leur diabète : « "I don't have money to buy the medicine nor do I have a doctor to prescribe it. Here (referring to the free community clinic) we (referring to Hispanics) used to get medical attention, but not anymore" (female, 65 years old) » (Hu et al., 2013).

L'opinion des participants de l'article d'Alzubaidi et al. rejoint celle des participants de l'étude de Hu et al. Ils avancent qu'aucun soutien à l'autogestion n'a été offert aux participants après l'annonce de leur diagnostic. En effet, les participants ont reçu énormément d'informations orales et écrites sur l'autogestion du diabète, mais uniquement à ce moment-là. De plus, avec les facteurs de stress liés à la migration et à leur maladie, ils se sentent parfois submergés. C'est pourquoi ils souhaiteraient pouvoir bénéficier de plus de soutien émotionnel de la part des soignants et qu'ils leur apprennent des stratégies pour mieux gérer leur stress (Alzubaidi et al., 2016).

Pour leur part, les participants de l'étude de Long et al. expriment des avis divergents quant à la qualité des soins dans le système de santé aux États-Unis. D'un côté, une minorité d'entre eux pense que le système de soins aux États-Unis est de meilleure qualité que dans leur pays d'origine en Amérique latine, et qu'il est accessible pour tous ceux qui ont besoin d'aide. D'un autre côté, d'autres participants sont plus mitigés sur le sujet. Ils se plaignent de longs temps d'attente avant de pouvoir consulter et du fait qu'il faut bénéficier d'une assurance pour se faire soigner. Ils expliquent également qu'il leur est plus difficile d'obtenir une ordonnance pour les médicaments aux États-Unis que dans leur pays d'origine. Ainsi, plusieurs des participants préfèrent aller se faire opérer ou acheter des médicaments dans leur pays d'origine et d'autres préfèrent s'occuper de leurs problèmes de santé eux-mêmes pour économiser du temps et de l'argent. D'autres précisent qu'ils allaient consulter uniquement aux urgences quand leur état de santé se péjorait avant d'apprendre l'existence des cliniques gratuites (Long et al., 2012).

Finalement, certains membres du sous-groupe des Mayas sont particulièrement réticents et effrayés à l'idée d'aller à l'hôpital, car ils affirment que leur culture n'est pas prise en compte dans les services de soins aux États-Unis. Ce sentiment de déconsidération suscite de la méfiance à l'égard du système de soins américain. Ils donnent l'exemple d'une jeune maman ayant accouché récemment dans un hôpital américain. Les sages-femmes et infirmières ignoraient que, dans la tradition maya, les sages-femmes doivent s'occuper de la mère et du bébé pendant plusieurs semaines après l'accouchement. Cette différente vision de l'établissement du lien d'attachement a été mal interprétée par les soignants, qui ont, dans ce contexte, alerté le département de la famille et des enfants. Peu de temps après, le bébé a été retiré à la mère. Depuis cette histoire, les membres de ce sous-groupe étaient terrifiés à l'idée d'aller à l'hôpital ou de s'y faire soigner (Long et al., 2012).

6. DISCUSSION

Les différents résultats des études sélectionnées mettent en avant les ressources et difficultés vécues par des personnes diabétiques de type 2 issues du contexte migratoire. Cette partie va ainsi analyser plus finement ces résultats et va les mettre en lien avec la problématique de ce travail ainsi qu'avec la théorie de Madeleine Leininger.

6.1. La gestion du diabète

Les propos des participants des diverses études illustrent les différentes composantes de la gestion du diabète. Parmi ces dernières, les traitements, représentant pour certains la composante la plus importante de la gestion du diabète, peuvent être sujets à de nombreuses représentations culturelles (Cha et al., 2012 ; Smith-Miller et al., 2017) et leur prise régulière peut être rendue compliquée par les horaires des repas et du travail (Hu et al., 2013). La prise de traitements est effectivement comprise dans l'un des quatre axes des bonnes pratiques de soins du diabète de type 2 définis par la SSED (l'axe de la gestion de la maladie) (2014). Si cette bonne pratique est importante pour les soins du diabète de type 2, elle n'est pas forcément évidente à mettre en place, comme l'expliquent les participants. Leurs représentations à propos des traitements entravent parfois leur prise régulière. Ces dernières sont souvent liées au contexte culturel de la personne. En effet, certains participants affirment partager leurs croyances avec leur communauté (Smith-Miller et al., 2017). Le fait de partager ses représentations avec les membres de sa communauté participe à l'élaboration des valeurs culturelles (McFarland & Wehbe-Alamah, 2014), que définit Leininger comme un ensemble de croyances, symboles, valeurs, rituels et normes caractérisant le mode de vie de chaque individu ou communauté qui se transmettent d'une génération à une autre (Leininger & McFarland, 2006 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, cité dans Alligood, 2017).

Ces valeurs culturelles, comme vu précédemment, sont un concept central dans la théorie de Leininger et se retrouvent dans sa vision des quatre métaconcepts (la personne, l'environnement, la santé et le soin) (Leininger, 1991 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015 citées par Alligood, 2017). Elles sont également incluses dans le *Sunrise Model* de Leininger sous le nom de facteur des valeurs culturelles, croyances et mode de vie. Ce facteur comprend les croyances, les pratiques folkloriques de soins, la perception du système de santé officiel, la perception des professionnels de la santé, la spiritualité, l'origine et le groupe ethnique de la personne, l'accès à l'information, les connaissances, les attitudes et comportements, l'activité physique, les aliments couramment consommés, la vision du monde et les loisirs (Leininger & McFarland, 2006, cité dans Pereira de Melo, 2013).

Il est intéressant de remarquer que les pratiques folkloriques de soins énoncées dans ce facteur du *Sunrise Model* se retrouvent également dans les témoignages de certains participants. En effet, certains membres de la famille des participants leur proposent plusieurs options de traitements non médicamenteux, tels que les massages, le thé ou les fleurs d'hibiscus, pour soigner leur diabète (Smith-Miller et al., 2017). Ces conseils transmis d'une génération à une autre vont être enseignés à leur tour à la génération future, participant ici aussi à l'édification des croyances culturelles (McFarland & Wehbe-Alamah, 2014).

Un parallèle peut également être fait avec l'étude de Magny-Normilus et al., présentée dans la problématique, qui confirme les propos des participants des différentes études de ce travail. Les participants de cette dernière étude indiquent aussi avoir des pratiques de soins alternatives haïtiennes :

In Haiti, they use the word *doctè féy/pansman* [leaves doctor/ dressings]. So, someone has a cut, they go to the garden and pick up the special leaves, they place the *pansman*, before you know it, the cut is healed. The leaves from Haiti have managed many diseases, even bad infections (Magny-Normilus et al., 2020, p. 55).

Ainsi, il ne faut pas négliger ces soins culturels qui constituent une part importante des pratiques traditionnelles des personnes et qui influencent leur vision de la santé et de la maladie. Il serait donc essentiel de recueillir ces éléments lors d'une anamnèse pour pouvoir prodiguer des soins adaptés sur le plan culturel (McFarland & Wehbe-Alamah, 2014).

Les valeurs culturelles façonnent également la vision de la santé des personnes. Le *Sunrise Model* de Leininger établit que les valeurs culturelles sont un facteur d'influence sur la perception holistique de la santé (McFarland & Wehbe-Alamah, 2014). C'est le cas pour certains participants de l'étude de Cha et al. Ces derniers expliquent que la culture asiatique accorde une grande importance au flux d'énergie naturelle et à la préservation de l'équilibre du yin et du yang. Ainsi, les participants expriment leur réticence à prendre des traitements chimiques, car ils perturbent ledit équilibre (Cha et al., 2012). C'est typiquement dans un cas de figure comme celui-ci qu'intervient l'un des trois processus décisionnels de soins du *Sunrise Model* de Leininger : l'adaptation ou la négociation des soins culturels. L'infirmière va donc adopter un rôle de négociateur et concilier la prescription du médecin (le soin professionnel) et les représentations culturelles du traitement moléculaire de la personne (le soin générique) (Leininger 1991, 1995 ; Leininger & McFarland, 2002, 2006 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, cités dans Alligood, 2017). L'infirmière va aussi pouvoir mobiliser son rôle d'advocacy en défendant les droits et préférences de la personne lors de la négociation avec le médecin

(Phaneuf, 2013). Le fait de défendre les intérêts de la personne au sein de l'équipe interprofessionnelle fait partie du référentiel de compétences infirmières du plan d'étude cadre des Hautes Écoles Spécialisées de Suisse Occidentale [HES-SO]. Il s'agit du rôle d'expert en soins infirmiers faisant pleinement partie du devoir des infirmiers (2012). Le référentiel des compétences CanMeds (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015) et la loi fédérale sur les professions de la santé (OFSP, 2020), sur lesquels se base le référentiel issu du plan d'étude cadre de la HES-SO, en font également mention comme une compétence faisant partie intégrante des professions de la santé en général.

D'autres participants ont une vision plus holistique de la santé. Ils expliquent que la santé inclut un certain équilibre entre l'esprit, le corps et l'âme (Long et al., 2012). Cette vision plus abstraite de la santé fait penser au facteur philosophique et religieux du *Sunrise Model*. Il inclut les valeurs spirituelles et personnelles, le sens de la vie, les pratiques et croyances religieuses, les forces individuelles et la liberté d'expression et de pensée (Leininger & McFarland, 2006, cité dans Pereira de Melo, 2013). Il est d'ailleurs étonnant que le sujet des croyances religieuses n'ait pas plus été abordé dans les différentes études, vu qu'il s'agit d'un des sept facteurs du *Sunrise Model* de Leininger. Seuls quelques participants de l'étude de Long et al. en parlent brièvement en expliquant que la foi et la religion occupent une place centrale dans leur quotidien et qu'ils obtiennent des informations sur la santé dans leur église (Long et al., 2012). Dans l'étude de Magny-Normilus et al. citée dans la problématique, les croyances religieuses constituent un sous-thème à part entière. Certains participants prient pour que Dieu soigne leur maladie et insistent sur le fait qu'il apporte un soutien plus important dans leur gestion du diabète au quotidien que celui que leur fournit leur famille (Magny-Normilus et al., 2020). Ainsi, il serait intéressant d'observer si des messages de promotion de la santé ou de prévention seraient mieux perçus et compris par les personnes s'ils étaient transmis dans leur lieu de culte.

La question de l'accès à des informations de qualité se pose justement dans différentes études. Malgré l'existence de matériaux éducatifs traduits dans la langue maternelle des participants, ces derniers n'en sont pas satisfaits, car ces informations sont uniquement traduites et ne prennent pas en compte leur contexte culturel, notamment sur le plan de l'alimentation (Leung et al., 2014 ; Chun et al., 2012). Il serait intéressant d'utiliser les sept facteurs du *Sunrise Model* de Leininger pour explorer leurs traditions et habitudes de vie afin d'adapter ces matériaux éducatifs. Mais pour cela, il est important que les soignants construisent une relation de confiance empreinte d'empathie pour que les personnes migrantes osent se confier et ne se sentent pas jugées lorsqu'elles laissent transparaître leurs coutumes. Cette notion est également applicable pour les personnes qui ne sont pas issues

de la migration. Une relation de confiance et de qualité avec un soignant est la base d'une anamnèse authentique.

En plus, il se peut que certains participants ne comprennent pas toujours ce qu'expliquent les soignants lors des consultations. Certains se servent de jargon professionnel lors des séances d'éducation thérapeutique, ce qui peut rendre confus les participants (Smith-Miller et al., 2017). Le niveau de littératie dans la langue du pays d'accueil influence la capacité de traitement et de compréhension des informations (Leung et al., 2014). Il faut en prendre compte pour que les informations communiquées puissent être assimilées par les personnes qui les reçoivent. Leung et al. mettent en avant l'existence de deux échelles permettant de mesurer le niveau de littératie : le Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) et le Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM). Néanmoins, ils précisent que ces deux échelles ne sont pas adaptées aux minorités (2014).

L'étude de Smith-Miller et al. tente d'établir un lien entre le niveau de scolarité des participants et leur capacité à comprendre des informations. Ceux qui ont un niveau de scolarité plus bas sont ceux qui ont le plus de difficultés à assimiler les informations lors des entretiens (2017). Leininger se penche aussi sur l'importance du niveau d'éducation, qu'elle inclut dans son *Sunrise Model*. Le facteur éducatif comprend entre autres l'accès à l'éducation, l'alphabétisation (lire et écrire), le type d'école (privée ou publique), le niveau de scolarisation, l'accès à l'information, la résolution de problèmes et la capacité de concentration (Leininger & McFarland, 2006, cité dans Pereira de Melo, 2013). Le niveau de scolarité aurait donc un impact sur le niveau de littératie des personnes, mais de plus, il aurait une influence sur le risque de survenue d'un diabète de type 2 chez les personnes migrantes. C'est ce que met en exergue l'étude de Berkowitz et al. citée dans l'état des connaissances de ce travail. Les chercheurs expliquent qu'un faible niveau de scolarité peut parfois être lié à un statut socio-économique plus bas, diminuant ainsi les opportunités de trouver un emploi. Ce dernier fait serait ainsi associé à un risque accru de développer un diabète de type 2 (Berkowitz et al., 2016).

En sus du fait que leur niveau de littératie ne soit pas toujours pris en compte lors de séances d'éducation thérapeutique, les participants ne sont pas systématiquement bien suivis après l'annonce du diagnostic. Les participants de l'étude d'Alzubaidi et al. précisent qu'ils ont reçu une grande quantité d'informations sur leur diabète uniquement lors de l'annonce du diagnostic. Ils ont ainsi accumulé des lacunes qui les rendent réticents à l'idée de poser des questions, car ils ont honte d'exposer leurs éventuelles déficiences (2016). Le suivi sur le long terme est, d'une part, important pour transmettre au patient toutes les informations nécessaires à son empowerment dans la gestion de sa maladie chronique, et d'autre part,

pour effectuer des contrôles médicaux afin d'éviter les complications de cette maladie. Ces contrôles médicaux font partie des quatre axes de soins du diabète selon la SSED pour prévenir les complications rénales, ophtalmologiques et podologiques (2014). En outre, dans l'étude de Staff et al. citée dans l'état des connaissances, la demande la plus récurrente des participants issus de la migration est de pouvoir rencontrer une infirmière plus fréquemment. Ainsi, en plus d'être justifié sur le plan clinique, un suivi médical plus rapproché est demandé par les personnes migrantes elles-mêmes (Staff et al., 2017).

Ainsi, pour combler leurs lacunes, certains participants vont chercher par eux-mêmes des informations supplémentaires. C'est là que l'importance du facteur technologique du *Sunrise Model* de Leininger intervient. Ce dernier comprend l'accès aux technologies de l'information, aux moyens de communication, aux médias et à la presse, aux appareils électroniques à domicile et à la technologie médicale dans les services de santé (Leininger & McFarland, 2006, cité dans Pereira de Melo, 2013). Certains participants ont accès à diverses sources d'information et savent s'en servir pour augmenter leurs connaissances. Ceux de l'étude de Cha et al. disent aller chercher des réponses auprès de leur communauté, à la télévision, dans des journaux et dans des livres (2012) tandis que ceux de l'étude de Long et al. vont plutôt rechercher des informations sur la santé à la radio, par le bouche-à-oreille et dans des campagnes d'informations sanitaires (2012). Ce fait favorise leur empowerment et constitue une ressource pour eux dans leur gestion du diabète. Mais d'autres, comme quelques participants de l'étude d'Alzubaidi et al., n'ont pas cette opportunité. Effectivement, ces derniers ont reçu des matériaux éducatifs sur leur smartphone et des ressources internet qu'ils peinent à utiliser. En plus, certains sont analphabètes, y compris dans leur langue maternelle (2016). Il est donc important d'évaluer les compétences de chacun et leur accès à la technologie à l'aide du facteur technologique pour leur fournir des matériaux éducatifs sur un support adapté.

Il est d'autant plus important d'évaluer ces compétences avec les personnes âgées. Ces dernières n'ont probablement pas grandi avec toute la technologie actuelle et l'avancée des nouvelles technologies est rapide, parfois trop pour certaines de ces personnes qui auraient de la peine à utiliser un ordinateur ou un smartphone pour aller chercher des informations. Dans l'étude de Leung et al., quelques participants expliquent effectivement qu'à leur âge, ils ne veulent pas apprendre à utiliser un ordinateur, en plus du fait qu'il ne leur est plus possible de rester assis de longues heures le dos courbé. A cela s'ajoutent aussi leurs problèmes de vue qui les empêchent de lire les impressions en police de petite taille ou de lire un texte sur un ordinateur (Leung et al., 2014). Ces difficultés forment un obstacle supplémentaire à l'accès aux informations qui se cumulent avec les barrières de la langue et le faible niveau de littératie.

La difficulté d'accès à des informations de bonne qualité ne favorise pas l'implication de la personne dans sa prise en soins. Effectivement, dans l'étude de Leung et al., plusieurs participants expliquent que dans la culture chinoise, les personnes ne doivent pas être responsables des soins de leur maladie chronique. Ils préfèrent donc laisser le libre choix de l'orientation de leurs soins aux professionnels de la santé (2014). Cet élément est intéressant, car il pourrait contraster avec la vision des soins de Leininger et de l'école du caring en général. Leininger définit le caring comme "l'action d'assister ou de soutenir une personne qui présente des besoins d'améliorer sa santé" (Leininger, 1988, cité dans Cara, 2018, p. 23). De manière plus générale, le caring consiste à "développer, avec réciprocité, une relation humaniste avec la personne dans le but de l'accompagner vers la promotion de sa santé, son harmonie et sa dignité humaine, de même qu'à donner une signification à son expérience de vie" (Cara, 2010, 2017c, cité dans Cara, 2018, p. 22). Une des quatre valeurs humanistes du caring consiste justement à laisser le libre choix à la personne dans sa prise en soin (Cara, 2018). Dans l'étude de Leung et al., il se produit l'inverse. En effet, la personne laisse le médecin prendre des décisions à sa place (2014). Il serait donc intéressant de questionner ces participants sur leurs attentes à propos de l'accompagnement des soignants dans leur prise en soins et de leur présenter le système de santé dans leur pays d'accueil pour qu'ils se fassent une représentation de la vision des soins du pays.

D'autres participants ont des manières plus évidentes de s'investir dans leur prise en soins et souhaitent pouvoir bénéficier de plus d'informations concernant le mode d'action de leurs traitements, le déchiffrement des étiquettes nutritionnelles (Smith-Miller et al., 2017), la gestion du stress, les recommandations de temps d'activité physique et l'alimentation (notamment sur la taille des portions) (Alzubaidi et al., 2016). L'envie d'apprendre se retrouve aussi dans les besoins en termes de soins qui ressortent le plus dans l'étude citée dans l'état des connaissances de Staff et al. Seulement, les participants de cette étude veulent augmenter leurs connaissances sur le fonctionnement du corps humain et les conséquences du diabète, et non pas sur les soins de ce dernier (Staff et al., 2017). Cette envie d'apprendre soulève quoi qu'il en soit l'importance de l'éducation à la santé, qui est également une compétence à part entière du rôle de promoteur de la santé d'un infirmier (HES-SO, 2012).

La deuxième demande des participants de l'étude de Staff et al. après la possibilité de contacter plus souvent une infirmière est de pouvoir bénéficier de plus de soutien au sujet des habitudes alimentaires (2017). Il s'agit justement d'un sujet qui ressort dans plusieurs des études sélectionnées. Dans l'étude de Cha et al., la vision culturelle des participants sur ce

qui constitue de bons ou mauvais aliments diffère des recommandations de l'alimentation diabétique aux États-Unis, ce qui peut être source de confusion pour eux.

Les participants ont également de la difficulté à trouver des aliments qui conviennent à leurs préférences dans leur pays d'accueil (2012). Ces témoignages permettent d'observer l'importance des valeurs culturelles dans le choix des aliments. L'alimentation est ainsi influencée par les traditions des personnes qui ont un impact indirect sur l'adoption d'une alimentation saine, cruciale dans les soins du diabète de type 2. En effet, l'équilibre alimentaire fait partie des quatre axes de soins du diabète de type 2 énoncés par la SSED (2014).

Un autre point intéressant soulevé par les participants est l'importance des plats traditionnels lors des repas, souvent riches en graisses et en sucres (Hu et al., 2013). La consommation d'aliments traditionnels se retrouve également dans l'étude de Magny-Normilus et al. évoquée dans l'état des connaissances de ce travail. Dans cette étude, une participante adapte la portion de ces aliments culturels en fonction de sa glycémie : "Like, I make rice, I make *sós pwa* [bean sauce]. Based on what my blood sugar is, I will decide how much of the rice, *sós pwa*, and meat I eat" (Magny-Normilus et al., 2020, p. 54). Cette participante a ainsi développé une stratégie d'adaptation pour intégrer ces aliments traditionnels à son mode d'alimentation tout en évitant les excès. Il serait intéressant de convier plusieurs participants à des groupes de discussions pour qu'ils partagent leurs stratégies dans la gestion de leur maladie.

Un élément qui rejoint la difficulté à trouver des aliments qui conviennent aux préférences gustatives des participants des différentes études n'a pas été énoncé dans leurs récits (Cha et al., 2012). Il s'agit des différences entre les magasins alimentaires des différents pays. Le fait que leurs structures et leurs contenus puissent différer peut ajouter une difficulté supplémentaire à l'acculturation de ces personnes dans leur pays d'accueil. De plus, elles ne connaissent peut-être pas les aliments typiques du pays d'accueil. Elles doivent donc faire des efforts pour goûter ces nouveaux aliments et se renseigner sur leurs valeurs nutritives. Il s'agirait éventuellement d'une piste d'action intéressante pour aider les personnes migrantes à s'acclimater à leur pays d'accueil tout en prenant soin de leur santé.

La pratique d'une activité physique va de pair avec l'adoption d'une alimentation équilibrée. Il s'agit également d'une pratique des quatre axes de soins du diabète de type 2 de la SSED (2014). Les participants des différentes études évoquent la difficulté de pratiquer une activité physique régulière et de conserver leur motivation sur le long terme (Alzubaidi et al., 2016 ; Hu et al., 2013 ; Smith-Miller et al., 2017). Comme l'explique Leininger dans sa définition du mode de vie, il s'agit d'habitudes au quotidien (Leininger, 1991 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015), cité dans Alligood, 2017). Il semble donc que ces habitudes soient difficiles à mettre en

place pour ces participants (Alzubaidi et al., 2016 ; Hu et al., 2013 ; Smith-Miller et al., 2017). Il est d'autant plus difficile de prendre des bonnes habitudes à cause de certaines barrières structurelles dans le pays d'accueil, comme l'explique un participant de l'étude de Magny-Normilus et al. cité dans la problématique : "In Haiti, we walk to school and back, we walk to meet our friends when we need to socialize, we walk to meetings, everything we walk to" (Magny-Normilus et al., 2020, p. 55). En plus d'être un obstacle à l'autogestion du diabète, le mode de vie différent aux États-Unis est aussi une barrière à l'acculturation de ces personnes, qui avaient plus tendance à marcher dans leur pays d'origine.

En outre, les symptômes physiques du diabète que ressentent certains participants les empêchent de pratiquer une activité physique. En effet, les douleurs et la sensation de faiblesse engendrée par les restrictions alimentaires handicapent la personne dans ses activités de la vie quotidienne et la restreignent dans la pratique d'une activité physique (Hu et al., 2013). Il s'agit d'un cercle vicieux qui altère considérablement le bien-être de la personne. Soigner ces symptômes physiques pourrait donc améliorer les prédispositions de la personne à faire de l'activité physique.

En plus d'impacter la personne dans sa pratique d'une activité physique, les symptômes peuvent être une cause d'isolement social. La douleur, le sentiment de faiblesse ou les problèmes de vue liés aux rétinopathies diabétiques altèrent la qualité de vie de ces personnes, mais les isolent également. Le fait d'être isolé de leurs proches, qui jouent un rôle de soutien précieux dans leur parcours avec le diabète (Smith-Miller et al., 2017), peut provoquer en elles un sentiment de détresse psychologique (Hu et al., 2013). Cet élément sera développé plus bas, dans le chapitre consacré aux relations avec les proches et la communauté.

Quant à elle, la mesure de la glycémie est une pratique qui fait partie des quatre axes de soins du diabète de type 2 selon la SSED (2014). Plusieurs participants abordent ce sujet sous deux aspects différents. Les participants de l'étude de Smith-Miller et al. voient la mesure de la glycémie comme une source de frustration, car elle ne diminue pas toujours, malgré les efforts qu'ils fournissent au niveau de la pratique d'une activité physique ou de l'alimentation. Ces participants-ci se focalisent davantage sur les valeurs de la glycémie, et certains vont jusqu'à éviter de la mesurer pour ne pas être découragés par le résultat (Smith-Miller et al., 2017). Les participants de l'étude de Cha et al., quant à eux, abordent ce sujet en développant leurs expériences dans le vécu d'une hypo- ou d'une hyperglycémie. Ils se basent plus sur la prévention de ces hypo- ou hyperglycémies et diminuent eux-mêmes la dose de leurs traitements si besoin pour éviter les hypoglycémies (Cha et al., 2012).

Il est intéressant de constater la différence de comportement des deux groupes en fonction de leur vision de ce qui est important concernant la mesure de la glycémie. Les participants qui se focalisent sur les chiffres semblent être moins enclins à adopter des comportements favorables à la santé par rapport à ceux qui priorisent le fait d'éviter les hypoglycémies. Comme le recommande effectivement la société Roche Diabetes Care, ce qui est important dans la gestion du diabète, c'est de limiter la survenue d'hyperglycémie et d'hypoglycémie. Ils exposent des recommandations au niveau des valeurs de la glycémie pour avoir un ordre d'idée, pour que la personne diabétique puisse avoir des repères, mais ce ne sont pas ces valeurs qui sont au cœur de la prise en soin du diabète de type 2 (2021). La Haute Autorité de Santé, quant à elle, met l'accent sur l'importance de l'adoption de bonnes pratiques de soins du diabète de type 2, comme l'activité physique ou l'équilibre alimentaire, au lieu de se focaliser sur les chiffres de la glycémie. Ces objectifs glycémiques doivent par ailleurs être personnalisés en fonction de la personne (2013b).

En revanche, il est étonnant de constater que les participants mentionnent peu les soins des yeux et des pieds dans les différentes études, en sachant que ces soins sont cruciaux pour prévenir les complications liées à ces régions. Seule l'étude de Smith-Miller et al. mentionne rapidement ce sujet, qui fut abordé superficiellement lors des focus groups (2017). Il est d'autant plus important de mettre l'accent sur ces soins, car leurs conséquences peuvent entraîner une souffrance émotionnelle importante, comme nous le montre une participante de l'étude de Hu et al. qui a développé une rétinopathie diabétique : « "Before they operated on my eyes (developed diabetic retinopathy), I couldn't go out into the sun or the light. For two months I was alone in the room, just in the room. I got used to it. To make food for example, would make me feel like crying and hopeless and at night I would cry" (female, 52 years old) » (2013, p. 6). De plus, ces pratiques font partie intégrante des quatre axes de soins du diabète de type 2 proposés par la SSED pour prévenir la survenue de complications. Elles sont essentielles pour la santé des personnes (2014).

Parmi les différents axes de soins du diabète de type 2 définis par la SSED, seules deux des onze pratiques n'ont pas été énoncées dans les propos des participants des différentes études. Il s'agit de l'arrêt du tabagisme et de la mesure de la tension (2014). Il serait intéressant d'investiguer plus précisément la mise en place de ces deux pratiques pour avoir une vision globale de tous les éléments des quatre axes de soins du diabète.

6.2. La relation avec la famille, les proches et la communauté

Les témoignages des participants mettent en avant l'importance de la famille, des proches et de la communauté dans la gestion de leur diabète. Plus particulièrement, la famille est

évoquée à la fois comme un facteur facilitateur de l'autogestion du diabète et en même temps comme un frein à cette dernière. Les participants de l'étude Smith-Miller et al. mentionnent que les membres de la famille sont une source de soutien et d'influence positive sur les pratiques de soins du diabète (2017). Cependant, dans la majorité des études, l'entourage est perçu comme ayant une mauvaise influence sur la gestion du diabète des personnes migrantes. En effet, ils craignent de devenir un fardeau pour leurs proches en imposant un nouveau régime alimentaire (Hu et al., 2013 ; Cha et al., 2012 ; Nam et al., 2013 ; Smith-Miller et al., 2017 ; Leung et al., 2014). Ils regrettent également le manque de soutien de la part des membres de leur famille dans leur quotidien (Chun et al., 2012 ; Hu et al., 2013 ; Nam et al., 2013).

Madeleine Leininger met en avant l'importance de l'impact des proches sur la santé de la personne dans son *Sunrise Model*. Pour la théoricienne, l'entourage est un élément à ne pas négliger, car il est important pour la convalescence de la personne et le maintien de sa santé ou de son bien-être (McFarland & Wehbe-Alamah, 2014). Le facteur de parenté et social comprend la structure, les valeurs et les rôles familiaux, ainsi que les normes sociales (Leininger & McFarland, 2006, cité dans Pereira de Melo, 2013). Lors du recueil de données, cette composante va servir à déterminer dans quelle mesure l'entourage agit sur la manière dont la personne va prendre soin d'elle (McFarland & Wehbe-Alamah, 2014). Il est ainsi important de prendre en compte le rôle que joue l'entourage du patient dans sa prise en soins, en particulier pour la personne migrante dans la gestion du diabète, comme le soulignent les différentes études. Les proches peuvent également être vecteurs d'informations importantes à propos de la personne sur lesquelles les soignants peuvent se baser pour adapter leur prise en soins (McFarland & Wehbe-Alamah, 2014).

L'aide et le soutien de la famille peuvent également être des ressources considérables dans la gestion de cette maladie chronique (Magny-Normilus et al., 2020). Les proches peuvent soutenir la personne dans sa prise en soins en pratiquant une activité physique avec elle ou en suivant le même régime alimentaire, en l'encourageant à prendre ses traitements et en l'aidant à surveiller ses pieds ou sa glycémie. Les participants des différentes études souhaiteraient obtenir plus de soutien de la part de leur entourage. Ce dernier joue un rôle important dans la gestion du diabète chez les personnes migrantes. Le manque de soutien de la part des familles dans la prise en soins d'une maladie chronique n'est d'ailleurs pas un obstacle spécifique aux personnes migrantes. Il est également imaginable que ce soutien soit tout aussi important dans la prise en soins d'autres maladies chroniques pour des personnes qui ne sont pas issues de la migration.

De leur côté, les membres de la famille souhaitent aider leur proche en difficulté, mais manquent de connaissances pour appréhender toutes les implications du diabète dans le quotidien de leur proche (Nam et al., 2013 ; Hu et al., 2013). Il serait donc intéressant de se pencher sur leurs besoins à eux pour pouvoir aider et soutenir leur proche diabétique.

En plus de la famille, la communauté joue un rôle important dans le quotidien d'une personne migrante. Selon Leininger, la vision du monde et la culture d'une communauté peuvent guider les décisions d'un individu, notamment en matière de santé et sur l'adoption de pratiques de soins (McFarland & Wehbe-Alamah, 2014). Plusieurs études mettent en lumière l'importance de la communauté sur la gestion du diabète et le maintien de la santé en général (Long et al., 2012 ; Alzubaidi et al., 2016 ; Cha et al., 2012 ; Chun et al., 2012 ; Leung et al., 2014). Certains participants sont guidés par différentes normes culturelles, comme celles mettant en avant le collectivisme. Ces personnes expriment l'envie d'être ensemble et de partager leurs expériences et réflexions sur le diabète avec des pairs (Alzubaidi et al., 2016 ; Leung et al., 2014), qui de préférence parlent la même langue et sont du même genre qu'elles (Alzubaidi et al., 2016). Elles apprécient le fait d'apprendre ensemble (Leung et al., 2014) et ont tendance à parler plus facilement de leurs préoccupations quand elles sont entourées de leur communauté. Dans ce cas, elles vont également avoir tendance à suivre davantage les conseils sur la prise en soins du diabète et à faire émerger plus facilement dans la discussion leurs pratiques de soins traditionnelles (Alzubaidi et al., 2016).

Un lien peut être fait avec l'étude de Terragni et al., développée dans l'état des connaissances de ce travail. Elle confirme les propos des participants des différentes études. Les chercheurs de cette dernière étude indiquent également qu'organiser des interventions en groupe avec des membres de la même communauté favorise les relations sociales et motive les personnes à participer aux différentes activités d'éducation à la santé. Ainsi, ces personnes seront plus enclines à retenir les nouvelles informations et compétences acquises. Le fait de se réunir avec des personnes qui parlent la même langue leur permet de se donner mutuellement des conseils et de s'encourager à maintenir les pratiques de soins favorables à leur santé (Terragni et al., 2018).

Ces différents résultats, semblent renforcer l'idée qu'apprendre avec des pairs permet aux patients migrants d'acquérir des compétences supplémentaires sur l'autogestion du diabète. Il faudrait donc réfléchir à une manière d'intégrer la communauté dans la prise en soin dans le

but d'établir des relations et un environnement sociaux favorables, qui influenceraient positivement la santé de la personne et le maintien des bonnes pratiques de soin.

Si apprendre en groupe représente un facteur facilitateur à la gestion du diabète, la stigmatisation, au contraire, constitue un frein à celle-ci. En effet, les représentations négatives à propos du diabète perdurent dans certaines cultures. Ce phénomène compromet fortement la capacité des personnes migrantes à gérer efficacement leur diabète. Plusieurs des études retenues soulignent les représentations du diabète chez les personnes migrantes et leur communauté. Ces dernières pensent que les personnes diabétiques sont "condamnées" (Alzubaidi et al., 2016, p. 350) ou ont une mauvaise qualité de vie (Alzubaidi et al., 2016) ou encore qu'elles ont échoué dans leur vie personnelle (Nam et al., 2013). À cause de ces représentations et préjugés, initialement partagés par les personnes migrantes elles-mêmes, ces dernières voient leur niveau de stress et d'anxiété augmenter, car elles craignent le fait que leur diabète soit dévoilé à leur entourage ou leur communauté (Alzubaidi et al., 2016 ; Nam et al., 2013 ; Smith-Miller et al., 2017).

Dans la littérature, il est mis en évidence que le stress psychologique exerce une influence néfaste sur l'adoption de comportements favorables à la santé. Il impacte indirectement le choix des aliments, la pratique d'une activité physique, le contrôle glycémique et la prise des traitements (Hackett & Steptoe, 2017). À cause de ce stress induit par ces représentations sociales, les personnes migrantes diabétiques vont avoir tendance à décliner les invitations aux événements sociaux (Cha et al., 2012 ; Nam et al., 2013), ou vont se sentir obligées de manger et boire tout ce qui est proposé par leur hôte, car il est parfois mal vu de refuser selon les cultures (Cha et al., 2012 ; Nam et al., 2013 ; Smith-Miller et al., 2017). De ces actions vont résulter un isolement social et un sentiment de culpabilité. Ces phénomènes sont préoccupants, car l'isolement social et le stress chronique portent potentiellement un impact négatif sur la santé de ces personnes.

Les résultats de ces différentes études montrent donc que le soutien social est un élément important à l'autogestion qui pourrait potentiellement réduire le niveau de stress. Le soignant ne doit pas négliger ou minimiser l'importance des proches dans la prise en soins et l'impact que portent les idées reçues stigmatisantes qui font partie des croyances du patient et de sa communauté sur la prise en soin de la personne diabétique.

Parmi les sources de stress psychologique induites par la migration, les participants soulignent également la séparation avec les membres de la famille restés dans leur pays d'origine. Ils expriment énormément d'inquiétudes, de souffrance (Long et al., 2012) et de détresse émotionnelle liées à cette séparation (Long et al., 2012 ; Chun et al., 2012).

Peu importe les motifs de migration, qu'ils soient économiques, politiques ou dus à la guerre, les personnes migrantes laissent généralement derrière elles leurs familles et amis, dans un contexte souvent précaire ou teinté de violence. Ce phénomène constitue ainsi une source de stress chronique et d'incertitude sur le devenir de leurs proches.

Ce concept d'incertitude fait écho à la théorie de la perception de l'incertitude dans la maladie de Merle Mishel. Cette théorie expose l'influence de l'incertitude sur l'état de santé des personnes souffrant d'une maladie et leurs stratégies pour y faire face. Elle se penche également sur les schémas cognitifs que la personne met en place dans son interprétation subjective de la maladie. La personne va apprendre à vivre avec sa maladie et va être capable d'interpréter les premiers signes et symptômes annonciateurs d'une phase de décompensation de celle-ci (Mishel, 1988, cité dans Alligood, 2017). Même si pour les personnes migrantes ce n'est pas leur maladie qui cause de l'incertitude, mais leurs proches restés au pays, l'aspect de la gestion de l'incertitude et les processus d'adaptation que développent ces personnes pour gérer leur stress restent semblables.

Le stress constitue donc une problématique récurrente dans le quotidien des personnes migrantes. Il altère ainsi leur bien-être et leur état de santé. L'étude de Agyemang et al., qui examine la relation entre le SSPT et l'apparition d'un diabète de type 2 chez des requérants d'asile en Hollande, souligne que ces derniers présentent un risque accru de développer un diabète de type 2 induit par la dépression et le SSPT (2011). Selon la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [DSM 5], le fait d'être directement témoin d'un ou plusieurs événements traumatisants peut engendrer la survenue d'un SSPT. En outre, elle précise également que le fait d'apprendre qu'un membre de sa famille ou ami proche a subi un événement traumatisant augmente également le risque de développer un SSPT (American Psychiatric Association, 2015). Les participants de Long et al. évoquent justement leur inquiétude pour leur famille à cause des nombreux actes de violence qui se produisent dans leur pays d'origine. Ce phénomène représente pour eux une source d'anxiété pouvant mener à un état de détresse émotionnelle, voire à un état dépressif. Les participants de Chun et al. ressentent également du stress engendré par la pression que leur font subir les membres de leur famille. Ces derniers réclament avec insistance une aide financière, car ils croient que leur proche vit de manière confortable sur le plan financier dans son pays d'accueil, alors que ce n'est justement pas le cas (Chun et al., 2012). Cette angoisse permanente impacte négativement leur état de santé et compromet considérablement la gestion de leur diabète (Hackett & Steptoe, 2017).

Ainsi, il est primordial pour les soignants de prendre en considération le vécu de ce stress chronique et le risque de SSPT dans la prise en soin. Il serait intéressant de rechercher lors de l'anamnèse les causes de stress, tels que le contexte migratoire de la personne dans son pays d'origine, les événements vécus lors du voyage et sa situation dans son pays d'accueil.

Il est néanmoins étonnant de constater que le stress lié au statut légal n'est pas abordé dans les différentes études, sauf dans celle d'Alzubaidi et al., qui cite vaguement le stress lié aux facteurs politiques. Ce phénomène est sûrement dû au fait que certains des participants résident dans le pays d'accueil depuis de nombreuses années. Les participants de l'étude de Nam et al. (2013) résident en moyenne depuis 25 ans dans leur pays d'accueil, depuis 15,1 ans pour les participants de l'étude de Hu et al. (2013), 23,6 ans pour ceux de l'étude de Cha (2012) et al., 14,7 ans pour ceux de l'étude de Chun et al. (2012) et 15 ans en moyenne pour ceux de l'étude de Leung et al. (2014). Les études de Long et al. (2012) et d'Alzubaidi et al. (2016) ne donnent pas de précisions sur le temps de résidence moyen dans le pays d'accueil. En revanche, les études de Smith-Miller et al. (2017) et de Hyman et al. (2017) précisent que les participants résident sur le territoire depuis moins de 5 ans et moins de dix ans respectivement. Cependant, le questionnaire de l'étude d'Hyman et al. (2017) contient des questions fermées et ne se penche pas sur la question du statut légal. Il est dommage que leur statut ne soit pas précisé, car même si ces personnes résident depuis de nombreuses années dans leur pays d'accueil, cela ne les empêche pas de se trouver dans une situation de clandestinité.

Le statut migratoire est un aspect à prendre en considération chez les personnes migrantes. Il peut rendre ces dernières vulnérables, car elles vivent dans l'incertitude et dans la crainte d'être renvoyées dans leur pays suite à un refus de leur demande d'asile. De plus, l'accès aux soins et aux prestations sociales change selon le statut légal de la personne en Suisse. Le stress psychologique constant, l'isolement social et la précarité socio-économique portent une influence préjudiciable à leur état de santé (Durieux-Paillard et al., 2018).

M. Leininger prête une attention particulière aux problèmes liés à la politique et au statut légal en les incluant à son *Sunrise Model*. Le facteur politique et légal comprend notamment la liberté de penser, l'accès à la justice et au statut de citoyen, les politiques sociales et légales du pays concernant le droit à la sécurité et à la santé, l'accès à l'éducation, aux transports et à un travail, la qualité de l'environnement et les politiques de prestations sociales (Leininger & McFarland, 2006, cité dans Pereira de Melo, 2013).

Pour elle, la vision du monde de la personne est influencée par ses idées politiques et les décisions politiques du pays qui peuvent agir directement sur son état de santé (Leininger, 2002, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015). Elle préconise donc d'identifier la situation politique dans le pays de provenance du patient, mais surtout celle dans le pays d'accueil. (Leininger, 2002, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015). Un lien avec un des cinq savoirs de la discipline infirmière peut être fait. Le savoir émancipatoire consiste justement à déceler les inégalités engendrées par le contexte social, politique et culturel (Chinn & Kramer, 2014). Avoir connaissance de ces éléments est essentiel, car ils donnent des indications à propos de l'impact du contexte politique du pays sur la santé de la personne, son bien-être et sa façon de prendre soin d'elle-même (Leininger, 2002, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015).

La difficulté à maintenir les rôles traditionnels et familiaux chez les femmes migrantes est une autre source de stress identifiée par certaines participantes. En plus de la vie éprouvante de l'immigration, la conciliation du rôle traditionnel des femmes avec l'acquisition de leur nouveau statut professionnel augmente leur taux de stress psychologique. Culturellement, dans les différentes études, les femmes ont pour rôle de s'occuper du foyer, de leur famille et de préparer les repas (Nam et al., 2013 ; Cha et al., 2012 ; Chun et al., 2012). Cependant, après l'immigration, le maintien de ce rôle devient un réel défi pour elles, car elles doivent travailler en parallèle pour contribuer aux revenus économiques du foyer (Nam et al., 2013 ; Chun et al., 2012). Certaines ne reçoivent aucun soutien de la part de leur mari ou d'autres membres de la famille pour suivre les recommandations diététiques appropriées. Elles éprouvent donc une sensation de stress grandissante et un sentiment de culpabilité, de fatigue et de solitude (Nam et al., 2013 ; Cha et al., 2012 ; Chun et al., 2012). Tous ces éléments vont directement se répercuter sur leur santé et entraver considérablement la gestion de leur diabète, car leur seule solution pour réduire leur niveau de stress est d'abandonner les efforts entrepris dans la prise en charge de la maladie (Nam et al., 2013 ; Cha et al., 2012 ; Chun et al., 2012).

A contrario, les hommes sont plutôt satisfaits, car leurs femmes préparent pour eux des repas équilibrés (Cha et al., 2012 ; Chun et al., 2012). Dans le facteur de parenté et social du *Sunrise Model*, M. Leininger suggère d'identifier, lors du recueil de données, le rôle qu'exerce la personne au sein de sa famille, ainsi que ses différentes responsabilités familiales (Leininger & McFarland, 2006, cité dans Pereira de Melo, 2013). Cet aspect mérite ainsi l'attention des infirmiers, car chez les femmes de cette population, il serait intéressant d'imager des stratégies pour qu'elles aient le temps de prendre soin d'elles en aménageant leur rôle au sein de leurs familles et en conservant leurs emplois.

6.3. L'accès aux soins

Le thème de l'accès aux soins ressort des différents entretiens et groupes de discussions des participants comme un élément ayant une influence sur l'autogestion de leur diabète. Ils précisent que le fait de ne pas avoir accès à une assurance maladie qui couvre les besoins en termes de soins est donc une barrière à l'accès aux soins de cette population précaire (Long et al., 2012 ; Cha et al., 2012 ; Chun et al., 2012 ; Leung et al., 2014). Cela les empêche notamment d'acheter leurs traitements (Long et al., 2012 ; Cha et al., 2012), de pouvoir bénéficier de soins (Long et al., 2012 ; Cha et al., 2012 ; Chun et al., 2012) et de pouvoir accéder à des groupes de discussion sur la santé (Leung et al., 2014).

Ces études ont toutes été conduites aux États-Unis. Le système de santé de ce pays est différent de celui en Suisse. Comme vu précédemment, en Suisse, l'accès à une assurance maladie et aux prestations de soins dépend du statut de la personne migrante. Ce système est complexe et dépend de multiples facteurs (OSAR, s.d). Ainsi, la personne migrante qui ne bénéficie que rarement de compétences dans l'expertise médicale ne connaît pas toujours bien le système de santé en Suisse et peut ne pas être au courant des différentes prestations de soins qui pourraient être remboursées (OFSP, 2020b). Ce fait pourrait potentiellement décourager ces personnes à aller consulter, de peur de devoir rembourser ces prestations.

Dans l'étude de Cha et al., les bas revenus impactent également le type d'assurance maladie dont peuvent bénéficier les participants aux États-Unis (2012). Il est donc important de le considérer dans le cas de la personne migrante atteinte d'une maladie chronique, car celle-ci devra bénéficier de plus de prestations de soins, qui risquent de lui coûter cher s'ils ne sont pas remboursés et empirer sa situation de précarité économique. Ce statut précaire peut être une source de stress supplémentaire et peut contribuer à un état de vulnérabilité psychologique (Université de Genève, 2017) ou favoriser l'isolement social (Durieux-Paillard et al., 2018).

En plus de l'accès à une assurance, les difficultés financières affectent plusieurs autres aspects de la gestion du diabète chez les personnes migrantes : le moyen de se payer des traitements (Long et al., 2012 ; Hu et al., 2013 ; Cha et al., 2012), la consommation d'aliments sains pour le régime diabétique (Hu et al., 2013 ; Smith-Miller, 2017) et l'accès à un logement salubre (Chun et al., 2012).

Ce dernier point n'a été abordé que dans une étude (Chun et al., 2012) et traité uniquement de manière superficielle. Ce phénomène est étonnant, car les conditions de logement peuvent être source de stress et d'inconfort pour les personnes migrantes. Le fait que le sujet ne soit

pas abordé davantage dans les études est peut-être aussi lié au fait que la majorité de ces personnes résident dans leur pays d'accueil depuis de nombreuses années. Mais ceci n'empêche en rien la possibilité d'habiter dans un logement insalubre, étant donné leurs conditions socio-économiques précaires.

À Genève, pour ce qui est des requérants d'asile, ils séjournent sur une courte durée dans un centre fédéral pour requérants d'asile en Suisse et sont ensuite accueillis dans des foyers. Ils doivent souvent partager leur chambre avec une autre personne inconnue issue de la migration. Les sanitaires et les cuisines peuvent être communs à tous les habitants du foyer. Cette vie en communauté peut perturber l'intimité et le confort de la personne migrante, car en plus, l'hygiène des installations communes laisse souvent à désirer. Lorsqu'une famille migre ensemble ou lors d'un regroupement familial, tous les membres vivent la majeure partie du temps dans la même chambre, trop étroite pour accueillir les familles nombreuses. Les personnes migrantes ayant acquis assez d'autonomie peuvent être relogées dans des appartements, mais le marché genevois de l'immobilier étant saturé, il est très difficile de leur trouver une place dans un logement individuel. Ces personnes restent donc dans ces centres sur de longues périodes (Hospice Général, 2021).

Il est ainsi important de prendre en considération l'environnement dans lequel vit le patient pour adapter sa prise en soins. Le logement fait également partie de la liste des déterminants de la santé qui influencent l'état de santé général (Agence de la santé publique du Canada, 2007 ; Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick, 2007, cité dans Promosanté, 2012). Le soignant doit approfondir son anamnèse en questionnant le patient sur les conditions de logement pour évaluer s'il est adapté à sa situation personnelle.

La thématique du travail est également intimement liée aux revenus des ménages. Il faut aussi investiguer cet élément dans le cadre de la prise en soins de la personne migrante, car il participe à sa vulnérabilité induite par les revenus financiers (Durieux-Paillard et al., 2018). Ceux-ci sont inclus dans le facteur économique du *Sunrise Model* de Leininger. Il inclut les revenus de la famille, la classe sociale, le coût de la vie, les conditions de logement, l'emploi de la personne et les conditions de travail (Leininger & McFarland, 2006, cité dans Pereira de Melo, 2013).

Leininger considère que ce facteur peut influencer la vision de la santé de la personne. L'objectif de l'inclusion du facteur économique dans la prise en soin infirmière est de rechercher la signification et l'importance que représente le niveau du revenu dans la vie de la personne en examinant à quel point il peut impacter les choix de vie, le maintien de la santé ou l'amélioration et la guérison de la maladie (McFarland & Wehbe-Alamah, 2014). Ainsi, il

serait pertinent de trouver des stratégies dans la prise en soin de ces personnes pour que les soins leur soient abordables en plus d'être adaptés à leurs besoins personnels.

L'activité professionnelle dans le pays d'accueil peut être donc perçue par certains comme une source de stress chronophage ayant une influence négative sur la gestion de leur diabète (Nam et al., 2013). Mais d'autres la voient plutôt comme une possibilité de bénéficier de meilleures conditions de travail par rapport à leur emploi dans leur pays d'origine. Ceci leur permet de passer plus de temps avec leur famille ou de s'occuper d'eux-mêmes en faisant par exemple de l'activité physique (Chun et al., 2012). Le lien avec le facteur économique du *Sunrise Model* se fait aisément ici aussi. La définition du facteur économique englobe un aspect qui se retrouve dans les témoignages des participants : les conditions de travail (Leininger & McFarland, 2006, cité dans Pereira de Melo, 2013). Il est important de les prendre en compte, car elles peuvent impacter de manière significative l'état de santé des personnes.

La barrière de la langue est également perçue comme un obstacle à l'autogestion du diabète. Elle entrave la communication avec les soignants (Nam et al., 2013 ; Chun et al., 2012), ajoute une difficulté d'acculturation supplémentaire (Long et al., 2012) et diminue la capacité des personnes à comprendre des informations sur la santé (Leung et al., 2014). Cette barrière est aussi un obstacle à la prise en soins d'une personne migrante du côté des soignants. C'est ce qu'observe l'étude de Terragni et al. En effet, lorsqu'une personne issue de la migration est présente, les entretiens durent plus longtemps. Non seulement la venue d'un interprète implique du temps supplémentaire nécessaire à la traduction, mais de plus, la connaissance de l'autre et le développement du lien de confiance met plus de temps à se développer avec une personne migrante qui a tendance à être plus méfiante (2018). Une telle demande de soins exigeants en temps contraste avec la pénurie de personnel infirmier dans le monde entier. Il s'agit là d'une problématique actuelle qui fait partie de la réalité du terrain (Association suisse des infirmières et infirmiers [ASI], 2020). Ce manque de temps est également en contradiction avec l'importance de tisser un lien de confiance avec la personne. Ce lien s'établit en prenant le temps de rencontrer la personne, et si ce dernier manque, il va être plus difficile de prendre en compte la situation globale et les besoins de la personne.

Pour continuer avec le sujet des traducteurs, il est intéressant de constater que seulement une étude en fait mention. Il y est dit que les interprètes parlent vite et ne sont pas professionnels lors des entretiens (Chun et al., 2012). Pourtant, ils jouent un rôle central dans la relation d'aide. Il est peut-être vrai qu'ils ne sont pas tous formés aux techniques d'entretiens, mais il paraît problématique d'adopter un ton de voix inadapté lors de la traduction des propos du

soignant. Cela peut faire obstacle à la création d'un lien de confiance avec un professionnel de santé.

Les difficultés liées à l'âge et aux moyens de transport concernent majoritairement les personnes âgées souffrant de handicaps physiques. Ces dernières souffrent de troubles de la vision, de malaises à cause d'hypoglycémie, de troubles auditifs, de douleurs et de difficultés de concentration. Il leur est par conséquent difficile de se déplacer pour assister aux groupes d'éducation thérapeutique et de se rendre aux consultations (Leung et al., 2014 ; Cha et al., 2012). À Genève, il existe plusieurs structures de soins qui prennent en compte ces facteurs. C'est le cas de l'institut genevois de maintien à domicile [IMAD], de Vivitas, ou de Sitex pour les plus connus. Ces derniers offrent, entre autres, des soins à domicile mis en place par des équipes interdisciplinaires qui assurent la continuité de ceux-ci (IMAD, 2021 ; Sitex 2016 ; Vivitas, 2021). Certains proposent des prestations complémentaires pour les activités de la vie quotidienne selon les besoins du patient afin d'assurer son confort et de maintenir sa qualité de vie (IMAD, 2021 ; Vivitas, 2021).

Il est tout de même étonnant que les participants des études de Cha et al. (2012) et de Leung et al. (2014) ne mentionnent pas les coûts onéreux des transports publics. Effectivement, en Suisse, leurs tarifs peuvent atteindre des sommes considérables s'ils sont utilisés régulièrement. À Genève, l'Hospice Général propose l'abonnement annuel pour des transports publics pour une somme modique pour les personnes en situation de précarité (Hospice Général, 2021). Mais ce n'est peut-être pas le cas dans les autres pays et ce budget peut être considérable pour des personnes touchant de faibles revenus.

6.4. Les facteurs liés aux soignants

Lors des divers entretiens ou groupes de discussion, les participants ont laissé transparaître leur mécontentement ou leur enthousiasme à propos de la prise en soins des professionnels de santé. La relation qu'ils entretiennent avec eux constitue un sujet de discussion récurrent pour les participants et semble contribuer grandement au bien-être de la personne.

Une partie des participants préfère recevoir des soins de la part d'un soignant originaire de leur pays d'accueil. Même si la culture a son importance et les différences entre les deux pays peuvent être vécues comme un défi pour autogérer leur diabète (Magny-Normilus et al., 2020), il semblerait que l'approche humaine liant l'écoute, l'empathie, le temps à disposition pour le patient et l'adaptation aux besoins de celui-ci semble être prioritaire pour les personnes

migrantes (Hyman et al., 2017 ; Alzubaidi et al., 2016 ; Cha et al., 2012 ; Chun et al., 2012 ; Leung et al., 2014 ; Smith-Miller et al., 2017).

Le lien avec la théorie de Leininger se fait aisément dans ce cas-ci également. Elle décrit que l'infirmière fait partie de l'environnement du patient dans sa définition du métaconcept de l'environnement. Les interactions durant le soin sont la base de la création d'un lien de confiance avec la personne. Selon Leininger, l'environnement exerce une influence sur les valeurs spirituelles et culturelles du patient (Leininger, 1991 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, cités dans Alligood, 2017). Il est donc important de considérer et d'inclure dans le soin une réévaluation quotidienne et une adaptation de l'approche humaine du soignant. La définition du soin de Leininger est d'assister les personnes dans le besoin dans leur quête du bien-être, tout en étant congruent à leur culture et à leurs croyances (Leininger, 1991 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015 cités dans Alligood, 2017).

A contrario, l'autre partie des participants ne sont pas satisfaits des soins reçus dans leur pays d'accueil, car les soignants négligent parfois le contexte socioculturel de la personne et se concentrent uniquement sur ce qu'ils jugent important (Alzubaidi et al., 2016). Certains participants se plaignent également du fait qu'ils ne prennent pas en compte leurs préoccupations individuelles (Cha et al., 2012). Ayant ces notions en tête, il serait intéressant de se pencher sur les difficultés que ressentent les soignants lorsqu'ils entrent en relation avec cette population.

L'étude de Terragni et al., énoncée dans l'état des connaissances, donne justement des informations sur les difficultés vécues par les soignants lors de la prise en soins d'une personne migrante diabétique de type 2. Les résultats de cette étude permettent d'observer que la différence culturelle est un véritable challenge pour les professionnels de la santé. En effet, il s'agit d'une population avec qui il est nécessaire de prendre plus de temps, car il faut prendre connaissance de sa culture, de ses traditions pour créer un climat de confiance. La barrière de la langue nécessite également l'intervention d'un interprète, ce qui rallonge la durée des entretiens. De plus, dans cette étude, les soignants expliquent qu'ils risquent parfois d'être déviés vers des stéréotypes qui peuvent amener les professionnels de santé à adopter une attitude paternaliste. Ainsi, ce phénomène peut conduire à la sous-estimation du niveau d'éducation, de l'âge, de la classe sociale et du degré d'acculturation (Terragni et al., 2018).

Cette mésestime et attitude paternaliste peuvent être mises en lien avec l'avis de certains participants de la recherche de Cha et al. Ils confient qu'ils ne se sentent parfois pas inclus

dans la prise en soins et leur avis n'est pas toujours pris en compte lors de certaines prises de décision (2013). D'autres études expliquent ce comportement par le fait que les participants n'osent pas poser des questions au médecin ou le contredire, car ce dernier jouit d'un statut social élevé, ce qui impose le respect total de son autorité dans certaines cultures (Leung et al., 2014 ; Cha et al., 2012).

La relation entre une personne et un soignant est un élément clé dans la théorie de Leininger, car, comme vu précédemment, l'infirmière fait partie de l'environnement du patient (Leininger, 1991 ; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, cités dans Alligood, 2017). La théorie de Meleis porte aussi beaucoup d'importance à l'accompagnement de la personne par un soignant lors de sa prise en soins. Cette théorie va être expliquée dans le prochain chapitre.

6.5. La théorie des transitions d' Afaf Ibrahim Meleis

La théorie des transitions de Meleis permet d'explorer les différentes expériences vécues par une personne à travers des périodes de transition. Cette théorie a pour but d'apporter une vision plus large du soin, que Meleis visualise comme le fait d'accompagner la personne dans sa période de transition (Fawcett, 2016). Il existe plusieurs types de transitions selon elle : la transition de santé et de maladie, la transition situationnelle, développementale, organisationnelle (Smith & Liehr, 2018) et culturelle (Fawcett, 2016). Meleis décrit cette dernière comme le processus de passage d'une culture à une autre et est généralement accompagnée d'un déplacement géographique. Selon elle, ce type de transition confronte la culture de l'individu à celle du pays d'accueil. Il doit ainsi s'adapter aux différents éléments que comprend la culture comme la langue, la nourriture, les mœurs, les comportements sociaux, les règles, les lois, les attitudes et les valeurs (Fawcett, 2016). Cette théorie aurait donc pu servir d'ancrage disciplinaire à ce travail de Bachelor, car la personne migrante vit justement une transition culturelle.

Meleis définit trois phases liées à la transition culturelle. La première est la phase de séparation. Elle peut avoir lieu à plusieurs reprises et s'étendre dans le temps. Il s'agit d'une séparation de la culture d'origine, de ses proches, ou identitaire (Fawcett, 2016).

La deuxième phase est celle de la liminalité. Cette dernière pourrait être définie comme la phase où la personne réalise les différences entre les deux cultures. Cette phase peut être difficile à traverser pour la personne, car elle met en évidence ce qui fait partie du passé. En revanche, elle peut également être bénéfique, car elle peut représenter une occasion de devenir une meilleure version de soi-même en tirant parti des nouvelles perspectives que la période de transition offre (Fawcett, 2016).

La troisième et dernière phase de la transition culturelle est celle de l'intégration. Il s'agit du commencement de la mise en place des stratégies d'adaptation et des réajustements au nouvel environnement (Fawcett, 2016).

Cette théorie aurait pu être utilisée pour l'analyse de ce travail de recherche, car, tout comme la théorie de Leininger, la culture occupe une place importante au sein du concept de la transition culturelle de Meleis. Cette notion aurait pu apporter une perspective différente mais qui n'en reste pas moins intéressante. Ce concept aurait pu soulever des éléments supplémentaires qui auraient pu mettre en lumière d'autres aspects de cette thématique. C'est aussi dans ce but que deux professionnels experts dans le domaine du diabète pour l'un, et de la migration pour l'autre, ont été interviewés dans le cadre de ce travail. Les points clés soulevés lors de ces deux entretiens sont résumés dans le chapitre suivant.

6.6. Comparaison avec le point de vue d'experts sur le terrain

Malgré la crise sanitaire provoquée par la Covid-19, deux interviews avec des professionnels ont été réalisées dans le cadre de ce travail. Le but est de pouvoir comparer les résultats obtenus par les études sélectionnées avec l'expérience des infirmiers sur le terrain dans les infrastructures de soins en Suisse. Ces entretiens ont été audio enregistrés pour permettre une retranscription aussi fidèle que possible. Des questions ouvertes explorant la prise en soins spécifique de la personne migrante atteinte de diabète de type 2 ont été posées afin d'obtenir des réponses plus larges. Les infirmiers ont tous deux accepté que leurs noms et témoignages apparaissent dans ce travail.

6.6.1. Interview d'une infirmière au Programme Santé Migrant : Mme Estelle Silva

Madame Silva est infirmière au Programme Santé Migrants, unité de soins des HUG où sont pris en charge les requérants d'asile, les personnes migrantes ayant fait l'objet d'une décision de non entrée en matière par les autorités et les déboutés (HUG, 2021b). Elle a effectué ses études en soins infirmiers à la Haute École de Santé de Genève. Elle a ensuite travaillé sept ans en neurochirurgie et a effectué un Certificate for Advanced Studies (CAS) en évaluation clinique, ainsi qu'un CAS de praticienne formatrice.

Les sujets abordés lors de l'entretien avec Madame Silva étaient plus centrés sur les difficultés et les ressources des personnes migrantes au sein de leur prise en soins.

Selon elle, il est important d'inclure les aspects sociaux, psychologiques, économiques et les conditions de logement de la personne migrante dans sa prise en soins. L'approche ne doit pas se centrer sur la maladie de la personne, mais doit être globale.

Les problématiques souvent rapportées par les patients sont en lien avec le logement, la recherche d'emploi, le manque de loisirs, l'incertitude face à l'avenir et le changement de statut qu'implique la migration. La séparation de la famille, les conditions de guerre dans le pays d'origine et le vécu dans le parcours migratoire impactent également la vie des personnes migrantes de manière négative. Ces problématiques sont une source de stress non négligeable pouvant se manifester sous forme de symptômes somatiques ou laisser des séquelles psychologiques importantes comme de l'anxiété, de l'angoisse ou un SSPT. Elle précise également que l'accès à une assurance maladie influe sur le type de prestations de soins dont le patient peut bénéficier. Le fait de souscrire à une assurance simplifie les remboursements des soins lorsque la personne consulte chez un physiothérapeute ou chez un psychologue par exemple.

Elle continue en expliquant que les personnes migrantes possèdent néanmoins plusieurs ressources. Ces dernières comprennent en particulier l'entraide avec leur communauté. En effet, selon les témoignages rapportés par les patients, plusieurs se donnent des astuces par le biais du bouche-à-oreille concernant les aides financières qu'ils peuvent obtenir dans le canton. La présence de la famille dans le pays d'accueil après un regroupement familial ou après avoir voyagé ensemble constitue également une source de soutien importante pour la personne migrante. L'utilisation de la technologie peut aussi être d'une aide précieuse pour les personnes migrantes qui savent l'utiliser. Elle peut servir de moyen de communication, d'outil de traduction ou peut être une source d'information sur leurs pathologies ou leurs traitements.

Elle développe ensuite sa vision personnelle des soins. Pour elle, il est nécessaire d'appréhender une approche globale de la personne en axant les priorités de soins sur ses besoins individuels. Selon elle, pour accompagner une personne migrante, il est nécessaire d'adapter la prise en soins par rapport à sa culture. Il faut donc trouver un compromis entre les croyances, les pratiques de soins traditionnelles et les objectifs thérapeutiques. Elle donne typiquement l'exemple des patients migrants diabétiques de type 2 qui souhaitent jeûner lors du Ramadan. Il va falloir trouver un terrain d'entente pour que ces personnes puissent pratiquer leurs croyances spirituelles tout en ajustant le plan de soin. Il est également crucial d'évaluer les représentations qu'elles peuvent avoir sur les traitements médicamenteux, car ces perceptions peuvent impacter la manière dont la personne va prendre soin d'elle. Le but d'inclure le contexte culturel de la personne migrante dans la prise en soins est également de favoriser l'établissement d'un lien de confiance avec elle.

Pour Madame Silva, son accompagnement implique aussi de fixer des objectifs simples et atteignables et d'être un point de repère en cas de problème ou de difficulté. Il ne faut cependant pas minimiser la barrière de la langue avec ce type de population. Il faut faire appel à des interprètes qui sont utiles non seulement pour pallier cette barrière, mais également pour expliquer des éléments du contexte culturel au soignant. En effet, en plus d'être bilingues, ils ont connaissance de la culture du pays d'origine de la personne, car ils sont eux-mêmes originaires de ces régions. Ils constituent donc une véritable ressource pour les soignants, ainsi que pour la personne soignée, car ils peuvent tisser un lien de confiance avec cette dernière qui peut aider à sa réassurance.

Plusieurs points communs avec les résultats du travail ressortent de cette interview. L'utilisation de la technologie pour chercher des informations, l'importance de la communauté, la présence de la famille dans le pays d'accueil sont des ressources qui se retrouvent dans les résultats et dans l'interview. Il est de même pour les thématiques de la séparation familiale, de l'importance de la relation avec les soignants et de la prise en compte du contexte culturel, de l'accès à une assurance maladie et de la barrière de la langue.

En revanche, il est intéressant de constater que les points de vue divergent par rapport à la qualité du service d'interprétariat. En effet, les participants soulignent que les interprètes sont parfois pressés et manquent de professionnalisme. A contrario, Madame Silva indique qu'ils sont une ressource pour les soignants, car ils facilitent la compréhension du contexte culturel de la personne.

6.6.2. Interview d'un infirmier spécialiste clinique en diabétologie : Mr Georges Cimorelli

Monsieur Cimorelli a fait ses études de soins infirmiers dans le nord-est de la France. Il a travaillé pendant 8 ans dans la rééducation des personnes paraplégiques à Genève. Puis, il a travaillé dans une unité d'enseignement pour personnes diabétiques. Enfin, il a eu un poste de spécialiste clinique aux HUG qu'il occupe encore à ce jour. Son rôle est de conseiller et de soutenir les équipes dans la prise en soin des patients diabétiques, faire de la recherche et élaborer des protocoles pour la prise en soin des patients diabétiques. Il dispense en parallèle des cours aux étudiants, à d'autres spécialistes en diabétologie et aux infirmiers référents des unités pour soutenir les équipes dans la prise en soin de ces patients.

Les sujets abordés lors de l'entretien avec Monsieur Cimorelli étaient plus centrés sur les différents aspects de la prise en soins d'une personne diabétique de manière générale, même

si Monsieur a également rencontré à de multiples reprises des personnes migrantes lors de son parcours professionnel.

Le premier point clé, et sans doute le plus important, que Monsieur Cimarelli aborde, ce sont les aspects relationnels dans la prise en soins d'une personne diabétique. Pour lui, il est indispensable d'adopter une approche humaniste dans les soins, en particulier avec la population migrante. Il est important d'instaurer une relation de confiance et d'identifier les éléments qui inquiètent le patient dans le but d'améliorer son bien-être.

Monsieur Cimarelli affirme également que les préoccupations des patients ne sont pas assez prises en compte dans les soins et que les patients peinent à les exprimer ou encore à avouer les alternatives traditionnelles qu'ils utilisent. Selon lui, il faudrait que les soignants portent plus d'attention à leurs préoccupations. Le but est d'adapter la prise en soin en y incorporant des soins traditionnels à l'aide d'autres spécialistes (comme un médecin pratiquant l'hypnose, la médecine traditionnelle ou autres) ou directement par le biais de leurs représentations. La prise en charge du patient doit être globale, en prenant en compte la personne, sa famille, son entourage, sa vision du monde. Selon lui, la différence est notable quand le soignant s'intéresse à ce que vit et ressent le patient, ce qui favorise le maintien du lien thérapeutique. Selon lui, la prise en soin d'un patient diabétique, en particulier pour une personne migrante, ne doit pas uniquement se centrer sur la maladie ou les traitements, mais doit également prendre en compte le contexte culturel, les croyances autour de la santé, le vécu au moment de l'annonce de la maladie.

Les croyances font également partie de ce que le patient peut considérer comme important dans sa prise en soin. Elles prennent tout leur sens lorsque Monsieur Cimarelli questionne les patients sur ces dernières. En effet, il se trouve que celles-ci peuvent être vraies dans le pays d'origine ou peuvent avoir été vécues personnellement ou par une connaissance. Il est donc important pour le soignant d'adapter ces croyances dans le contexte suisse et d'accueillir avec sérieux ce que confie le patient. Ainsi, il peut être bénéfique d'inclure les différentes pratiques de soins traditionnelles dans la prise en soins infirmière, en favorisant le lien de confiance avec la personne et en favorisant son empowerment.

En d'autres termes, Monsieur Cimarelli recommande d'inclure les représentations, le vécu et la réalité de la personne pour la motiver dans la prise en soin de son diabète.

Monsieur Cimarelli met également l'accent sur le concept d'éducation thérapeutique. Selon lui, il est important de transmettre au patient les connaissances nécessaires à la gestion de sa maladie. Il cite comme exemple les informations sur les traitements et sur l'utilisation du

matériel d'injection et de mesure de la glycémie. Le matériel doit également être adapté aux besoins et aux capacités physiques de la personne. Il développe en soulignant l'exemple d'un patient sous traitement antirejet après sa greffe de pancréas. Ce dernier souffrait de tremblements des membres supérieurs qui l'empêchaient d'effectuer des mouvements précis, comme la mesure de la glycémie, ou rien que l'insertion de la bandelette dans le glucomètre.

Un autre concept-clé que souligne le spécialiste concerne la mise en place d'objectifs. En travaillant sur des objectifs importants aux yeux de la personne et en les liant de façon astucieuse aux recommandations pour le diabète, le soignant aura l'attention de celle-ci et favorisera un lien de confiance et de partenariat. Pour cela il est aussi primordial de valoriser ce qui est acquis par le patient.

Parmi ces objectifs, Monsieur Cimarelli propose de cibler l'amélioration des symptômes qui altèrent la qualité de vie de la personne sur le moment. L'une des suggestions du spécialiste serait d'expliquer le lien entre l'amélioration de symptômes gênants, comme la polyurie et la polydipsie, grâce à la prise de traitements, la modification de l'alimentation ou la pratique d'une activité physique par exemple. Concernant l'alimentation, il suggère de maintenir l'alimentation habituelle, mais d'adapter les portions, les quantités ou les ingrédients. Tout ceci pour que les objectifs soient atteignables et préservent la motivation et l'estime de la personne. Il insiste aussi sur l'importance d'établir de nombreux objectifs pour que la personne puisse mieux entrevoir sa progression. En effet, si un seul objectif est planifié, il sera plus difficile d'observer l'évolution sur le court terme et la personne risque de se démotiver.

Il insiste également sur le fait que l'accompagnement d'une personne diabétique doit se faire en équipe pluridisciplinaire. Ceci permet d'évaluer au mieux les besoins du patient et de lui apporter l'aide et les informations dont il a besoin. Selon le spécialiste, la personne est experte de sa santé et c'est au soignant de s'adapter pour devenir son partenaire. Pour ce faire, il est nécessaire d'identifier à quel endroit se situe le patient dans sa maladie et ce qu'il souhaite. Il faut également prendre en compte la façon dont il gère ses soins et ses représentations.

Il encourage ainsi le soignant à utiliser des stratégies ou des outils de communication pour créer un lien de confiance avec la personne afin qu'elle soit authentique lorsqu'elle se confie, car il se peut que son discours soit dévié par la crainte d'être jugée ou pour ne pas contrarier le soignant en face d'elle.

Plusieurs notions de cette interview font écho aux résultats de ce travail. L'importance de la relation avec les soignants et de la prise en compte du contexte culturel de la personne, les

symptômes physiques et la crainte d'être jugé par un soignant se retrouvent également dans les résultats des différentes études.

6.7. Apports et limites du travail

Ce travail cherche à mettre en évidence les barrières et facilitateurs à l'autogestion du diabète chez les personnes migrantes diabétiques de type 2 à l'aide de différentes études scientifiques analysées. Il convient de noter quelques limites de ce travail, mais également ses apports.

6.7.1. Limites du travail

Tout d'abord, la majorité des études sélectionnées et analysées ont un devis qualitatif, ce qui ne permet pas d'obtenir des résultats généralisables à l'ensemble de la population migrante. Le niveau de preuve de ces études est faible (niveau 4), selon la Haute Autorité de Santé (2013b). Cependant, l'utilisation d'études qualitatives est un point fort pour ce travail, car elles font ressortir l'expérience individuelle au travers des récits des participants.

Aussi, hormis l'étude canadienne de Hyman et al. (2017) et l'étude australienne de Alzubaidi et al. (2016), toutes les autres ont été conduites des États-Unis, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats à travers le monde. En plus, le statut migratoire n'est pas pris en compte à cause du peu de littérature de qualité disponible sur le sujet. Mais la diversité culturelle des participants permet d'avoir un aperçu de la manière dont les immigrants, de différentes communautés, perçoivent les obstacles à l'autogestion. Il est vrai que ces différents pays ont un accès à la technologie médicale semblable à la Suisse, mais il existe vraisemblablement des différences au niveau de leurs systèmes de santé et dans la manière d'appréhender les soins. Malheureusement, aucune étude sélectionnée n'a été effectuée en Suisse. Il semblerait qu'il n'y ait pas d'études réalisées en Suisse concordant précisément avec la présente question de recherche et qui soient répertoriées dans les bases de données scientifiques. Une seule étude a été identifiée (Wenger & Mischke, 2015), mais n'apparaît pas dans les résultats obtenus sur les bases de données après avoir introduit notre équation de recherche.

Ensuite, certaines thématiques telles que la religion, la politique, le stress lié au logement, aux papiers et à l'état de requérant d'asile, ainsi que la relation avec les traducteurs ne sont pas abordées ou très peu développées dans les études sélectionnées. Ces différents thèmes auraient pu apporter des informations supplémentaires dans l'analyse de ce travail, car ils font partie des déterminants de la santé et ont, donc, une influence fondamentale sur l'état de santé des personnes migrantes et sur la manière de prendre en soin leur diabète. Ces thèmes

pourraient être davantage investigués dans des futures recherches, pour donner des pistes en plus sur les obstacles et facilitateurs à l'autogestion chez les patients migrants.

En amont de la production de ce travail, la formulation d'une première question de recherche a permis d'élaborer une équation de recherche comprenant les neuf études sélectionnées. Après analyse méticuleuse de ces dernières, un remaniement de la question de recherche s'est imposé. Les mots-clés entrés dans la base de données ne correspondent donc pas à la nouvelle question de recherche, qui est d'ailleurs une question de perception, à la place d'être une question interventionnelle.

6.7.2. Apports du travail

Il est intéressant de relever qu'une étude sélectionnée, Hu et al., inclut les membres de la famille des participants. Sachant que notre travail se concentre essentiellement sur le vécu des personnes migrantes diabétiques, les données recueillies peuvent apporter des éléments supplémentaires dans l'analyse des résultats.

De plus, dans les 9 études sélectionnées les principes éthiques semblent être respectés. En effet, la réalisation d'étude auprès de cette population particulièrement vulnérable peut poser des questions éthiques, notamment le respect de la dignité et de l'anonymat de la personne. Les verbatims des différents participants sont identifiés par un numéro, leur âge ou leur sexe pour préserver leur anonymat. Les différents auteurs ont mentionné avoir reçu l'autorisation du comité d'éthique pour mener les recherches, ainsi que le consentement de tous les participants. Favoriser un environnement sécurisant et sans jugement est essentiel pour que les participants se sentent à l'aise pour partager leurs expériences. C'est dans ce but que les entretiens de chaque étude ont été menés dans la langue maternelle des participants, par l'un des chercheurs bilingues (Long et al., 2012 ; Nam et al., 2013 ; Alzubaidi et al., 2016 ; Smith-Miller et al., 2017 ; Cha et al., 2012 ; Chun et al., 2012 ; Hu et al., 2013) ou à l'aide d'une infirmière praticienne bilingue et d'interprètes laïcs (Hu et al., 2013) ou de modérateurs formés dans la langue des participants (Leung et al., 2014). En plus, dans l'étude de Alzubaidi et al., les chercheurs ont fait appel à une chercheuse musulmane, qui a participé aux entretiens pour s'assurer du confort des participants (Alzubaidi et al., 2016). Enfin, dans l'étude de Hu et al. et Cha et al., les chercheurs ont montré les retranscriptions aux participants pour avoir un retour de leur part, afin de vérifier la validité et l'exactitude des thèmes identifiés pendant l'entrevue. Cependant, leurs retours ne sont pas précisés dans l'étude (Hu et al., 2013 ; Cha et al., 2012).

Presque toutes les études ont été menées par des équipes interdisciplinaires. Des infirmiers, des médecins, des travailleurs sociaux et des psychiatres ont participé aux différentes études. Il est donc intéressant de souligner l'importance de travailler en interdisciplinarité, même dans

le domaine de la recherche. Chacun peut apporter le point de vue de sa discipline par rapport au sujet de recherche en question. Ce fait rend les résultats des études plus riches et plus complets.

Finalement, l'un des atouts majeurs de ce travail est la rencontre avec des professionnels côtoyant des patients diabétiques migrants. Ces deux rencontres ont permis de recueillir le point de vue de soignants et de comparer les résultats des études avec la réalité du terrain en Suisse.

7. RECOMMANDATIONS

Cette partie met en avant plusieurs recommandations sur les plans de la pratique, de la recherche, de l'enseignement et de la promotion de la santé.

7.1. Recommandations pour la clinique

La culture et le contexte migratoire influencent donc grandement la gestion du diabète de type 2 chez les personnes migrantes. La prise en soins de manière générale commence par une rencontre. C'est pourquoi il est important de soigner la relation qu'un professionnel de santé entretient avec une personne migrante. La mobilisation des habiletés communicationnelles et des techniques d'entretien est par conséquent cruciale lors de la rencontre avec la personne. Il est important de se montrer empathique et de l'écouter activement. Plus le prestataire de soins va tisser un lien relationnel fort avec une personne, plus elle va avoir tendance à se confier et à exprimer ses besoins. En plus, une personne issue de la migration va mettre plus de temps à avoir confiance en un soignant de manière générale (Terragni et al., 2018). Ces éléments sont ainsi importants pour obtenir une anamnèse détaillée et authentique.

Pour procéder à cette anamnèse, un guide d'entretien pourrait être développé sur la base du *Sunrise Model* de Leininger. Dans leur ouvrage, McFarland et Wehbe-Alamah exposent des exemples de questions formulées par Leininger elle-même. Ces questions reprennent les éléments clés du *Sunrise Model* : les sept facteurs, la vision du monde de la personne, son ethnohistoire, sa langue, ses pratiques de soins culturelles, sa relation avec les traitements professionnels et ses attentes concernant les soins infirmiers qui vont lui être prodigués. Ces questions ont pour but de mieux connaître la personne afin de pouvoir lui prodiguer des soins holistiques et adaptés à son contexte culturel (Leininger, 2002, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015). Ces différentes questions se trouvent en annexe (Annexe 10.1. Leininger's Semi-Structured Inquiry Guide Enabler to Assess Culture Care and Health).

Cette anamnèse est aussi utile pour produire du matériel éducatif adapté à la culture de la personne. Comme l'ont montré quelques études, les matériaux éducatifs sont parfois uniquement traduits dans la langue maternelle des personnes, sans que leur contenu soit adapté à leurs coutumes (Chun et al., 2012 ; Leung et al., 2014). C'est pourquoi, pour que les personnes migrantes diabétiques de type 2 se sentent concernées par ces matériaux et puissent appliquer leurs conseils, ils doivent être personnalisés et fournir des recommandations qui correspondent au contexte culturel des personnes.

L'éducation thérapeutique joue un rôle crucial dans la prise en soins d'une maladie chronique comme le diabète de type 2. Il est fondamental de fournir des informations à la personne au sujet de sa maladie et des soins qu'elle nécessite pour prévenir les complications, favoriser la santé de la personne et son empowerment. Il est important d'aller au rythme de la personne et d'adapter son vocabulaire à son niveau de littératie. Il faudrait partir de ses connaissances à elle pour pouvoir renforcer les éléments qu'elle a plus de peine à assimiler. Il serait important de lui demander sur quels sujets elle souhaiterait avoir des compléments d'information. Dans les différentes études, les personnes migrantes souhaiteraient recevoir plus d'informations au sujet du mode d'action de leurs traitements, du déchiffrage des étiquettes nutritionnelles (Smith-Miller et al., 2017), de la gestion du stress, des recommandations de temps d'activité physique et de l'alimentation (notamment sur la taille des portions) (Alzubaidi et al., 2016), du fonctionnement du corps humain et des conséquences du diabète de type 2 sur la santé (Staff et al., 2017).

Concernant le sujet de l'alimentation, il serait intéressant de convier plusieurs personnes migrantes de culture semblable à des ateliers de cuisine. Plusieurs participants iraient faire les courses ensemble dans un supermarché bon marché dans leur pays d'accueil avec une infirmière ou une diététicienne qui leur présenterait les différents aliments dans les rayons et en sélectionnerait pour effectuer des recettes de cuisine saines et équilibrées. Elle montrerait également comment payer à la caisse à ceux qui ignorent cette forme de transaction. Les participants et l'animatrice se retrouveraient par la suite et cuisineraient ensemble les recettes avec les aliments achetés. Ils pourraient ainsi recevoir des informations sur la taille des portions, les valeurs nutritionnelles et apprendre à déchiffrer les étiquettes si leur niveau de maîtrise de la langue du pays d'accueil le leur permet.

Une autre approche ludique en rapport avec l'alimentation pourrait être la création d'ateliers de cuisine en collaboration avec des habitants natifs du pays d'accueil. Un groupe contenant des personnes migrantes et des bénévoles natifs seraient conviés et des binômes composés d'une personne migrante et d'un natif seraient formés. Le groupe pourrait aller faire ses courses ensemble et, par la suite, chaque binôme cuisinerait une recette traditionnelle équilibrée de chacun de leur pays d'origine, à tour de rôle. Cet atelier faciliterait l'acculturation des personnes migrantes en leur faisant découvrir le fonctionnement des magasins dans leur pays d'accueil, en leur faisant découvrir la cuisine locale, en leur faisant pratiquer la langue du pays d'accueil et en favorisant la création de liens et d'un réseau social. Une fête de quartier pourrait ensuite être organisée pour que les habitants puissent goûter aux différents plats préparés. Cela apporterait un côté festif et favoriserait les rencontres.

Le sujet de la préparation des repas est aussi évoqué comme un obstacle à la gestion du diabète pour la femme migrante qui doit se conformer aux rôles traditionnels familiaux et travailler en même temps. Pour permettre à la femme de bénéficier de plus de temps pour qu'elle prenne soin d'elle, il serait judicieux de convier le mari à une consultation pour le sensibiliser à ce que vit sa femme au quotidien. Cet entretien se fera sur la base d'une relation de confiance, d'écoute et sera caractérisé par l'absence de jugement de la part du soignant. Il serait aussi envisageable d'organiser des cours de cuisine en couple pour inciter le conjoint à participer plus aux tâches ménagères. Il serait aussi intéressant de mettre en place des centres de proximité avec des infirmières de quartier pour que ces femmes puissent économiser le temps des grands trajets et les longs temps d'attente au sein des hôpitaux.

Par rapport à l'activité physique, il serait ludique d'organiser des séances d'activité physique gratuites en plein air ou en salle avec des horaires adaptés aux plannings de travail des participants migrants diabétiques. Leurs proches pourraient y être conviés pour les motiver à participer à ces séances. En fonction de leur condition physique, plusieurs groupes pourraient être formés pour convenir à leur rythme. Ils pourraient effectuer des étirements, de la gymnastique douce, du yoga, du renforcement musculaire, des exercices d'assouplissement, des exercices avec des ballons ou de la course à pied par exemple. En plus d'être bénéfiques pour la santé, ces exercices permettraient de diminuer le stress que ressentent les participants en lien avec leur parcours migratoire, leur processus d'acculturation et le vécu et la gestion de leur maladie. Les participants des études sont d'ailleurs demandeurs de plus d'informations sur la gestion de leur stress (Alzubaidi et al., 2016). En plus de ces séances d'activité physique, il pourrait être bénéfique de leur enseigner des techniques de respiration, les bases de la sophrologie, de leur montrer des sentiers où ils pourraient se promener, ou encore de les encourager à continuer de pratiquer leurs propres techniques pour diminuer le stress (pratiques culturelles, homéopathie, etc.). L'infirmière pourrait également évaluer le taux de stress à l'aide d'une échelle spécifique, comme l'échelle du stress perçu de Cohen et Williamson (Psychologie Genève, 2012), ou proposer un suivi psychologique et un soutien émotionnel comme le demandent certains participants de l'étude d'Alzubaidi et al. (2016).

Pour ce qui est de l'éducation à la santé concernant le fonctionnement du corps humain, les conséquences du diabète et les effets des traitements, il serait pertinent d'organiser des groupes d'éducation thérapeutique menés par des professionnels de la même culture que les participants migrants, comme demandé dans certaines études. Les participants des études aiment apprendre en groupe et au sein de leur communauté (Alzubaidi et al., 2016 ; Leung

et al., 2014). Ils pourraient ainsi partager leurs stratégies dans la gestion de leur maladie. Des éléments auxquels les soignants ne penseraient pas pourraient émerger et le partage de connaissances favoriserait l'empowerment des participants. De plus, cela pourrait augmenter leur estime d'eux-mêmes. L'apprentissage en groupe facilite également les échanges et les questions que certains peuvent poser peuvent intéresser d'autres participants qui n'auraient pas pensé à tel ou tel élément, ou qui n'oseraient pas poser la question. Il serait intéressant d'utiliser des images ou de s'exercer à faire des jeux de rôles pour rendre l'apprentissage plus agréable.

Ces séances pourraient être conduites sur une période prolongée. Les participants des études demandent d'ailleurs un suivi sur le long terme pour qu'ils puissent bénéficier de conseils et d'informations sur leur santé de manière continue (et non pas seulement lors de l'annonce du diagnostic). En plus, il est important d'instaurer ce suivi pour pouvoir effectuer les divers contrôles médicaux nécessaires à la prévention des complications liées au diabète (ophtalmologiques, rénales, podologiques, etc.).

Par ailleurs, les soins des yeux et des pieds n'ont été que vaguement abordés et ce dans une seule des études (Smith-Miller et al., 2017). Pourtant, les complications oculaires et au niveau des pieds altèrent la qualité de vie des participants. Il serait donc important d'insister sur l'apprentissage des soins des pieds et sur l'importance des contrôles ophtalmologiques réguliers pour éviter les complications. Pour les personnes qui souffriraient de complications ou de symptômes liés aux hypoglycémies ou hyperglycémies ou de fatigue liée aux restrictions alimentaires, il serait important d'évaluer l'impact de ces symptômes et les soigner pour réduire la souffrance physique et émotionnelle, ainsi que pour favoriser le bien-être de la personne. De plus, ces symptômes physiques peuvent inciter la personne à rester chez elle à cause de ses troubles de la vision, de la douleur ou de la fatigue. Ces personnes vont avoir tendance à moins participer aux groupes d'éducation ou à ne pas aller aux consultations. Cette problématique touche également les personnes migrantes âgées qui souffrent de handicaps liés à l'âge. Pour ces personnes, les soins à domicile pourraient être une solution. Ils pallieraient les difficultés liées aux moyens de transport et économiseraient l'énergie de la personne, pour qu'elle puisse être attentive et capable d'exprimer ses besoins et inquiétudes lors des soins. Il existe plusieurs structures de soins à domicile sur le canton de Genève, que ce soient des institutions ou des infirmières indépendantes. Leurs interventions pourraient être bénéfiques au bien-être de ces personnes et elles pourraient utiliser un service d'interprétariat par téléphone pour pallier la barrière de la langue.

Le fait de rester à domicile à cause des symptômes physiques peut également entraîner un isolement social qu'il est important d'évaluer. Il a été vu auparavant que l'entourage pouvait exercer une influence positive sur l'autogestion de la maladie des personnes migrantes diabétiques de type 2 (Smith-Miller et al., 2017). Ainsi, inclure la famille ou le conjoint dans la prise en soins pourrait être une véritable plus-value pour la gestion de la maladie. Ils pourraient fournir un soutien émotionnel aux patients et les encourager à adopter les bonnes pratiques de soins, comme la pratique d'une activité physique ou l'adoption d'une alimentation équilibrée (Hu et al., 2013). Mais pour ce faire, il semblerait pertinent de faire bénéficier d'une éducation thérapeutique consacrée à la physiopathologie de la maladie, à ses complications et aux soins qu'elle nécessite. En effet, dans l'étude de Hu et al., les participants sont motivés à aider leur proche diabétique mais confient manquer de connaissances (Hu et al., 2013).

La personne migrante diabétique pourrait être accompagnée de son mari ou de son épouse, ou bien d'un proche significatif, lors de l'établissement des objectifs thérapeutiques qu'implique la prise en soins de cette maladie. Le soignant accompagnera la personne pour définir ses objectifs personnels et vérifier qu'ils soient atteignables. Il faudrait commencer par des objectifs à bas seuil pour être sûr qu'ils soient atteints par la personne pour préserver son estime d'elle-même et sa motivation. Il est ainsi capital de valoriser les progrès et les efforts fournis par la personne, ainsi que les ressources qu'elle possède. Il faut également lui enseigner que les soins du diabète ne se centrent pas sur des chiffres et la valeur de la glycémie, mais plutôt sur l'adoption de bonnes pratiques de soins et sur la limitation de risque de survenue d'une hypoglycémie et d'une hyperglycémie.

Pour favoriser son autonomie, il serait intéressant de développer une application téléchargeable gratuitement qui regrouperait toutes les sources d'information et les lieux de soins où la personne migrante peut aller se faire soigner (le Programme Santé Migrants (HUG, 2021b) ou la Consultation Ambulatoire Mobile de Soins Communautaires (HUG, 2021c) à Genève), ainsi que les bus qui donnent accès à ces endroits. Une telle application pourrait également contenir les associations d'aide aux personnes migrantes ou précaires (comme l'association de la Roseraie (Centre de la Roseraie, 2021), Camarada (Camarada, 2021), CARITAS (CARITAS Suisse, 2021), le Centre Social Protestant (Centre Social Protestant Genève, 2021) ou l'Hospice Général (Hospice Général, 2021) et les endroits où elle pourrait pratiquer de l'activité physique gratuitement (les parcours Vita (Ville de Genève, 2021a), les sentiers de promenade (Ville de Genève, 2021b), le lancer de frisbee au parc des Evaux (Fondation des Evaux, 2014) ou les installations d'urban training en ville de Genève (Ville de Genève, 2021c)).

Cette application devrait être traduite dans un maximum de langues pour favoriser l'accès à ces informations. Cette dernière devrait être proposée à la personne après avoir évalué son accès aux technologies ainsi que ses compétences pour l'utiliser.

Pour tenir compte du facteur économique, il faudrait éviter de prodiguer des soins coûteux et trouver des stratégies pour utiliser du matériel meilleur marché et efficace. Il faudrait également agir le plus précocement sur l'apparition des complications qui engendrent des coûts supplémentaires pour la personne migrante diabétique, et par la même occasion pour l'État.

Le système de santé étant souvent très différent entre les pays, il serait judicieux de présenter son fonctionnement lorsque la personne migrante arrive dans le pays d'accueil. Ainsi, elle pourrait mieux se représenter l'organisation des soins et ajuster ses attentes à propos de l'accompagnement des soignants.

7.2. Recommandations pour la recherche

Actuellement, il existe peu de littérature sur le sujet des barrières et des facilitateurs à la gestion du diabète de type 2 chez les personnes migrantes. Il serait pertinent d'effectuer d'autres études qualitatives pour inférer plus de pistes pour l'amélioration de leur prise en soins. Plusieurs sujets qui semblent importants dans la prise en soins de cette population n'ont été abordés qu'en surface dans certaines études. Par exemple, la relation avec les interprètes peut constituer une ressource, mais aussi une source de contrariété lors des consultations à ne pas négliger. Pourtant, elle n'apparaît que dans l'étude de Chun et al. (2012). Il est de même pour les soins des pieds et des yeux (Smith-Miller et al., 2017), et pour l'impact des conditions de logement (Chun et al., 2012) sur la gestion du diabète. Ces éléments pourraient être explorés davantage lors de futures études.

Il serait également intéressant de se pencher sur les besoins des proches (Hu et al., 2013 ; Nam et al., 2013) pour aider la personne dans la gestion de sa maladie. Comme ceci, l'équipe soignante pourrait par exemple organiser des groupes d'éducation à la santé pour les proches en se basant sur leurs besoins.

Il serait également intéressant d'investiguer plus précisément la mise en place de l'arrêt du tabac et de la surveillance de la tension artérielle pour avoir une vision globale de tous les éléments des quatre axes de soins du diabète de type 2 selon la SSED (2014). Le stress est également une problématique récurrente qu'il serait intéressant d'investiguer à travers d'autres études qualitatives qui exploreraient la perception des personnes migrantes à propos de l'impact du stress sur la gestion de leur diabète de type 2.

Concernant la problématique du niveau de littératie, l'étude de Leung et al. avance une proposition intéressante. Il pourrait ainsi être pertinent de développer une échelle d'évaluation du niveau de littératie adaptée aux minorités (Leung et al., 2014) en incorporant à cette échelle quelques facteurs du *Sunrise Model* de Leininger (comme le facteur éducatif) pour explorer l'impact du contexte culturel sur la capacité de compréhension des informations de la personne.

7.3. Recommandations pour l'enseignement

Comme vu précédemment, les différentes barrières à l'autogestion du diabète de type 2 chez les personnes migrantes sont un obstacle à l'adoption de bonnes pratiques de soins du diabète. Ces difficultés ont un impact non négligeable sur la santé de cette population, engendrant des coûts supplémentaires dans le parcours de soins de ces personnes (Fédération Internationale du Diabète, 2019). Ces dépenses pourraient être drastiquement réduites si les professionnels de santé étaient sensibilisés à leurs difficultés et mieux formés sur le sujet. En effet, les professionnels auraient une vision plus globale des problématiques liées au parcours migratoire et pourraient mieux prendre en compte les besoins des personnes migrantes dans leur prise en soins. À la Haute École de Santé [HEdS] de Genève, la théorie de Leininger est enseignée à tous les étudiants de la filière soins infirmiers. Des cours sur le parcours migratoire, sur l'influence des facteurs sociaux sur la santé, sur la littératie en santé, sur l'interculturalité entre les professionnels, sur les *working poor* et sur la spiritualité dans les soins sont également dispensés durant les trois années de formation. Il serait important d'aborder ces thématiques cruciales dans le cadre de l'enseignement de la profession infirmière dans les institutions pédagogiques pour prodiguer des soins adaptés à leur contexte culturel.

Il serait aussi intéressant d'organiser des journées de sensibilisation à cette problématique destinées aux professionnels qui ne travaillent pas dans des centres de soins communautaires. Effectivement, 25,4% de la population résidante en Suisse est étrangère en 2021 (SEM, 2021) et environ 40% à Genève en fin 2020 (République et Canton de Genève, 2021). Ainsi, de plus en plus de personnes de cultures différentes se font soigner en milieu hospitalier. C'est pour cela qu'il serait également important de former le personnel dans les milieux de soins non spécialisés. Il serait aussi intéressant de les sensibiliser aux coûts et aux remboursements des soins pour qu'ils puissent prodiguer des soins qui soient accessibles financièrement pour cette population.

Pour le personnel travaillant dans des lieux de soins spécialisés en Suisse romande, le CAS en santé et diversités permet d'approfondir la thématique des approches transculturelles. Cette formation est dispensée par l'Université de Genève et l'Université de Lausanne. Elle est par ailleurs ouverte à tous les professionnels de santé, qu'ils travaillent en milieu spécialisé ou non (Université de Genève, 2021).

7.4. Recommandations pour la promotion de la santé et la prévention

Comme vu dans la problématique, l'équilibre alimentaire et la pratique d'une activité physique régulière préviennent la survenue d'un diabète de type 2 (Diabète Suisse, 2020a). Pour sensibiliser la population migrante à cette problématique de santé, il faudrait leur faire passer des messages de promotion de la santé ciblés. Pour toucher cette population qui semble apprécier recevoir de l'information dans des lieux religieux comme les églises (Long et al., 2012), il serait intéressant de pouvoir former certains représentants religieux à la promotion de la santé. Dans le documentaire de la chaîne ARTE "Un monde obèse", un pasteur aux États-Unis montre à ses fidèles le nombre de carrés de sucre que contient un verre de soda (Gilman & De Lestrade, 2020). Les représentants religieux pourraient aussi proposer de faire des sessions d'activité physique, comme de la danse par exemple. Les personnes migrantes seraient ainsi peut-être plus réceptives aux messages et prendraient plus de plaisir à prendre soin de leur santé. Il serait aussi intéressant d'intervenir sur les lieux de travail des personnes migrantes. Elles passent pour beaucoup d'entre elles de longues heures sur ces sites. Des interventions de promotion de l'activité physique ou des séances de massages ou de relaxation comprises dans le temps de travail pourraient être organisées dans le but de diminuer le taux de stress chez ces personnes.

À un niveau plus global, dans certains pays, comme le Mexique, une taxe sur les boissons sucrées a été appliquée. Ainsi, le prix de l'eau se retrouve plus attractif que celui des sodas, d'autant plus pour les personnes qui font face à des difficultés économiques comme les personnes migrantes (Gilman & De Lestrade, 2020). Il serait aussi intéressant que les gouvernements des pays apportent un soutien financier aux agriculteurs locaux afin de faire baisser le prix des fruits et légumes. Ils seraient alors plus accessibles pour les populations à faible revenu.

En plus d'agir sur la santé de la population migrante en général, il serait intéressant de sensibiliser celle-ci à la maladie du diabète pour travailler sur les représentations qu'ont ces personnes au sujet de cette maladie. Cette sensibilisation pourrait diminuer les pensées et paroles stigmatisantes de leur part envers ceux qui souffrent de cette maladie. Cela pourrait diminuer la réticence des personnes migrantes diabétiques de type 2 à annoncer leur diagnostic à leurs proches et favoriser leur intégration à leur communauté, en particulier lors de repas festifs en société.

8. CONCLUSION

Pour conclure, cette dernière partie retrace les éléments clés de ce travail et expose ses apports personnels pour ses auteures.

8.1. Synthèse des points clés et ouverture

Les migrations internationales constituent un phénomène d'actualité. La plupart du temps, les personnes migrantes sont contraintes de partir, et ceci pour des raisons politiques, économiques, climatiques ou autres. Elles sont parfois victimes de violences lors de leur parcours migratoire et abandonnent leur pays natal, leur famille, leurs amis, leur logement et ainsi, une partie d'elles-mêmes. À leur arrivée dans leur pays d'accueil, elles sont bien souvent contraintes à vivre dans la précarité économique et sociale. Il s'agit donc d'une population vulnérable plus sujette à développer une maladie chronique comme le diabète de type 2 et des complications liées à cette maladie. Plusieurs barrières et facilitateurs se dressent ainsi devant elles lorsqu'il s'agit d'adopter les bonnes pratiques de soin du diabète.

Les neuf études sélectionnées soulèvent justement les impacts de l'entourage, de la relation avec les soignants, de l'accès aux soins et des différents éléments constituant les pratiques de soins du diabète de type 2 sur l'autogestion de cette maladie. En plus de prendre en compte ces barrières et facilitateurs à la gestion du diabète de type 2 chez ces personnes, il est nécessaire d'évaluer l'influence des déterminants de la santé sur le bien-être de la personne. Les différentes études ont mis en avant dix des douze déterminants de la santé, soit le niveau de revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation et l'alphabétisme, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, les environnements physiques, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles, les services de santé, le sexe et la culture (Agence de la santé publique du Canada, 2007; Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick, 2007, cité dans Promosanté, 2012).

Deux déterminants de la santé ne ressortent pas des études et mériteraient d'être explorés davantage. Il s'agit du développement de la petite enfance et du patrimoine biologique et génétique (Agence de la santé publique du Canada, 2007 ; Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick, 2007, cité dans Promosanté, 2012). Il serait intéressant d'investiguer l'impact du développement de l'enfant issu de la migration sur le risque de survenue d'une maladie chronique comme le diabète de type 2 à l'âge adulte. L'influence du patrimoine biologique et génétique aurait également un impact sur le risque de développer un diabète de type 2, comme le montrent Sirdah & Reading (2020). Il existe encore

des zones d'ombre au sujet de la physiopathologie de cette maladie. Les causes d'origine génétique du diabète de type 2 sont encore investiguées à ce jour par la recherche médicale (Sirdah & Reading, 2020).

8.2. Apports personnels de ce travail

Ce travail de Bachelor nous a apporté plusieurs éléments qui ont élargi notre perspective du rôle infirmier dans la prise en soins de la population migrante.

En effet, celui-ci nous a permis de recueillir des informations supplémentaires sur le thème du parcours migratoire et du diabète. Ainsi, nous nous sommes mieux rendu compte des conséquences que peut avoir le diabète de type 2 sur la personne migrante et de l'enjeu que représente sa prise en soins. Tous ces éléments impliquent donc un accompagnement multidisciplinaire et demandent une adaptation nécessitant de la créativité et de l'ingéniosité de la part des soignants.

Les entretiens que nous avons effectués avec des infirmiers ayant l'expérience du terrain nous ont également permis de comparer les résultats avec la réalité genevoise, contribuant aussi à notre prise de conscience des problématiques pouvant être rencontrées, telles que la gestion du stress, la précarité économique ou le contexte culturel. Il est nécessaire de les inclure dans les soins pour favoriser un processus de soin adapté à la personne. Pour y arriver, il est important de fixer des objectifs simples et atteignables qui partent des besoins de la personne.

Nous sommes conscientes, encore plus à ce jour, que faire preuve d'empathie et de cocréer un lien de confiance est réellement nécessaire. Celui-ci contribue à la réassurance de la personne et à son positionnement en tant que partenaire de soin. Ce fait augmente son empowerment et améliore la gestion de son diabète.

9. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agyemang, C., Goosen, S., Anujoo, K., & Ogedegbe, G. (2011). Relationship between post-traumatic stress disorder and diabetes among 105 180 asylum seekers in the Netherlands. *European Journal of Public Health*, 22(5), 658-662.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr138>
- Alligood, M. (2017). *Nursing Theorists and their Work* (9^e éd.). Elsevier.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM 5 - Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux* (5th ed.). Elsevier Masson.
- Association suisse des infirmières et infirmiers ASI - SBK. (2020) *Publication du premier rapport sur la situation du personnel infirmier dans le monde*.
https://www.sbk.ch/fr/news-single?tx_news_pi1%5Bnews%5D=462&cHash=68800d8be1428ff1df7d269fe3b01784
- Alzubaidi, H., Mc Namara, K., & Browning, C. (2016). Time to question diabetes self-management support for Arabic-speaking migrants: exploring a new model of care. *Diabetic Medicine*, 34(3), 348–355. <https://doi.org/10.1111/dme.13286>
- Berkovitz, S., Fabreau, G., Raghavan, S., Kentoffio, K., Chang, Y., He, W., Atlas, S., & Percac-Lima, S. (2016). Risk of Developing Diabetes Among Refugees and Immigrants: A Longitudinal Analysis. *Journal of Community Health*, 41, 1274-1281.
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10900-016-0216-4.pdf>
- Bureau de l'Intégration des étrangers de l'État de Genève. (2019). *Engagement facilité des titulaires d'un permis N, F ou B réfugié*.
<https://www.ge.ch/document/bie-engagement-facilite-titulaires-permis-n-f-b-refugie-mode-emploi-employeurs/telecharger>
- Camarada. (2021). *Camarada centre d'accueil, de formation et d'insertion professionnelle*.
<https://www.camarada.ch/>
- Cara, C. (2018). *LES SOINS INFIRMIERS HUMANISTES-CARING POUR FAIRE LA DIFFÉRENCE DANS LA SOUFFRANCE ET LA DÉSHUMANISATION*.
<https://www.ecolelasource.ch/wp-content/uploads/Cara.pdf>
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., Beauchamp, J., Gagnon, L., Casimir, M., Girard, F., Roy, M., Robinette, L., & Mathieu, C. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM : Perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*, 125(2), 20-31.
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-2-page-20.htm>
- CARITAS. (2021). *Asile et migration*.
<https://www.caritas.ch/fr/ce-que-nous-faisons/en-suisse/asile-et-migration.html>

- Centre de la Roseraie. (2021). *Centre d'accueil pour personnes migrantes*.
<https://centre-roseraie.ch/>
- Centre Social Protestant. (2021). *Questions d'asile*. <https://csp.ch/geneve/services/refugies/>
- Cha, E. S., Yang, K., Lee, J., Min, J., Kim, K. H., Dunbar, S. B., & Bonnie Mowinski J. (2013). Understanding Cultural Issues in Diabetes Self-Management Behaviors of Korean Immigrants. *The Diabetes Educator*, 38(6), 835-844.
<https://doi.org/10.1177/0145721712460283>
- Chinn, P., & Kramer, M. (2014). *Knowledge Development in Nursing : theory and process* (9th ed.). Elsevier Mosby.
- Chun, K. M., Chesla, C. A., & Kwan, C. M. L. (2012). "So We Adapt Step by Step": Acculturation Experiences Affecting Diabetes Management and Perceived Health for Chinese American Immigrants. *Social, Science & Medicine*, 72(2), 256-264.
<http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.010>
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2015). *Référentiel*.
<http://canmeds.royalcollege.ca/fr/referentiel>
- Croix-Rouge Suisse (s.d.). *Permis dans le cadre du droit d'asile*.
https://migesexpert.migesplus.ch/fileadmin/migesexpert/Dokumente/Permis_dans_le_cadre_du_droit_d_asile_tableau_fr.pdf
- Diabète Suisse. (2021). *Diabète de type 2*.
<https://www.diabetesschweiz.ch/fr/a-propos-du-diabete/formes-de-diabete/diabete-de-type-2.html>
- Diabète Suisse. (2020b). *A propos du diabète*.
<https://www.diabetesschweiz.ch/fr/a-propos-du-diabete.html>
- Diabète Suisse. (2020a). *Diabète de type 2*.
<https://www.diabetesschweiz.ch/fr/a-propos-du-diabete/formes-de-diabete/diabete-de-type-2.html>
- Diabète Vaud. (2020). *Diabète de type 2*.
<https://www.diabetevaud.ch/comprendre-le-diabete/diabete-de-type-2/>
- Durieux-Paillard, S., Wolff, H., Bodenmann, P., & Jackson, Y. (2018). Chapitre 2.9. Besoins en santé des migrants vulnérables. In P. Bodenmann, Y. Jackson & H. Wolff (Dir.), *Vulnérabilités, équité et santé* (pp. 215-224). Médecine et Hygiène.
- Fawcett, J. (2016). *Applying Conceptual Models of Nursing : Quality Improvement, Research, and Practice*. Springer Publishing Company.
- Fédération internationale du diabète. (2019). *Impacts individuels, sociaux et économiques*
<https://diabetesatlas.org/fr/sections/individual-social-and-economic-impact.html>
- Fondation des Evaux. (2014). *Disc-Golf*. <https://www.evaux.ch/disc-golf>

- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2e éd.). Chenelière Education.
- Gilman, S., & De Lestrade, T. (réalisateur). (2020). *Un monde obèse* [Documentaire]. ARTE France.
- Hackett, R. A., & Steptoe, A. (2017). Type 2 diabetes mellitus and psychological stress - a modifiable risk factor. *Nature Reviews Endocrinology*, 13, 547-560.
<https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.64>
- Haute Autorité de Santé. (2013a). *Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_reco_diabete_type_2.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2013b). *ETAT DES LIEUX Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale. (2012). *Plan d'études cadre Bachelor 2012*.
<https://www.hes-so.ch/data/documents/plan-etudes-bachelor-soins-infirmiers-878.pdf>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2021a). *Calcul de l'IMC*.
<https://www.hug.ch/contrepoids/calcul-imc-chez-adulte>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2021b). *Programme santé migrants*.
<https://www.hug.ch/consultation/programme-sante-migrants>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2021c). *Soins communautaires (CAMSCO)*.
<https://www.hug.ch/consultation/soins-communautaires-camsco>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2020). *Transplantation d'ilots*.
<https://www.hug.ch/transplantation/transplantation-ilots>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (s.d.). *Glycémie*.
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/pluriprofessionnels_de_sante/glycemie_2.pdf
- Hospice Général. (2021). *AIDE AUX MIGRANTS - Hospice Général (AMIG)*.
<https://www.hospicegeneral.ch/fr/aide-aux-migrants-hospice-general>
- Hu, J., Amirehsani, K., Wallace, D. C., & Letvak S. (2013). Perceptions of barriers in managing diabetes: perspectives of Hispanic immigrant patients and family members. *The Diabetes Educator*, 39(4), 494-503.
<https://doi.org/10.1177/0145721713486200>

- Hyman, I., Shakya, Y., Jembere, N., Gucciardi, E., & Vissandjée, B. (2017). Provider- and patient-related determinants of diabetes self-management among recent immigrants : Implications for systemic change. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 63(2), 137-144.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5395412/pdf/063e137.pdf>
- Institution genevoise de maintien à domicile. (2021). *Prestations*.
<https://www.imad-ge.ch/prestations/>
- International Diabetes Federation. (2020). *Type 1 diabetes*.
<https://idf.org/aboutdiabetes/type-1-diabetes.html>
- Leininger, M. M. (1988). Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152-160.
<https://doi.org/10.1177/089431848800100408>
- Leung, A. Y. M., Bo, A., Hsiao, H., Wang, S. S., & Chi, I. (2014). Health literacy issues in the care of Chinese American immigrants with diabetes: a qualitative study. *BMJ Journals*, 4(11), 1-12. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005294>
- Long, J. M., Sowell, R., Bairan, A., Holtz, C., Curtis, A. B., & Fogarty K. J. (2012). Exploration of commonalities and variations in health beliefs across four Latino subgroups using focus group methodology: Implications in care for Latinos with type 2 diabetes. *Journal of Cultural Diversity*, 19(1), 133-142.
<http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=84519204&S=R&D=ccm&EbscoContent=dGJyMNHX8kSepq84y9f3OLCmsEmep7JSs6e4S7eWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprk20prJKuePfgeyx44Dt6fIA>
- Magny-Normilus, C., Mawn, B., & Dalton J. (2020). Self-Management of Type 2 Diabetes in Adult Haitian Immigrants: A Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 51–58. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1043659619841586>
- McFarland, M., & Wehbe-Alamah, H. (2015). *Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed.). Burlington: Jones and Bartlett learning.
- McFarland, M. (2014). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality in Nursing Practice. In M. Alligood (Ed.), *Nursing Theory Utilization & Application* (pp. 350-367). Elsevier.
- Nam, S., Song, H.-J., Park, S.-Y., & Song, Y. (2013). USA. Challenges of Diabetes Management in Immigrant Korean Americans. *The Diabetes Educator*, 39(2), 213-221. <https://doi.org/10.1177/0145721713475846>

- Norredam, M., Agyemang, C., Hoejbjerg Hansen, OK., Petersen, JH., Byberg, S., Krasnik, A., & Kunst, AE. (2014). Duration of residence and disease occurrence among refugees and family reunited immigrants: test of the 'healthy migrant effect' hypothesis. *Tropical Medicine and International Health*, 19(8), 958-967.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/tmi.12340>
- Observatoire Suisse de la santé. (2019). *Diabète sucré*.
<https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/diabete-sucré>
- Observatoire Suisse de la santé. (2012). *Population migrante et santé – Analyse des hospitalisations*.
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_bulletin_2012-01_f.pdf
- Observatoire Suisse de la santé. (2011). *Population migrante et santé Analyse de la statistique médicale des hôpitaux et recherche de littérature*.
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjcnrXJmo3xAhXNCOwKHd6UBMMQFjAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fdam%2Fbag%2Ffr%2Fdokumente%2Fnat-gesundheitsstrategien%2Fnat-programm-migration-und-gesundheit%2Fchancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung%2Fkrankenhausstatistik-und-migration.pdf.download.pdf%2Fstatistique-medicale-et-migration.pdf&usq=AOvVaw2N339N8gkoe2lw6JJf4zs>
- Office Fédéral de la Santé Publique. (2020). *La loi fédérale sur les professions de la santé et ses dispositions d'exécution sont en vigueur*.
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/bundesgesetz-ueber-die-gesundheitsberufe.html>
- Office Fédéral de la Statistique. (2019a). *Bilan de la population résidante permanente selon le canton, résultats annuels définitifs, 2018*.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/communiqués-presse.assetdetail.9486064.html>
- Office Fédéral de la Statistique. (2019c). *Migrations de la population résidante permanente selon le canton, 1999-2018*.

- <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/migration-internationale.assetdetail.9466940.html>
- Office Fédéral de la Statistique. (2019d). *Part de la population ayant migré en Suisse*.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.7126664.html>
- Office Fédéral de la Statistique. (2019e). *Personnes souffrant du diabète*.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/maladies/diabete.assetdetail.6466115.html>
- Office Fédéral de la santé publique. (2020a). *Accès aux soins de santé des sans-papiers*.
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsstrategie/gesundheitsstrategie-in-der-gesundheitsversorgung/gesundheitsversorgung-der-sans-papiers.html>
- Office Fédéral de la santé publique. (2020b). *Aide d'urgence*.
<https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/sozialhilfesubventionen/nothilfe.html>
- Office Fédéral de la santé publique. (2020c). *Diabète*.
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/diabetes.html>
- Office Fédéral de la santé publique. (2016a). *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles 2017–2024 (stratégie MNT), version courte*.
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/diabetes.html>
- Office Fédéral de la santé publique. (2016b). *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017–2024*.
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/diabetes.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *Migration et santé: les principaux enjeux*.
<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#page-wrap>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017c). *Migrations et santé*.
<https://www.who.int/features/qa/88/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017b). *Promotion de la santé des migrants – lutter pour la paix et une vie décente pour tous*.
<https://www.who.int/dg/speeches/2017/promoting-migrant-health/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017a). *Promotion de la santé des réfugiés et des*

- migrants: Projet de cadre sur les priorités et les principes directeurs de la promotion de la santé des réfugiés et des migrants.*
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274831/A70_24-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organisation des Nations Unies. (2019). *Le nombre de migrants internationaux atteint 272 millions, en hausse dans toutes les régions du monde.*
<https://news.un.org/fr/story/2019/09/1051802>
- Organisation Suisse d'aide aux réfugiés. (s.d). *Statut de séjour.*
<https://www.osar.ch/themes/asile-en-suisse/statut-de-sejour>
- Pereira de Melo, L. (2013). The Sunrise Model: a Contribution to the Teaching of Nursing Consultation in Collective Health. *American Journal of Nursing Research*, 1(1), 20-23.
<http://pubs.sciepub.com/ajnr/1/1/3/>
- Phaneuf, M. (2013). *Le concept d'advocacy en soins infirmiers.*
<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/Le-concept-dadvocasy-en-soins-infirmiers-Copie.pdf>
- Procopiou, M. (2005). Dépistage et diagnostic du diabète de type 2 : quels tests ? . *Revue médicale Suisse*, 1(30418).
<https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-22/30418>
- Promosanté (2012). *Déterminants de la santé.*
<http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/determinants-de-la-sante/>
- Psychologie Genève. (2012). *Questionnaire d'auto-évaluation de stress perçu de Cohen.*
http://psychologie-ge.ch/Test_Stress_Cohen.html
- République et canton de Genève. (2021). *INFORMATIONS STATISTIQUES BILAN ET ÉTAT DE LA POPULATION DU CANTON DE GENÈVE EN 2020.*
https://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2021/informations_statistiques/autres_themes/is_population_03_2021.pdf
- Roche Diabetes Care. (2021). *Comprendre ses résultats glycémiques.*
<https://www.accu-chek.fr/lautosurveillance-glycemique/comprendre-ses-resultats-glycemiques>
- Secrétariat d'Etat aux Migrations. (2021). *Statistique sur les étrangers, avril 2021.*
<https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/auslaenderstatistik/archiv/2021/04.html>
- Secrétariat d'Etat aux Migrations. (2020b). *Livret F (pour étrangers admis provisoirement).*
https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/themen/aufenthalt/nicht_eu_efta/ausweis_f_vorlaeufig.html
- Secrétariat d'Etat aux Migrations. (2020c). *Livret N (pour requérants d'asile).*

https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/themen/aufenthalt/nicht_eu_efta/ausweis_n_asylsuchende.html

Secrétariat d'Etat aux Migrations. (2020a). *Permis de séjour pour ressortissants de l'UE/AELE*.

https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/themen/aufenthalt/eu_efta.html

Secrétariat d'Etat aux Migrations. (2019). Structures régionales et centres fédéraux pour requérants d'asile.

<https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/asylverfahren/asylregionen-baz.html>

Secrétariat d'Etat aux Migrations. (2018). *Naturalisation ordinaire*.

https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/themen/buergerrecht/einbuergerung/ordentliche_einbuergerung.html

Sitex. (2016). *A propos*.

https://www.sitexsa.ch/index.php?page=a-propos&hl=fr_FR

Sirdah, M. M., & Reading, S. N. (2020). Genetic predisposition in type 2 diabetes: A promising approach toward a personalized management of diabetes. *Clinical Genetics*, 98, 525-547. <https://doi.org/10.1111/cge.13772>

Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2018). *Middle Range Theory for Nursing* (4e éd.). Springer.

Smith-Miller, C. A., Berry, D. C., & Miller, C.T. (2017). Diabetes affects everything: Type 2 diabetes self-management among Spanish-speaking hispanic immigrants. *Research in nursing & health*, 40(6), 541-554. <https://doi.org/10.1002/nur.21817>

Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie. (2014). *Recommandations pour l'éducation à l'autogestion chez les personnes avec un diabète de type 2*. https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/62_Empfehlungen_Hausarzt/Diabetes-Schulungen_bei_DM2_FR_2014_1_.pdf

Staff, A., Garvin, P., Wiréhn, A.-B., & Yngman-Uhlin, P. (2017). Patients requests and needs for culturally and individually adapted supportive care in type 2 diabetes patients - A comparative study between Nordic and non-Nordic patients in a social economical vulnerable area of Linköping, Sweden. *Primary Care Diabetes Europe*, 11(6), 522-528. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcd.2017.06.006>

Terragni, L., Beune, E., Stronks, K., Davidson, E., Qureshi, S., Kumar, B., & Diaz, E. (2018). Developing culturally adapted lifestyle interventions for South Asian migrant populations: a qualitative study of the key success factors and main challenges. *Public Health*, 161, 50-58. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0033350618301410?token=135D11937BAF9CF8627566BB3C78C0AF74DA4D095756C599A14EB711C4F5604A909B9FE37F78F730A61DEDCBC8F49F59>

- Université de Genève. (2021). *CAS Santé et diversité : comprendre et pratiquer les approches transculturelles*. <https://www.unige.ch/formcont/cours/cas-sante-et-diversites-comprendre-et-pratiquer-les-approches-transculturelles-2019>
- Université de Genève. (2017). *Communiqué de presse L'impact des conditions d'accueil sur la santé mentale des migrants*.
https://www.unige.ch/communication/communiques/files/2115/0831/9106/Limpact_de_s_conditions_daccueil_sur_la_sante_mentale_des_migrants_.pdf
- Ville de Genève. (2021a). *Parcours santé*.
<https://www.geneve.ch/fr/themes/sport/activites-sportives-parcs/parcours-sante>
- Ville de Genève. (2021b). *Promenades*. <https://www.geneve.ch/fr/faire-geneve/promenades>
- Ville de Genève. (2021c). *Urban Training*.
<https://www.geneve.ch/fr/themes/sport/activites-sportives-parcs/urban-training>
- Vivitas. (2021). *Qu'offrons-nous ?*
<http://www.vivitashomecare.com/fr/services/qu-offrons-nous>
- Vivre Ensemble. (2020). *Permis et droits des personnes relevant de l'asile*.
<https://asile.ch/permis/>
- Wenger, A., & Mischke, C. (2015). "A Little Bit of Switzerland, a Little Bit of Kosovo". Swiss Immigrants from Former Yugoslavia with Type 2 Diabetes. A Qualitative Study' in Analogy to Grounded Theory. *Gesundheitswesen*, 77(10), 736-741.
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1548879>

10. ANNEXES

10.1. Leininger's Semi-Structured Inquiry Guide Enabler to Assess Culture Care and Health

Tiré de : Leininger, M.M. (2002). Culture Care Assessments for Congruent Competency Practices. In M. M. Leininger, & M. R., McFarland (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research & practices* (3rd ed., pp. 117-143). New York: McGraw-Hill Companies, Inc., cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, pp. 82-84.

Instructions: The purpose of this ethn nursing guide is to enter the world of the client and discover information to provide holistic, culture-specific care. Use broad and open inquiry modes rather than direct confrontational questions. Move with client (or informant) to make the inquiry natural and familiar. These inquiry areas are examples for the inquiry and not exhaustive. Identify at the outset if assessing an individual, family, group, institution or community. (The inquiry guide focuses on the individual). Identify yourself and the purpose of the inquiry to the client, i.e., to learn from the client about his/her lifeway to provide nursing care that will be helpful or meaningful (Leininger, 2002, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, p. 82).

Domains of Inquiry: Suggested Inquiry Modes

1) *Worldview*

I would like to know how you see the world around you.

Could you share with me your views of how you see things are for you? (Leininger, 2002, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, p. 82).

2) *Ethnohistory*

In nursing we can benefit from learning about the client's cultural heritage, (e.g., Korean, Philippine, etc.). Could you tell me something about your cultural background? Where were you born and where have you been living in the recent past? Tell me about your parents and their origins. Have you and your parents lived in different geographic or environmental places? If so, tell me about your relocations and any special life events or experiences you recall that could be helpful to understand you and your needs. What languages do you speak? How would you like to be referred to by friends or strangers? (Leininger, 2002, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, p. 82).

3) Kinship and Social Factors

I would like to hear about your family and/or close social friends and what they mean to you. How have your kin (relatives) or social friends influenced your life and especially your caring or healthy lifeways? Who are the caring or non-caring persons in your life? How has your family (or group) helped you to stay well or become ill? Do you view your family as a caring family? If not, what would make them more caring? Are there key family responsibilities to care for you or others when ill or well? (Explain) In what ways would you like family members (or social friends) to care for you? How would you like nurses to care for you? (Leininger, 2002, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, p. 82).

4) Cultural Values, Beliefs, and Lifeways

In providing nursing care, your cultural values, beliefs, and lifeways are important for nurses to understand. Could you share with me what values and beliefs you would like nurses to know to help you regain or maintain health? What specific beliefs or practices do you find most important for others to know to care for you? Give me some examples of “good caring” ways based on your care values and beliefs (Leininger, 2002, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, p. 82).

5) Religious/Spiritual/Philosophical Factors

When people become ill or anticipate problems, they often pray or use their religion or spiritual beliefs. In nursing we like to learn about how your religion has helped you in the past and can help you today. How do you think your beliefs and practices have helped you to care for yourself or others in keeping well or to regain health? How does religion help you heal or to face crisis, disabilities or even death? In what ways can religious healers and nurses care for you, your family or friends? What spiritual factors do we need to incorporate into your care? (Leininger, 2002, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, p. 83).

6) Technological Factors

In your daily life are you greatly dependent upon “high-tech” modern appliances or equipment? What about in the hospital to examine or care for you? (Explain) In what ways do you think technological factors help or hinder keeping you well? Do you consider yourself dependent upon modern technologies to remain healthy or get access to care? (Give some example) (Leininger, 2002, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, p. 83).

7) Economic Factors

Today, one often hears “money means health and survival.” What do you think of that statement? In what ways do you believe money influences your health and access to care or to obtain professional services? Do you find money is necessary to keep you well? If not, explain. How do you see the cost of hospital care versus home care cost practices? Optional: Who are the wage earners in your family? Do they earn enough to keep you well or help you if sick? (Leininger, 2002, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, p. 83).

8) Political and Legal Factors

Our world seems full of ideas about politics and political actions that can influence your health. What are some of your views about politics and how you and others maintain your well-being? In your community or home what political or legal problems tend to influence your wellbeing or handicap your lifeways in being cared for by yourself or others? (Explain) (Leininger, 2002, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, p. 83).

9) Educational Factors

I would like to hear in what ways you believe education contributes to your staying well or becoming ill. What educational information, values or practices do you believe are important for nurses or others to care for you? Give examples. How has your education influenced you to stay well or become ill? How far did you go with formal education? Do you value education and health instruction? (Explain) (Leininger, 2002, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, p. 83).

10) Language and Communication Factors

Communicating with and understanding clients is important to meet care needs. How would you like to communicate your needs to nurses? What language(s) do you speak or understand? What barriers in language or communication influence receiving care or help from others. What verbal or nonverbal problems have you seen or experienced that influences caring patterns between you and the nursing staff? In what ways would you like people to communicate with you and why? Have you experienced any prejudice or racial problems through communication that nurses need to understand? What else would you like to tell me that would lead to good or effective communication practices with you? (Leininger, 2002, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, p. 83).

11) Professional and Generic (folk or lay) Care Beliefs and Practices

What professional nursing care practices or attitudes do you believe have been or would be most helpful to your wellbeing within the hospital or at home? What home remedies, care practices or treatments do you value or expect from a cultural viewpoint? I would like to learn about your home healers or special healers in your community and how they help you. What does health, illness or wellness mean to you and your family or culture? What professional and/or folk practices make sense to you or are most helpful? Could you give some examples of healing or caring practices that come from your cultural group? What folk or professional practices and food preferences have contributed to your wellness? What foods are taboo or prohibited in your life or in your culture? In what ways have your past or current experiences in the hospital influenced your recovery or health? What other ideas should I know about what makes you well through good caring practices? (Leininger, 2002, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, p. 84).

12) General and Specific Nursing Care Factors

In what ways would you like to be cared for in the hospital or home by nurses? What is the meaning of care to you or your culture? What do you see as the link between good nursing care and regaining or maintaining your health? Tell me about some of the barriers or facilitators to good nursing care. What values, beliefs or practices influence the ways you want nursing care? What stresses in the hospital or home need to be considered in your recovery or in staying well? What else would you like to tell me about ways to care for you? What community resources have helped you get well and stay well? Give some examples of non helpful care nursing practices. What environmental or home community factors should nurses be especially aware of to give care to you and your family? What cultural illnesses tend to occur in your culture? How do you manage pain and stress? (Clarify) What else would you like to tell me so that you can receive what you believe is good nursing care? Give specific and general examples (Leininger, 2002, cité dans McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, p. 84).

10.2. Grille COREQ Article n°1 – Long et al.

N°	Item	
	Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	
	Caractéristiques personnelles	
1. 2. 3.	Enquêteur / animateur, titres académiques et activité	<p>J. M. Long, PhD, RN ; Professeure associée à la WellStar School of Nursing de l'université d'État de Kennesaw.</p> <p>R. Sowell, PhD, RN, FAAN ; Professeur et doyen du WellStar College of Health and Human Services à l'Université d'État de Kennesaw.</p> <p>A. Bairan, PhD, APRN, BC, FNP ; Professeure émérite à la WellStar School of Nursing de l'université d'État de Kennesaw.</p> <p>C. Holtz, PHD, RN ; Professeure à la WellStar School of Nursing de l'université d'État de Kennesaw.</p> <p>A. B. Curtis, PHD, MPH ; Professeure associée à l'école interdisciplinaire de programme de doctorat en sciences de la santé à l'université Western du Michigan.</p> <p>K. J. Fogarty, MS, PHD ; Professeur dans le cadre du doctorat interdisciplinaire en sciences de la santé.</p>
4.	Genre	L'équipe des chercheurs comprend deux hommes et quatre femmes.
5.	Expérience et formation	Tous les chercheurs sont à l'université et ont de nombreuses années d'expérience, car ils travaillent régulièrement avec des personnes Latinos et Hispaniques aux États-Unis, au Mexique, au Guatemala, en Espagne, en Colombie, à Puerto Rico et dans d'autres pays d'Amérique latine. Un des chercheurs a une grande expérience dans la méthodologie des focus group et a orchestré les entretiens. Trois chercheurs bilingues connaissant l'espagnol ont mené les focus group pour accroître la fiabilité des résultats et la compréhension des propos des participants.
	Relations avec les patients	
6.	Relation antérieure	Les enquêteurs et participants ne se sont vus qu'une ou deux fois avant l'étude, mais les circonstances ne sont pas précisées.
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Les chercheurs ont informé les participants de l'objectif de l'étude : utiliser les résultats obtenus pour améliorer les programmes d'éducation thérapeutique pour la gestion du diabète chez des personnes originaires d'Amérique latine. Chaque participant a donné son consentement.
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Les enquêteurs ne parlent pas des éventuels biais (d'information, de sélection, d'enquêteur, de réponse) dans leur étude. Les enquêteurs mentionnent avoir reçu l'approbation d'un comité d'éthique.

	Domaine 2 : Conception de l'étude	
	Cadre théorique	
9.	Orientation méthodologique et théorie	L'orientation théorique de cette étude est la théorie de <i>l'universalité et de la diversité des soins selon la culture</i> de Madeleine Leininger. L'orientation méthodologique est une étude qualitative menée par l'intermédiaire de focus groups.
	Sélection des participants	
10.	Echantillonnage	Les participants ont été sélectionnés par effet boule de neige : les chercheurs ont identifié un leader dans chaque communauté des 4 sous-groupes qui a ensuite désigné des participants potentiels qui ont à leur tour identifié d'autres participants éligibles.
11.	Prise de contact	La manière dont les participants ont été contactés n'est pas précisée.
12.	Taille de l'échantillon	L'étude inclut 24 participants.
13.	Non-participation	Personne n'a refusé ou abandonné l'étude.
	Contexte	
14.	Cadre de la collecte de données	Les données ont été recueillies dans 4 sites pour chacun des groupes : dans une clinique locale, dans une université, dans une église et au sein de l'Association des Latino-Américains (Latin American Association).
15.	Présence de non- participants	Seulement les chercheurs (bilingues anglophones et hispanophones ou seulement anglophones) et les participants étaient présents lors des entretiens.
16.	Description de l'échantillon	Les critères de sélection sont : le fait d'habiter aux USA ; d'être de nationalité mexicaine, guatémaltèque, colombienne ou portoricaine ; d'être atteint du diabète ou avoir un membre de sa famille qui l'est ; d'avoir entre 19 et 65 ans ; de parler et lire l'espagnol ou l'anglais. Les participants ont tous entre 19 et 58 ans, ils sont 58% d'hommes, environ 50% travaillent à temps plein et plus de 50% sont mariés.
	Recueil des données	
17.	Guide d'entretien	<p>Cinq questions ouvertes sont fournies dans l'étude et développées à partir de la technique de Krueger. Les questions n'ont pas été testées au préalable.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que signifie la santé pour vous ? - Que faites-vous pour rester en bonne santé ? - Parlez-moi des éléments qui vous empêchent d'obtenir des services de soins de santé. - Parlez-moi des moyens qui vous aident à obtenir des soins de la part de votre prestataire de soins de santé. - Pouvez-vous nous dire ce que vous savez actuellement sur le diabète ? <p>Avant de prendre part aux focus groupes, les participants ont tous dû répondre à un questionnaire comportant des questions concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leurs données démographiques, - Leurs cinq plus grandes préoccupations concernant leur état de santé (consommation d'alcool ou drogues, diabète, maladies cardiovasculaires, SIDA, violence domestique, grossesse lors de l'adolescence, dépression ou idées suicidaires, cancer), - Les cinq barrières à l'accès aux soins les plus importantes pour eux (coûts, soignants qui ne parlent pas espagnol, l'absence d'assurance, le temps d'attente, prendre en soins soi-même ses propres problèmes, les transports) et les cinq meilleures manières

		d'accéder à de l'information sur la santé selon eux (l'église, la télévision, la radio, le bouche-à-oreille, des expositions sur la santé).
18.	Entretiens répétés	Chaque groupe a eu un seul entretien.
19.	Enregistrement audio / visuel	Les entretiens ont été audio enregistrés.
20.	Cahier de terrain	Les chercheurs n'ont pas pris de notes durant les entretiens, mais les ont enregistrés. L'enregistrement a été transcrit en espagnol par deux spécialistes natifs puis traduit en anglais par un traducteur. Les deux textes ont été comparés pour augmenter l'exactitude des traductions.
21.	Durée	La durée des focus groups n'est pas précisée. L'étude a duré 1 an.
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation n'est pas explicitement abordé. De plus, les chercheurs n'ont conduit qu'un seul entretien par groupe.
23.	Retour des retranscriptions	Les chercheurs ne précisent pas s'ils ont montré les retranscriptions aux participants pour avoir un retour de leur part.
	Domaine 3 : Analyse et résultats	
	Analyse des données	
24.	Nombre de personnes codant les données	Deux examinateurs ont codé les données.
25.	Description de l'arbre de codage	L'arbre de codage est décrit par l'étude.
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes ont été déterminés en utilisant le logiciel NUDIST : Deux réviseurs indépendants ont identifié des thèmes communs. Les thèmes ont ensuite été comparés et les chercheurs en ont sélectionné quatre.
27.	Logiciel	Logiciel utilisé pour gérer les données : Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Version 14.0. Logiciel pour extraire les thèmes abordés : NUDIST.
28.	Vérification par les participants	Les chercheurs ne précisent pas si les participants ont exprimé des retours en général.
	Rédaction	
29.	Citations présentées	Les verbatims des participants sont utilisés pour illustrer les thèmes. Chaque citation est identifiée grâce à des guillemets et le groupe dans lequel appartient le ou les participants est indiqué en italique, pour conserver leur anonymat.
30.	Cohérence des données et des résultats	Les résultats sont cohérents par rapport aux données présentées au début de l'étude. Les résultats du questionnaire sont cohérents avec les réponses des participants lors des entretiens. Dans la partie variation de la vision de la santé, les chercheurs précisent que tous les groupes ne s'identifient pas au sentiment de fatalisme évoqué dans la revue de la littérature, dans le deuxième paragraphe de la partie « Challenges » (p.134).
31.	Clarté des thèmes principaux	Résultats du questionnaire :

1. Préoccupations en matière de santé

Voici les trois préoccupations en termes de santé les plus importantes pour les participants :

- a. Alcool et drogues : Environ 80 à 100 % des participants se sont dits préoccupés par l'alcoolisme et la consommation de drogues, ainsi que leurs répercussions sur leur famille ou la communauté.
- b. Diabète : Plus de 70% des participants se sentent concernés par leur diabète.
- c. Les maladies cardiaques : elles ne sont pas perçues comme une préoccupation majeure pour les Mayas ou les Mexicains, mais 60 % des Colombiens et 100 % des Portoricains considèrent les maladies cardiaques comme un problème préoccupant.

2. Barrières à l'accès aux soins :

Voici les cinq plus grandes barrières à l'accès aux soins pour les participants :

- a. Les coûts des soins,
- b. Les barrières de la langue,
- c. Ne pas avoir d'assurance,
- d. Le long temps d'attente pour voir un soignant,
- e. Préférer régler ses problèmes de santé soi-même : 90% des participants mayas préfèrent prendre soin d'eux eux-mêmes au lieu d'aller consulter.

3. Moyens d'obtenir de l'information sur la santé :

- a. Les participants préfèrent obtenir de telles informations dans leur église (80%), à la télévision ou à la radio. Le moyen de communication préféré des participants mayas est le bouche-à-oreille. Les campagnes d'information sanitaire sont la source préférée par les participants portoricains et colombiens.

Résultats des focus groups :

Les thèmes principaux sont clairement présentés.

1) Vision de la santé

Les quatre groupes de participants ont tous conscience que l'exercice physique et une alimentation saine sont des moyens de se maintenir en bonne santé et d'avoir un mode de vie sain. Malgré le fait qu'ils comprennent cela, certaines personnes déclarent que les circonstances de la vie, comme le travail et le stress, créent des obstacles à une alimentation saine et à la possibilité de faire de l'exercice.

"If you don't have your health, you don't have anything." (p.137), "Your health must come first." (p.137)

2) Accès aux soins

Tous les participants identifient l'accès aux soins comme un problème. Le coût des soins et le manque d'assurance maladie sont leurs principaux obstacles pour se faire soigner. Néanmoins, ils indiquent qu'il existe des services dans la communauté où ils peuvent bénéficier de soins ou de traitements s'ils n'ont pas assez d'argent ou ne bénéficient pas d'assurance maladie. Malheureusement, ils précisent que beaucoup de personnes migrantes originaires d'Amérique latine aux USA n'ont pas connaissance de l'existence de ces cliniques gratuites, qui prodiguent des soins aussi efficaces que les hôpitaux classiques.

"Here you must have insurance to get care." (p.138)

Tous les participants disent utiliser des soins à base de plantes et d'autres méthodes alternatives, qui appartiennent à leur culture, pour maintenir une bonne santé.

3) Acculturation et adaptation culturelle

Le désir d'acculturation au mode de vie américain est commun à tous les groupes, pour par exemple trouver un emploi plus facilement. Cependant, la plupart des participants disent essayer de s'accrocher le plus possible à leur culture d'origine, pour éviter d'intégrer des mauvaises habitudes, qui selon eux sont nuisibles à leur santé. Des habitudes telles

		<p>que fumer, s'éloigner de leur régime alimentaire traditionnel avec des produits frais pour des repas rapides préfabriqués, et les déplacements en voiture plutôt qu'à pied. De plus, ils ont tous conscience de la nécessité de parler l'anglais pour faciliter leur intégration, mais ils préfèrent tout de même parler leur langue maternelle à leur domicile. Cela leur permet de se détendre. Enfin, la foi et les pratiques religieuses sont très importantes pour les quatre groupes.</p> <p>"learn the language and the ways of the culture so that they qualify for jobs." (p.138)</p> <p>4) Stress et inquiétudes</p> <p>La principale inquiétude évoquée par la majorité des quatre groupes est la violence, telles que celles liées aux drogues, à l'alcool, ou d'autres types de violences, dans leur pays d'origine. L'immigration est également mentionnée comme une grande source d'angoisse et de dépression, car ils ont tous quitté et laissé leur famille derrière eux.</p> <p>"I am always worrying about them [the family], not knowing how they are doing." (p.139)</p>
32.	Clarté des thèmes secondaires	<p>Après chacun des cinq thèmes principaux, des variations ont été mises en évidence parmi les quatre différents sous-groupes :</p> <p>1a) <u>La santé est un droit</u></p> <p>Des différences sont apparues entre les groupes en ce qui concerne la manière dont la santé affecte les événements de leur vie. Une partie d'entre eux voient la santé comme un droit. Ils spécifient que leur santé constitue une priorité promise par leur Constitution. Certains précisent en plus qu'il faut être en bonne santé pour pouvoir travailler.</p> <p>"Your health must come first." (p.137) "If you don't have your health, you don't have anything." (p.137)</p> <p>1b) <u>La vision holistique ("It is leading a harmonious life.") ou physique de la santé</u></p> <p>D'autres participants ont une vision plus holistique de la santé. Ils expliquent que la santé inclut un certain équilibre entre l'esprit, le corps et l'âme : "Health has a spiritual component, not just the physical part. Mind, spirit, and body are all interdependent " (p. 137).</p> <p>Un autre inclut même l'état émotionnel et spirituel dans sa définition de la santé : "For me health is an emotional, physical, mental, and spiritual state of a person... a balance " (p. 137).</p> <p>La dernière partie des participants, en revanche, expliquent que la seule composante de la santé est l'état physique : "to be able to feel well physically, to eat a healthy diet, and to take care of yourself physically" (p. 137).</p> <p>1c) <u>Une maladie fatale ou bien de luxe ou encore spirituelle</u></p> <p>Les participants abordent également leur perception de la maladie. Certains déclarent que le diabète est inévitable et qu'il apparaît avec le vieillissement. D'autres expliquent qu'il s'agit d'une maladie de luxe, car il faut dépenser beaucoup d'argent pour s'acheter tous les aliments et les boissons sucrées qui provoquent l'obésité. D'autres participants indiquent que le diabète est causé par les émotions négatives, comme la dépression, la tristesse ou encore la violence domestique. Un des participants développe de manière plus physiopathologique la cause du diabète. Il explique en parlant du pancréas : " [a] little machine like organ that causes diabetes when it stops working and the insulin levels start to really vary that leads to the person being sick" (p. 137).</p> <p>"[diabetes is caused by] too much sugar in your food, too many soft drinks, too much pasta and chicken fat, and being too worried." (p.137)</p> <p>2a) <u>La vision du système de santé des USA</u></p> <p>Leurs avis divergent quant à la qualité du système de santé aux Etats-Unis. Une petite minorité d'entre eux pensent que le système de soins aux USA est de meilleure qualité que dans leur pays d'origine et est accessible pour tous ceux qui ont besoin d'aide : "if a person is sick in the U.S., doctors will see you, even if you cannot pay." (p.138)</p>

D'autres sont plus mitigés sur le sujet. Ils se plaignent de longs temps d'attente avant de pouvoir consulter et du fait qu'il faut bénéficier d'une assurance pour se faire soigner : " Here you must have an insurance to get care." (p.138)

Ils expliquent également qu'il leur est plus difficile d'obtenir une ordonnance aux USA que dans leur pays d'origine pour les médicaments. Ainsi, plusieurs des participants préfèrent aller se faire opérer ou acheter des médicaments dans leur pays d'origine et d'autres préfèrent s'occuper de leurs problèmes de santé eux-mêmes pour économiser du temps et de l'argent.

D'autres précisent qu'ils allaient consulter uniquement aux urgences quand leur état de santé se péjorait avant d'apprendre l'existence des cliniques gratuites.

3a) Trouver un travail aux USA

Les résultats mettent en avant la difficulté à trouver un travail aux Etats-Unis pour la population migrante en provenance d'Amérique latine. En effet, une grande partie des participants a migré aux Etats-Unis dans l'espoir de trouver un travail avec un revenu plus élevé. Mais malheureusement, ils expliquent qu'ils n'ont pas trouvé de meilleure opportunité de travail aux USA. Ils doivent donc se contenter d'emploi à bas revenu, malgré leur niveau d'éducation pouvant être élevé : " People who have high position there (in Colombia) have to begin with very low level jobs here." (p.138)

D'autres participants ont fui leur pays d'origine à cause de la violence. Certains faisaient des études qu'ils n'ont pas pu terminer en arrivant aux USA, car ils étaient obligés de trouver un emploi pour subvenir à leurs besoins.

"Very often, we come here to study, then we find a job." (p.138)

D'autres participants expliquent qu'ils ont trouvé un travail proposé par un membre de la communauté. Ainsi, ils ont moins d'opportunités d'apprendre et de pratiquer la langue du pays d'accueil (ici, l'anglais).

3b) La langue

Tous les participants parlent espagnol. L'un des groupes (les Mayas) éprouvent davantage de difficulté, car l'espagnol n'est pas leur langue maternelle. Ils doivent donc, en arrivant aux USA, apprendre l'espagnol, car ils intègrent la communauté hispanique, puis l'anglais. Certaines des épouses des participants ne parlent ni espagnol ni anglais et dépendent de leur mari ou de leurs enfants pour la traduction.

Les deux groupes composés de Portoricains et de Colombiens éprouvent beaucoup moins de difficulté, car ils sont bilingues. Ils ont appris l'anglais dans leur pays d'origine, ce qui leur a permis une meilleure adaptation à la culture des Etats-Unis. Pour le dernier groupe composé de Mexicains, il a dû apprendre l'anglais après avoir immigré aux Etats-Unis, par conséquent, ils ont eu plus de difficultés à s'adapter à la culture américaine que d'autres groupes.

3c) La grande communauté de Latinos aux USA

La majorité évoque le fait que les différents groupes de Latino aux USA ne se mélangent pas, dû à une mauvaise entente. Ils ne font pas d'effort pour apprendre à se connaître et préfèrent rester entre eux.

«They felt that Latinos are "spread out in pockets". » (p.139)

3d) Les vacances

Certains profitent des vacances pour rentrer dans leur pays d'origine rendre visite à leur famille et amis. Pour d'autres, ils accordent plus de priorités au travail et à la famille présente aux USA.

3e) Les malentendus culturels

L'un des groupes évoque des fortes réticences à être admis dans un hôpital, à la suite à des mauvaises expériences causées par le manque de prise en compte de leur culture.

		<p>Ce sentiment d'irrespect de leur culture suscite de la méfiance à l'égard du système de santé américain.</p> <p>4a) La violence dans leur pays d'origine Les propos des participants indiquent que la violence subie dans leur pays d'origine a un impact indirect sur leur santé, car elle augmente l'inquiétude et le stress. "Peace here versus violence in Colombia." (p.139)</p>
33.	Limites mentionnées par les auteurs	<p>Les chercheurs précisent les limites de l'étude et soulèvent le fait que les groupes contiennent peu de personnes et que, dès lors, les résultats ne peuvent pas être généralisés à la population migrante hispanique résidant aux USA. Ils affirment aussi qu'ils ne connaissaient pas les participants au préalable et que cette population met du temps à créer un lien de confiance avec les professionnels de santé. De ce fait, certaines personnes n'ont peut-être pas pu s'exprimer ouvertement.</p> <p>Ils précisent également qu'au moins un groupe ne contenait pas de femmes.</p>
34.	Limites observées	<p>Le seuil de saturation n'est pas discuté et l'utilisation de la méthodologie de la pratique de Leininger (<i>Sunrise Model</i>) n'est pas explicitée de manière précise. Il est seulement dit que les chercheurs s'en sont servis pour identifier les différences entre les soignants et les patients dans la vision du monde de ces derniers (structure sociale, langage, histoire ethnique, contexte environnemental) sans plus de précisions.</p> <p>L'échantillonnage en boule de neige est un type d'échantillonnage qui ne favorise pas la généralisation des résultats à la population migrante hispanique résidant aux USA.</p> <p>Les chercheurs n'ont également pas montré les retranscriptions aux participants, ce qui peut diminuer la fiabilité des données.</p> <p>L'étude ne précise pas le temps de résidence moyen des participants dans leur pays d'accueil, ce qui aurait été intéressant de savoir, car une personne migrante qui vient d'arriver dans son pays d'accueil n'aura peut-être pas les mêmes priorités qu'une personne installée depuis de nombreuses années.</p>

10.3. Tableau de résumé Article n°1 - Long et al.

Auteur, année, pays, titre	Long, J. M., Sowell, R., Bairan, A., Holtz, C., Curtis, A. B., & Fogarty K. J. (2012). USA. <i>Exploration of commonalities and variations in health beliefs across four Latino subgroups using focus group methodology: Implications in care for Latinos with type 2 diabetes.</i>			
<u>Devis et objectif</u>	<u>Population</u>	<u>Méthode/ intervention</u>	<u>Résultats</u>	<u>Commentaires</u>
<p>Devis Étude qualitative, dont l'orientation théorique est celle de la théorie de <i>l'universalité et de la diversité des soins selon la culture</i> de Madeleine Leininger.</p> <p>But Explorer les similitudes et les différences dans les croyances, les attitudes de santé, ainsi que dans les pratiques de soins de quatre sous-groupes de Latino-Américains, afin d'utiliser les résultats pour améliorer les programmes d'éducation thérapeutique pour la gestion du diabète dans ces populations originaires d'Amérique latine.</p>	<p>Nombre de participants (n=24) participants.</p> <p>Échantillonnage Sélectionné par effet boule de neige.</p> <p>Les critères de sélection</p> <ul style="list-style-type: none"> - Habiter aux USA, - Nationalité mexicaine, guatémaltèque, colombienne ou portoricaine, - Être atteint du diabète de type II ou avoir un membre de sa famille qui l'est, - Âge entre 19 et 65 ans, - Parler et lire l'espagnol ou l'anglais. <p>Données démographiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Composition : 6 Mexicains, 6 d'origine maya guatémaltèque, 5 de Colombie, 7 de Porto Rico, - Âge entre 19 et 58 ans, - 58% d'hommes, env. 50% travaillent à temps plein, - Plus de 50% sont mariés, - 60% des participants ont fait des études supérieures, mais peu d'entre eux ont un emploi correspondant à leur niveau d'étude. 	<p>Méthode Conduite de focus groups à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré. Les questions étaient ouvertes selon la technique décrite par Krueger (1988).</p> <p>Les questions utilisées</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Que signifie la santé pour vous ? 2) Que faites-vous pour rester en bonne santé ? 3) Parlez-moi des éléments qui vous empêchent d'obtenir des services de soins de santé. 4) Parlez-moi des moyens qui vous aident à obtenir des soins de la part de votre prestataire de soins de santé. 5) Pouvez-vous nous dire ce que vous savez actuellement sur le diabète ? 	<p>Les thèmes principaux et sous-thèmes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Vision de la santé <ul style="list-style-type: none"> • La santé est un droit • La vision holistique • Une maladie fatale ou bien de luxe ou encore spirituelle 2) Accès aux soins <ul style="list-style-type: none"> • La vision du système de santé 3) Acculturation et adaptation culturelle <ul style="list-style-type: none"> • Trouver un travail aux USA • La langue • La grande communauté de Latino aux USA • Les vacances • Les malentendus culturels 4) Stress et inquiétudes <ul style="list-style-type: none"> • La violence dans leur pays d'origine 	<p>Limites perçues par les enquêteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les groupes contiennent peu de personnes et, de ce fait, les résultats ne peuvent pas être généralisés à la population migrante résidant aux USA. - Les chercheurs ne connaissaient pas les participants au préalable et cette population met du temps à créer un lien de confiance avec les professionnels de santé. De ce fait, certaines personnes n'ont peut-être pas pu s'exprimer ouvertement. - Ils mentionnent qu'au moins un groupe ne contenait pas de femmes. <p>Limites observées</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le seuil de saturation n'est pas discuté - L'utilisation de la méthodologie de la pratique de Leininger (<i>Sunrise Model</i>) n'est pas explicitée de manière précise. Il est seulement précisé que les chercheurs s'en sont servis pour identifier les différences entre les soignants et les patients dans la vision du monde de ces derniers (structure sociale, langage, histoire ethnique, contexte environnemental). - L'échantillonnage en boule de neige est un type de sélection qui ne favorise pas la généralisation des résultats à la population hispanique migrante résidant aux USA. - Les retranscriptions n'ont pas été présentées aux participants, ce qui peut diminuer la fiabilité des données. - Il n'y a pas de précision concernant le temps moyen de résidences des participants aux USA.

10.4. Grille STROBE Article n°2 – Hyman et al.

N°	Article
1. Titre et résumé	Le titre de l'étude est : " <i>Provider- and patient-related determinants of diabetes self-management among recent immigrants Implications for systemic change</i> ". Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale qui cherche à identifier les facteurs relationnels, de santé et financiers qui pourraient affecter la gestion du diabète de type 2 des personnes migrantes arrivées depuis moins de 10 ans dans leur pays d'accueil. L'étude montre que les difficultés financières et une mauvaise relation avec un prestataire de soins impactent négativement l'autogestion du diabète des personnes migrantes récentes, qui vont être moins enclines à adopter les bonnes pratiques de soins nécessaires.
2. Contexte / justification	Les chercheurs justifient la légitimité de l'étude en expliquant que 7,6% de la population canadienne souffre de diabète, dont 90% de diabète de type 2. Ils expliquent que le parcours migratoire est un facteur de risque non négligeable du diabète de type 2 et que la population migrante est plus à risque de développer des complications liées au diabète de type 2. Ils indiquent également qu'il existe peu de littérature traitant des facteurs qui influencent l'autogestion du diabète de type 2 des personnes migrantes.
3. Objectifs	Cette étude a pour but d'identifier les facteurs liés aux soignants et au patient lui-même qui pourraient impacter l'autogestion du diabète des personnes migrantes récemment arrivées dans leur pays d'accueil.
4. Conception de l'étude	Les chercheurs ont conduit cette étude en recueillant des données démographiques et expérientielles à l'aide d'un questionnaire international adapté au contexte canadien. Il fut soumis à 130 immigrants ayant signalé eux-mêmes un diagnostic de diabète de type 2 et résidant au Canada depuis 10 ans ou moins. Le questionnaire a été traduit en 4 langues (mandarin, tamoul, bengali et urdu) et contient comme items principaux les pratiques de prise en charge autonome du diabète et la qualité des interactions entre le soignant et le patient.
5. Contexte	Toronto, la ville où l'étude fut conduite, présente un contexte migratoire particulier. En 2006, Toronto accueillait 465'815 immigrants présents depuis moins de 10 ans au Canada, soit 18,4 % de la population de la ville. Les principales régions d'origine des immigrants qui se sont établis à Toronto entre 2001 et 2006 étaient l'Asie du Sud (26 %) et l'Asie de l'Est (20 %, la plupart provenant de la Chine). Toronto est la région métropolitaine d'Amérique du Nord qui accueille le plus grand pourcentage de personnes migrantes par rapport à sa population totale.
6. Population	<p>La taille de l'échantillon et les critères d'éligibilité pour cette étude ont été préétablis par l'Organisme de Santé Publique du Canada. Les participants ont entre 35 et 65 ans. Le diagnostic de diabète de type 2 est établi selon l'auto-déclaration des participants.</p> <p>Comme expliqué précédemment, Toronto accueille beaucoup de personnes migrantes. Ainsi, les communautés d'immigrants récents incluses dans cette étude ont été sélectionnées selon 4 critères : le risque de développer un diabète de type 2 après la migration ; les tendances actuelles en matière d'immigration ; la présence de barrières sociales, économiques et linguistiques dans le cadre des soins ; les relations préexistantes avec l'équipe de recherche facilitant le recrutement et optimisant la participation.</p> <p>Pour recruter les participants, les chercheurs ont affiché des posters dans des immeubles, magasins et centres communautaires dans des quartiers majoritairement peuplés par des immigrants parlant une des quatre langues incluses dans l'étude. Des organisations d'aide aux immigrants, des centres d'éducation sur le diabète et des centres de santé communautaire ont été utilisés pour recruter des participants.</p>
7. Variables	<p>Le questionnaire développé explore plusieurs facteurs :</p> <p>1) L'autogestion du diabète, détaillée en 5 items : automesure de la glycémie hebdomadaire, surveillance des pieds hebdomadaire, réduction des apports en hydrates de carbone, statut de non-fumeur, pratique d'une activité physique régulière.</p> <p>2) Les données sociodémographiques, incluant l'âge, le statut matrimonial, le niveau de scolarité, le sexe et le statut de travailleur.</p> <p>3) Les barrières financières, explorées à travers deux questions fermées (Avez-vous déjà été dans l'incapacité de gérer votre diabète à cause d'un manque d'argent ? Est-ce que le fait de ne pas être couvert par l'assurance maladie a rendu votre accès aux soins plus difficile ?).</p>

	<p>4) La qualité de la relation avec les soignants, développée sur la base de 4 questions (Est-ce que vous avez ressenti que vous étiez traité de manière juste et équitable ? Est-ce que vous avez pensé que vous étiez traité avec respect et dignité ? Est-ce que vous vous sentez confortable et accepté dans le réseau de soins ? Est-ce que vous pensez que les professionnels de santé comprennent et acceptent votre contexte culturel ?)</p> <p>5) Le stade de sévérité du diabète de type 2 pouvant influencer la gestion de ce dernier, détaillé en 3 items : La présence d'obésité, la présence de comorbidités associées au diabète et le taux de stress.</p>
<p>8. Sources de données / mesures</p>	<p>Des entretiens individuels ont été conduits pendant 9 mois entre 2009 et 2010 par les chercheurs, dans l'une des quatre langues choisies par le participant : mandarin, tamoul, urdu ou bengali. Le chercheur interview le participant pendant une à deux heures en suivant le questionnaire sur son ordinateur. Des données démographiques et expérimentales ont été collectées à l'aide du questionnaire développé par le Centre International pour la Migration, la Santé et le Développement, qui a été adapté par la suite par des représentants d'organisations d'aide aux immigrants, de centres d'éducation sur le diabète et de centres de santé communautaires pour correspondre au contexte migratoire canadien.</p> <p>Chacune des 5 pratiques de soin du diabète énoncées dans la case précédente vaut un point si le participant l'exerce et 0 point si le participant ne l'exerce pas. Les points sont additionnés pour chaque participant et chacun obtient un score entre 0-5 points.</p> <p>Les données démographiques et variables nominales ont été évaluées selon le statut de la personne (l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'étude, le genre, le statut professionnel). Les deux questions concernant les barrières financières demandaient simplement une réponse négative ou positive. Les quatre questions concernant la qualité de la relation avec les soignants demandaient comme réponse une note sur une échelle allant de 1 à 5 (1= jamais et 5= toujours). Un score plus élevé indique une relation de meilleure qualité.</p> <p>La présence d'obésité a été mesurée par l'IMC (Indice de Masse Corporelle) et la mesure du tour de la taille des participants. Le taux de stress a été mesuré à l'aide d'un score basé sur le Questionnaire de Santé du Québec (Quebec Health Surveys) modifié et validé par Noh et Kaspar, psychiatres chercheurs à l'Université de Toronto. Chacune des 13 questions devait recevoir une note entre 1 et 5 (1= jamais stressé et 5= toujours stressé). Les facteurs de stress évalués dans ce questionnaire sont les suivants : le stress lié à la santé physique, aux problèmes financiers, aux problèmes de logement, à la discrimination et aux barrières de la langue.</p> <p>La présence de comorbidités liées au diabète a été évaluée par l'addition de tous les problèmes de santé associés au diabète listés dans le questionnaire, tels que les problématiques dentaires, ophtalmiques, cardiaques, rénales, podologiques et jambières. Elle a ensuite été catégorisée parmi trois catégories : pas de problèmes de santé, un seul problème de santé, deux ou plus de deux problèmes de santé.</p> <p>Les données des participants n'ont pas été comparées avec celles d'un autre groupe.</p>
<p>9. Biais</p>	<p>Les chercheurs précisent que les résultats sont basés sur les seules déclarations des participants, ce qui est un facteur pouvant engendrer des biais.</p>
<p>10. Taille de l'étude</p>	<p>La taille de l'échantillon et les critères d'éligibilité pour cette étude ont été préétablis par l'Organisme de Santé Publique du Canada. Les chercheurs ne donnent pas plus de précision dans l'étude.</p>
<p>11. Variables quantitatives</p>	<p>Les variables quantitatives ont été traitées par le logiciel SPSS version 9.3 et SAS version 9.2. Les résultats sont ensuite représentés sous forme de tableau dans l'article.</p>
<p>12. Analyses statistiques</p>	<p>Les chercheurs ont effectué une analyse en régression logistique pour déterminer quelles variables devraient être incluses dans l'analyse en se basant sur une valeur P inférieure à 0.2.</p> <p>Par la suite, l'analyse en régression logistique des différentes variables sélectionnées a permis d'effectuer une deuxième sélection en déterminant quelles valeurs étaient significatives ou non avec un seuil de la valeur P inférieur à 0.05. Le seuil de p à <0.05 permet de diminuer le risque d'erreur alpha.</p> <p>Les deux variables ayant passé la deuxième sélection ont toutes deux passé une troisième analyse en régression logistique et leur odds ratio et intervalle de confiance ont été calculés. Elles sont significatives, car leur valeur P est inférieure à 0.05 et leur odds ratio est compris dans l'intervalle de confiance à 95%.</p>

<p>13. Population</p>	<p>Les chercheurs ont collecté des données chez 184 patients souffrant de diabète de type 2. Parmi eux, 130 sont des immigrants étant arrivés au Canada moins de dix ans avant le début de l'étude. Les 54 autres patients ont été écartés de l'étude, vu qu'ils résidaient au Canada depuis plus de 10 ans.</p> <p>Parmi les 130 participants, 30 proviennent du Sri Lanka, 35 du Bangladesh, 35 du Pakistan et 30 de Chine.</p>
<p>14. Données descriptives</p>	<p>Voici les données démographiques des participants : 45,0% (n=58) d'entre eux sont des hommes, 89,2% (n=116) sont mariés, la moyenne d'âge des participants est de 51,2 ans, 34,0% d'entre eux ont un travail, 52,0% ont un diplôme universitaire ou plus élevé.</p> <p>En termes de critères de sévérité du diabète, 19,7% des participants sont en surpoids ou obèses, 65,4% d'entre eux souffrent de comorbidités et la moyenne du score d'évaluation du stress est de 2,5/5. 88,5% des participants effectuent régulièrement 3 pratiques de gestion du diabète ou plus sur les 5 évaluées dans l'étude.</p>
<p>15. Données obtenues</p>	<p>Au sujet des barrières financières, 30,8% des participants n'ont pas assez d'argent pour gérer leur diabète et 48,5% d'entre eux ne possèdent pas d'assurance qui couvrira les frais de gestion de leur maladie.</p> <p>Concernant la relation du participant avec les soignants, 60,8% pensent qu'ils sont toujours ou souvent traités justement et avec équité. 59,2% pensent être toujours ou souvent traités avec respect et dignité, 58,5% se sentent confortables et acceptés au sein du réseau de soins et 53,9% se sentent compris et acceptés.</p>
<p>16. Principaux résultats</p>	<p>Les deux résultats significatifs principaux de l'étude sont les suivant :</p> <p>1) Ne pas avoir assez d'argent pour gérer son diabète Les participants qui n'ont pas assez d'argent pour gérer leur diabète sont significativement moins aptes à 9% à exercer les bonnes pratiques de gestion du diabète ($p=0.0233$). Les chercheurs indiquent que l'odds ratio se trouve à 1,086 avec un intervalle de confiance à 95% entre 1,032-1,142.</p> <p>2) La qualité de la relation avec les soignants Les participants dont la qualité de la relation avec les soignants est mauvaise sont significativement moins aptes à 16% à exercer les bonnes pratiques de gestion de leur diabète ($p=0.0016$). Les chercheurs indiquent que l'odds ratio se situe à 1,161 avec un intervalle de confiance à 95% entre 1,034-1,307.</p> <p><u>Autres résultats non significatifs</u> : Les variables de l'âge, du sexe, du statut de travailleur, du niveau de scolarité et d'étude, du niveau de stress et des comorbidités associées n'ont pas un effet significatif sur l'autogestion du diabète de type 2 des personnes migrantes arrivées au Canada depuis moins de 10 ans.</p>
<p>17. Autres analyses</p>	<p>Le critère d'information d'Akaike (AIC), une mesure de la qualité relative d'un modèle statistique, a été utilisé pour évaluer les erreurs dans chacun des modèles d'analyse.</p>
<p>18. Résultats clés</p>	<p>Cette étude montre que les difficultés financières et la qualité perçue de la relation entre le prestataire de soins et le patient sont des facteurs prédictifs statistiquement significatifs qui influencent l'autogestion du diabète chez les personnes migrantes atteintes de diabète de type 2 arrivées à Toronto depuis moins de 10 ans.</p>
<p>19. Limitations</p>	<p>Les chercheurs expliquent que la taille de l'échantillon est petite et qu'il n'a pas été sélectionné par randomisation. Ils n'ont pas pu déterminer d'autres facteurs de vulnérabilité tels que le statut migratoire de la personne (réfugié, débouté, requérant, ...) et l'âge auquel les personnes migrantes sont arrivées au Canada. Ils notent également que le questionnaire ne comportait pas certains facteurs pouvant influencer sur la gestion du diabète, tels que le support social et l'accès aux informations. Ils expliquent également que certaines questions ont été développées pour cette étude et n'ont pas été validées dans d'autres études au préalable. Ils affirment que les participants faisaient partie d'uniquement 4 groupes linguistiques différents : l'étude ne peut donc pas être généralisée à la population migrante globale. Aussi, les chercheurs n'ont pas comparé ce groupe de participants à un groupe de personnes canadiennes.</p> <p>Les résultats sont basés sur les seules déclarations des participants, ce qui peut provoquer des biais. Les chercheurs déclarent également que les conséquences sur la gestion du diabète du fait de ne pas avoir d'assurance qui couvrirait les frais de celle-ci doivent être investiguées de manière plus détaillée en prenant en compte l'évolution du système de pharmacie et de soins qui a tendance à rembourser de manière plus universelle qu'auparavant.</p>

<p>20. Interprétation</p>	<p>Les chercheurs interprètent leurs résultats comme il suit :</p> <p>Selon eux, les difficultés financières touchent particulièrement les personnes migrantes récemment installées au Canada, car elles vivent avec de faibles revenus. Les obstacles financiers peuvent limiter leur capacité à autogérer leur diabète de plusieurs façons : en réduisant le temps qu'elles peuvent consacrer à l'activité physique, en limitant leur accès à une alimentation saine, en les empêchant d'acheter des médicaments et du matériel de gestion et en contribuant à un environnement psychosocial stressant associé à l'adoption de comportements nuisibles à leur santé.</p> <p>Aussi, ils soulignent les résultats d'autres recherches : une bonne communication entre un soignant et une personne migrante, ainsi que le fait de faire participer la personne aux décisions de santé permettraient d'améliorer la satisfaction de la personne soignée, le fait qu'elle soit plus rigoureuse dans la prise de ses traitements, le soulagement de ses symptômes, sa santé physique, psychique et émotionnelle.</p> <p>Les chercheurs affirment donc qu'une relation de qualité avec les soignants est importante pour permettre aux personnes migrantes récemment installées de bien gérer leur diabète de type 2. Ils ont également inclus dans leur étude l'inéquité dans les soins et la perception de la discrimination dont cette population est victime. Il s'agit d'aspects de la relation encore sous-estimés, mais qui semblent être des déterminants importants dans l'adoption de bonnes pratiques de soins de leur diabète.</p>
<p>21. « Généralisation »</p>	<p>Le nombre de 130 participants est un chiffre trop faible pour pouvoir généraliser le résultat à la population migrante globale. Ceci s'applique aussi au fait que les participants faisaient partie d'uniquement 4 groupes linguistiques différents.</p>
<p>22. Financement</p>	<p>Cette étude a été financée par l'Organisme de Santé Publique du Canada.</p>

10.5. Tableau de résumé Article n°2 – Hyman et al.

Auteur, année, pays, titre	Hyman, I., Shakya, Y., Jember, N., Gucciardi, E., & Vissandjée, B. (2017). Canada. <i>Provider- and patient-related determinants of diabetes self-management among recent immigrants - Implications for systemic change.</i>			
<u>Devis et objectif</u>	<u>Population</u>	<u>Méthode/ intervention</u>	<u>Résultats</u>	<u>Commentaires</u>
<p>Devis Étude observationnelle descriptive transversale</p> <p>But Identifier les facteurs liés aux soignants et au patient lui-même qui pourraient impacter l'autogestion du diabète de type 2 des personnes immigrantes arrivées à Toronto depuis moins de 10 ans.</p>	<p>Nombre de participants (n = 130) participants diabétiques</p> <p>Critères d'inclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir entre 35 et 65 ans, - Être diabétique de type 2, - Être issu de la migration, - Parler une des quatre langues employées dans l'étude (mandarin, tamoul, urdu ou bengali). <p>Origine des participants 30 proviennent du Sri Lanka, 35 du Bangladesh, 35 du Pakistan et 30 de Chine.</p> <p>Données démographiques des participants : 45,0% (n=58) d'entre eux sont des hommes, 89,2% (n= 116) sont mariés, la moyenne d'âge des participants est de 51,2 ans, 34,0% d'entre eux ont un travail, 52,0% ont un diplôme universitaire ou plus élevé.</p>	<p>Méthode Entretiens individuels de 1-2h avec un questionnaire servant de guide à l'entretien.</p> <p>Données recueillies</p> <p>1) L'autogestion du diabète (Automesure de la glycémie hebdomadaire, surveillance des pieds hebdomadaire, réduction des apports en hydrates de carbone, statut de non-fumeur, pratique d'une activité physique régulière).</p> <p>2) Les données sociodémographiques (l'âge, le statut matrimonial, le niveau de scolarité, le sexe et le statut de travailleur).</p> <p>3) Les barrières financières (Peinez-vous à gérer votre diabète à cause d'un manque d'argent ? Est-ce que le fait de ne pas être couvert par l'assurance maladie a rendu votre accès aux soins plus difficile ?).</p> <p>4) La qualité de la relation avec les soignants (Est-ce que vous avez ressenti que vous étiez traité de manière juste et équitable ? Est-ce que vous avez pensé que vous étiez traité avec respect et dignité ? Est-ce que vous vous sentez confortable et accepté dans le réseau de soins ? Est-ce que vous pensez que les professionnels de santé comprennent et acceptent votre contexte culturel ?).</p> <p>5) Le stade de sévérité du diabète de type 2 pouvant influencer la gestion de ce dernier (la présence d'obésité, la présence de comorbidités associées au diabète et le taux de stress).</p>	<p>Résultats cliniques En termes de critères de sévérité du diabète, 19,7% des participants sont en surpoids ou obèses, 65,4% d'entre eux souffrent de comorbidités et la moyenne du score d'évaluation du stress est de 2,5/5. 88,5% des participants effectuent régulièrement 3 pratiques de gestion du diabète ou plus sur 5 évaluées dans l'étude. Par rapport aux barrières financières, 30,8% des participants n'ont pas assez d'argent pour gérer leur diabète et 48,5% d'entre eux ne possèdent pas d'assurance qui couvrirait les frais de gestion de leur diabète. Concernant la relation du participant avec un soignant, 60,8% pensent qu'ils sont toujours ou souvent traités justement et avec équité. 59,2% pensent être toujours ou souvent traités avec respect et dignité. 58,5% se sentent confortables et acceptés au sein du réseau de soin et 53,9% se sentent compris et acceptés.</p> <p>Résultats significatifs</p> <p>1) Ne pas avoir assez d'argent pour gérer son diabète Les participants qui n'ont pas assez d'argent pour gérer leur diabète sont significativement moins aptes à 9% à exercer les bonnes pratiques de gestion du diabète (p= 0.0233).</p> <p>2) La qualité de la relation avec les soignants Les participants qui ont une relation avec les soignants de mauvaise qualité sont significativement moins aptes à 16% à exercer les bonnes pratiques de gestion de leur diabète (p = 0.0016).</p>	<p>Limites perçues par les auteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Petite taille de l'échantillon (n=130), - Participants non sélectionnés par randomisation. - Pas d'analyse d'autres facteurs de vulnérabilité (statut migratoire, âge à l'arrivée au Canada). - Le questionnaire ne comportait pas certains facteurs pouvant influencer sur la gestion du diabète, tels que le support social et l'accès aux informations. - Certaines questions développées pour cette étude n'ont pas été validées dans d'autres études au préalable. - Les participants font partie d'uniquement 4 groupes linguistiques différents (freine la possibilité de généralisation) - Pas de comparaison de ce groupe avec un groupe de personnes canadiennes. - Les résultats sont basés sur les déclarations des participants, ce qui peut causer des biais.

10.6. Grille COREQ Article n°3 – Alzubaidi et al.

N°	Item	
	Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	
	Caractéristiques personnelles	
1. 2. 3.	Enquêteur / animateur, titres académiques et activités des chercheurs.	<p>Alzubaidi, H., PhD : Professeure à l'Institut de recherche médicale et Collège de pharmacie de Sharjah, Université de Sharjah aux Émirats arabes unis, Département de pratique pharmaceutique, Centre d'utilisation et de sécurité des médicaments, Université Monash, Parkville.</p> <p>Mc Namara, K., PhD : Professeure au Département de pratique pharmaceutique, Centre d'utilisation et de sécurité des médicaments, Université Monash, Parkville, École de médecine, Université Deakin, Waurm Ponds, Centre de recherche sur la santé des populations, Université Deakin, Burwood.</p> <p>Browning, C., BSc, MSc, PhD : Professeure au RDNS Research Institute, St Kilda, Victoria, Australie, International Institute for Primary Health Care Research, Shenzhen, Chine et School of Primary Health Care, Université Monash, Melbourne, Australie.</p>
4.	Genre	L'équipe de chercheur comprend deux hommes et une femme.
5.	Expérience et formation	Alzubaidi, H. a conçu l'étude. Étant bilingue, il a mené tous les entretiens en arabe et sans interprète. De plus, il a reçu une formation approfondie sur les méthodes qualitatives. Il a effectué la collecte et l'analyse des données et les a mises à l'écrit. Les trois chercheurs ont conjointement révisé et édité le manuscrit. Mc Namara, K. a contribué de manière significative à la discussion.
	Relations avec les patients	
6.	Relation antérieure	Les relations antérieures entre participants et chercheurs ne sont pas mentionnées.
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	<p>Les chercheurs ont informé les participants de l'objectif de l'étude, qui est d'explorer un nouveau modèle de soutien à l'autogestion du diabète de type 2 chez les migrants arabophones. Les informations ont été fournies verbalement ou à l'écrit et en arabe ou en anglais selon les préférences.</p> <p>Avant le début de l'étude, un consentement éclairé par écrit a été obtenu de chaque participant.</p>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Les enquêteurs ne signalent pas de risque de biais. Ils mentionnent avoir reçu l'approbation de deux comités d'éthique.
	Domaine 2 : Conception de l'étude	
	Cadre théorique	

9.	Orientation méthodologique et théorique	L'étude qualitative de type phénoménologique utilise deux méthodes : des entretiens semi-structurés en face-à-face et des groupes de discussion. Avant le début des entretiens, les participants ont rempli eux-mêmes un questionnaire pour renseigner leurs informations sociodémographiques et cliniques.
	Sélection des participants	
10.	Echantillonnage	Les participants sélectionnés sont des immigrants arabes de première génération d'origines diverses, recrutés dans différents établissements de soins de santé de la région métropolitaine de Melbourne.
11.	Prise de contact	Les participants recrutés dans les cabinets de soins et les cliniques ont été identifiés par le personnel de santé local à partir de la base de données informatisée des dossiers médicaux. Dans les centres communautaires, les participants ont été approchés et sélectionnés par un chercheur. Des informations orales et écrites sur l'étude ont été fournies en arabe ou en anglais aux participants.
12.	Taille de l'échantillon	L'étude inclut 60 participants.
13.	Non-participation	Personne n'a refusé ou abandonné l'étude.
	Contexte	
14.	Cadre de la collecte de données	Les données ont été collectées dans des cliniques externes dédiées au diabète de deux hôpitaux, trois cabinets de soins primaires et deux centres communautaires. Les entretiens ont été menés dans des salles privées sur les différents sites.
15.	Présence de non-participants	Hormis les chercheurs principaux, une chercheuse musulmane était présente pour aider à la logistique et s'assurer que les participantes étaient à l'aise.
16.	Description de l'échantillon	Les données sociodémographiques et cliniques des participants sont les suivantes : Les participants sont des immigrants arabophones de première génération. La majorité des participants sont des femmes (63%). La durée moyenne depuis le diagnostic du diabète est de 9 ans ; 14 participants ont été diagnostiqués au Moyen-Orient. Seulement 3 participants (5%) ont atteint l'HbA recommandée. L'âge moyen est de 57 ans. La majorité déclare avoir une maîtrise limitée de l'anglais et une faible littératie en matière de santé. En effet, ils reconnaissent les difficultés d'apprentissage liées à leur diabète et à sa prise en charge, car ils ont des difficultés à comprendre les documents écrits, même lorsqu'ils sont en arabe.
	Recueil des données	
17.	Guide d'entretien	Il s'agit d'entretiens semi-structurés par des questions ouvertes conçues d'après une revue de la littérature, dont l'objectif est d'acquérir une compréhension approfondie des préférences de chaque participant en ce qui concerne la structure, le contenu et les modalités de prestation du soutien à l'autogestion du diabète. Tous les entretiens ont été menés en arabe, sans interprète, par un chercheur bilingue. Les chercheurs ont demandé aux participants de réfléchir à leur parcours avec le diabète depuis le diagnostic, en se concentrant sur le moment et la manière dont ils avaient reçu une éducation sur la maladie et en leur demandant s'ils avaient ou non obtenu un soutien pour leur autogestion après la période de diagnostic. Ils ont également demandé aux participants quels seraient le contenu et les modalités de prestation qu'ils préféreraient dans l'éventualité où ils recevraient un soutien à l'autogestion du diabète culturellement approprié.

		Les questions utilisées lors des entretiens ne sont pas précisées. Les chercheurs précisent uniquement les thèmes abordés. Deux professionnels de la santé arabophones ont été consultés pour s'assurer de la pertinence culturelle des questions.
18.	Entretiens répétés	Au total, 14 entretiens individuels semi-structurés en face-à-face et 8 entretiens de groupe impliquant 46 participants (n=60) ont été menés.
19.	Enregistrement audio / visuel	Les entretiens ont été audio enregistrés et retranscrits textuellement en arabe. Un service de traduction professionnel agréé a traduit les transcriptions arabes en anglais. Pour valider l'exactitude de la traduction, un autre traducteur laïc du Moyen-Orient avec des connaissances approfondies de l'arabe familier a traduit indépendamment 30% des transcriptions en arabe. Les deux versions ont été comparées et les écarts ont été résolus par accord mutuel de l'équipe de chercheurs.
20.	Cahier de terrain	Les notes de terrain ont été documentées immédiatement après chaque entretien.
21.	Durée	La durée des entretiens varie entre 30 et 110 minutes.
22.	Seuil de saturation	La collecte de données s'est poursuivie jusqu'à ce que le seuil de saturation des données soit atteint (jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouvelles données, de nouveaux thèmes ou de nouveau codage).
23.	Retour des retranscriptions	Les enquêteurs ne disent pas s'ils ont montré les retranscriptions aux participants pour avoir un retour de leur part.
	Domaine 3 : Analyse et résultats	
	Analyse des données	
24.	Nombre de personnes codant les données	Le codage initial a été effectué par un chercheur (Alzubaidi, H), puis la pertinence du codage et des thèmes qui en résultent a été confirmée par les deux autres chercheurs.
25.	Description de l'arbre de codage	Les enquêteurs ne décrivent pas l'arbre de codage.
26.	Détermination des thèmes	Un cadre d'analyse thématique a été utilisé pour organiser les données en thèmes qui reflétaient au mieux le point de vue des participants. Les résultats obtenus ont été ensuite classés en trois thèmes principaux : « Réflexions sur le parcours avec le diabète », « Modalités de livraison préférées » et « Contenu préféré ».
27.	Logiciel	Les données de transcription ont été codées à l'aide du logiciel NVivo (QSR NUD * IST Vivo: version 8.0).
28.	Vérification par les participants	Les auteurs ne précisent pas si les participants ont effectué des retours.
	Rédaction	
29.	Citations présentées	Des citations des participants ont été utilisées pour illustrer chaque thème principal. Elles sont clairement identifiées et chaque participant est numéroté pour conserver l'anonymat. “. . . I remember how little the doctor told me about diabetes. I felt I was all alone with this awful disease. I knew nothing and I was overwhelmed.”. (Pt-51) (p.351)

30.	Cohérence des données et des résultats	Les résultats sont cohérents par rapport aux données recherchées au début de l'étude. Ils explorent les préférences des participants en ce qui concerne la structure, le contenu et la modalité de prestation de soutien à l'autogestion du diabète. Ces résultats sont adéquatement mis en relation avec les connaissances existantes.
31.	Clarté des thèmes principaux	<p>Les thèmes principaux sont clairement présentés dans les résultats :</p> <p>Thème 1 : réflexions sur le parcours avec le diabète</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le diabète est vécu comme une situation difficile par les participants. Ils utilisent des connotations négatives pour parler du diabète, « une maladie sans solution » selon eux. • La plupart des participants expliquent avoir reçu énormément d'informations sur l'autogestion du diabète seulement au moment du diagnostic. Ces informations initiales ont été mal comprises et oubliées avec le temps. Ainsi, ils confient avoir accumulé d'importantes lacunes sur la connaissance de leur maladie, ainsi que sur les soins qu'elle nécessite. Le manque de connaissance rend les participants moins confiants dans la gestion de leur maladie. Par conséquent, ils se retiennent de poser leurs questions et de confier leurs préoccupations aux professionnels de santé, de peur de prendre trop de temps ou de paraître ignorant. Certains participants, après avoir développé des complications, sont allés discuter de leurs difficultés à gérer leur maladie avec des proches de la communauté pour leur demander des conseils et leurs sources d'information. • Tous les participants ont exprimé le sentiment de ne pas être suffisamment pris en charge après leur diagnostic initial de diabète. • Le manque de connaissance rend les participants moins confiants dans l'autogestion et les pousse à se retenir d'exprimer leurs interrogations et préoccupations aux professionnels de santé. • Des niveaux élevés de stress lié au diabète ont été signalés, ainsi qu'un sentiment d'impuissance, d'anxiété et de débordement. Leur principale préoccupation était que leur détresse émotionnelle n'était pas assez prise en compte lors des consultations médicales. • Les facteurs culturels, religieux et politiques jouent un rôle majeur dans leurs sentiments de détresse et d'anxiété face au diabète et ceux-ci ont un impact négatif sur leur autogestion du diabète. <p>“Having diabetes is a terrible thing . . . You know how things are back in the Middle East. If a girl is known to be sick, she would end up with fewer opportunities to get married. I wouldn't allow my son to marry a girl who has diabetes. I would just be concerned about his future kids; they might have it [diabetes] if their mother has it.” (Pt-46) (p.351)</p> <p>“They [healthcare professionals] assume that we can remember everything they tell us! But actually, we [patients] forget most of the information and we [Arabic-speaking people] need a continuous reminder, particularly, about how we should manage our diabetes.” (Pt-8) (p.351)</p> <p>Thème 2 : modalités préférées d'éducation à l'autogestion du diabète</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les participants décrivent les programmes actuels d'éducation sur le diabète offerts par les prestataires de soins comme négligeant leur contexte socioculturel. • Ils expriment une préférence pour des interactions en face-à-face, plutôt que des conseils téléphoniques ou des interventions sur internet. • La majorité des participants ont signalé préférer des prestataires de soins arabophones. <p>“I think for me, and perhaps many of the Arabic-speaking people with diabetes, the best way for us to learn about self-management is to have a group session and have one 'trusted' or 'experienced' Arabic-speaking friend with diabetes to be trained by a doctor about best ways to manage diabetes, then that person come and talk to us in simple</p>

		<p>language . . . you know like a story-telling. I think many people would understand better this way. ” (Pt-59) (p.352)</p> <p>Thème 3 : Contenu préféré</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ils désirent obtenir plus d’informations sur la gestion du stress. • Une partie des participants souhaiteraient connaître les recommandations en termes de temps d’activité physique par semaine nécessaire pour maintenir leur glycémie stable. Ils reprochent également aux professionnels de santé de ne pas leur dispenser de conseils adaptés à leurs problèmes de santé pour faire de l’activité physique et de ne pas prendre en compte les barrières socioculturelles auxquelles ils font face. • Certains des participants ont des difficultés à respecter les recommandations diététiques lors d’événements sociaux et souhaiteraient pouvoir bénéficier de conseils à ce propos. A cela s’ajoute leur difficulté à comprendre quels aliments ils peuvent consommer pour maintenir leur glycémie stable et leur questionnement à propos de la taille des portions recommandées pour les différents types d’aliments. • Ils expriment enfin un besoin d’apprentissage spécifique et de soutien supplémentaire pour répondre à leurs questions, préoccupations et lacunes actuelles. <p>“She [the diabetes educator] once gave me advice on foods suitable for a person with diabetes. During the entire session she kept repeating ‘should’ and ‘should not’ in reference to food choices. I didn’t pay much attention to what she said, simply because I felt that she should ask me about my eating patterns first. After establishing what my eating patterns are, she could then give me some suggestions about it. But no! It was like a one-way discussion, where she told me what she knew rather than what I needed.”(Pt-45) (p.353)</p>
32.	Clarté des thèmes secondaires	Les thèmes secondaires ne sont pas clairement mentionnés.
33.	Limites mentionnées par les auteurs	Les résultats obtenus représentent les migrants de première génération et ne peuvent pas être généralisés à ceux des générations suivantes. De plus, la conception qualitative et l’échantillon non probabiliste peuvent limiter la généralisation des résultats.
34.	Limites observées	<p>Les questions ne sont pas fournies dans l’étude, ce qui diminue sa reproductibilité. Il n’y a pas de mention de vérification des transcriptions par les participants, ce qui peut diminuer l’authenticité des données.</p> <p>L’étude ne précise pas le temps de résidence moyen des participants dans leur pays d’accueil, ce qui aurait été intéressant de savoir, car une personne migrante qui vient d’arriver dans son pays d’accueil n’aura peut-être pas les mêmes priorités qu’une personne installée depuis de nombreuses années.</p>

10.7. Tableau de résumé Article n°3 – Alzubaidi et al.

Auteur, année, pays, titre		Alzubaidi, H., Mc Namara, K., & Browning, C. (2016). Australie. <i>Time to question diabetes self-management support for Arabic-speaking migrants: exploring a new model of care.</i>		
<u>Devis et objectif</u>	<u>Population</u>	<u>Méthode/ intervention</u>	<u>Résultats</u>	<u>Commentaires</u>
<p>Devis Etude qualitative de type phénoménologique</p> <p>But Explorer un nouveau modèle de soutien à l'autogestion du diabète de type 2 dans la population migrante arabophone.</p>	<p>Nombre de participants (n=60) personnes migrantes arabophones, de première génération, diabétiques.</p> <p>Elles ont été sélectionnées par échantillonnage d'opportunités. Les personnes ont été identifiées dans des cliniques externes dédiées au diabète de deux hôpitaux, trois cabinets de soins primaires et deux centres communautaires.</p> <p>Critères d'inclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic de diabète sucré de type 2. - Groupe arabophone : auto-identifié comme immigrant d'origine arabophone, défini comme une personne dont la langue maternelle est l'arabe, née dans l'un des pays suivants : Irak, Koweït, Bahreïn, Oman, Qatar, Arabie saoudite, Émirats arabes unis, Yémen, Jordanie, Liban, Syrie ou Égypte. <p>Données démographiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - 60% de femmes, - L'âge moyen est de 57 ans, - Le nombre d'année moyen de résidence en Australie est de 8 ans, - Le nombre d'année moyen depuis le diagnostic du diabète est de 9 ans. 	<p>Méthodes Des entretiens semi-structurés en face-à-face et des focus groups. Au total, 14 entretiens individuels semi-structurés en face-à-face et 8 entretiens de groupe impliquant 46 participants. Le guide d'entretien a été élaboré en se basant sur la revue de la littérature.</p> <p>Questions posées</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Réfléchir à leur parcours avec le diabète depuis le diagnostic, en se concentrant sur le moment et la manière dont ils avaient reçu une éducation sur le diabète. 2) Est-ce qu'ils ont obtenu ou non un soutien pour leur autogestion après la période de diagnostic. 3) Est-ce qu'ils ont reçu un soutien à l'autogestion du diabète culturellement approprié. 4) Quels seraient le contenu et les modalités de prestation qu'ils préféreraient recevoir. 	<p>Thèmes principaux</p> <p>1. Réflexions sur le parcours avec le diabète :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les connotations négatives du diabète, • Le manque d'information, • Le stress lié au diabète, • Les facteurs culturels. <p>2. Modalités de méditation préférées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prise en compte du contexte culturel, • Les interactions en face-à-face avec des professionnels arabophones. <p>3. Contenu préféré :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gestion du stress, • Le mode de vie et l'alimentation, • Le besoin de soutien. 	<p>Limites perçues par les enquêteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les résultats obtenus ne représentent que les migrants de première génération et ne peuvent pas être généralisés à ceux des générations suivantes. - La conception qualitative et l'échantillon non probabiliste peuvent limiter la généralisation des résultats à toute la population migrante arabophone résidant en Australie. <p>Limites observées</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les questions ne sont pas fournies dans l'étude, ce qui diminue sa reproductibilité. - Pas de précision concernant le temps moyen de résidence en Australie des participants.

10.8. Grille COREQ Article n°4 – Nam et al.

N°	Item	
	Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	
	Caractéristiques personnelles	
1. 2. 3.	Enquêteur / animateur, titres académiques et activité des chercheurs.	Nam S. , PhD, APRN, ANP-BC, Professeure à l'Université de Yale, à la School of Nursing de New Haven au Connecticut. Hee-Jung Song H. , PhD, Professeure à l'Université de Maryland, au College of Agriculture & Natural Resources, College Park à Maryland. Park S. , PhD, Professeure à l'Université de Kyonggi dans le département de Social Welfare à Suwon en Corée du Sud. Song Y. , PhD, RN, Professeur à l'Université d'Eulji dans la School of Nursing à Séoul en Corée du Sud.
4.	Genre	L'équipe comprend quatre femmes.
5.	Expérience et formation	L'équipe de recherche est bilingue et biculturelle. Soohyun Nam a de l'expérience dans la conduite de groupes de discussion.
	Relations avec les patients	
6.	Relation antérieure	L'étude ne mentionne pas si les participants connaissaient les chercheuses avant l'étude. Il est dit que les participants avaient tous pris part à une séance d'éducation au diabète de six semaines, mais l'étude ne précise pas si les chercheuses y avaient participé.
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Avant de commencer l'étude, les participants ont assisté à des séances d'éducation sur le diabète, pendant une durée de 6 semaines, dans le but d'améliorer leurs connaissances sur la maladie et leurs compétences d'autogestion. Après ce programme, l'une des chercheuses (éducatrice spécialisée en diabétologie) a donné des informations aux participants sur cette étude et sur le focus group. L'objectif de cette étude est d'explorer les obstacles de l'autogestion du diabète du point de vue du patient, afin de répondre au besoin de soins culturellement appropriés. Les participants ont tous donné leur consentement écrit.
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Les auteures n'ont pas signalé de risque de biais. Elles mentionnent avoir reçu l'approbation du comité d'éthique pour mener cette étude.
	Domaine 2 : Conception de l'étude	
	Cadre théorique	
9.	Orientation méthodologique et théorique	Il s'agit d'une étude qualitative de type phénoménologique, menée à l'aide d'un focus group. Un guide d'entrevue semi-structuré a été élaboré à partir de revues de la littérature et du consensus d'une équipe multidisciplinaire.
	Sélection des participants	

10.	Echantillonnage	Les participants ont été recrutés parmi un groupe d'individus qui avaient déjà participé à une intervention d'éducation sur le diabète adaptée à la culture de 6 semaines. Les critères d'inclusion sont d'avoir entre 30 et 75 ans, avoir une A1C à 53 mmol/mol (7%) ou plus, être immigrant coréens installés aux États-Unis. Les critères d'exclusion sont le fait d'être atteint de diabète de type 1, d'une maladie mentale active ou de troubles cognitifs.
11.	Prise de contact	Un assistant de recherche a recruté des participants, qui avaient pris part à une intervention de six semaines d'éducation thérapeutique sur le diabète adaptée sur le plan culturel, en envoyant une lettre d'invitation.
12.	Taille de l'échantillon	L'étude inclut 23 personnes.
13.	Non-participation	Sur les 51 personnes qui ont reçu une lettre d'invitation, 23 ont accepté de participer à un groupe de discussion. Les raisons de la non-participation concernaient des problèmes de transport (n = 5), des maux physiques (n = 5) ou des contraintes de temps et d'horaires (n = 18).
	Contexte	
14.	Cadre de la collecte de données	Les discussions de groupe étaient menées dans un centre communautaire coréen et chaque groupe était composé de 2 à 6 participants, avec une durée d'entretiens d'environ 1 heure et demie à 2 heures.
15.	Présence de non-participants	Au-delà des chercheuses, pas d'autre interlocuteur n'est mentionné.
16.	Description de l'échantillon	Les participants sont des immigrants coréens installés aux États-Unis. L'âge moyen des participants est de 58 ans, la majorité sont des hommes (60%), le nombre d'année moyen de résidence aux USA est de 25 ans, la majorité ont un niveau d'anglais faible et le nombre d'année moyen avec le diabète est de 12 ans.
	Recueil des données	
17.	Guide d'entretien	Les chercheuses ont développé un guide d'entretien semi-structuré en se basant sur des revues de la littérature. Ce guide a été validé par une équipe multidisciplinaire constituée de cliniciens, de diététiciens, d'infirmiers, d'un travailleur social et de chercheuses. Les questions sont les suivantes : <ol style="list-style-type: none"> 1. "Qu'est-ce que le diabète pour vous ? Quelle est la première chose qui vous vient à l'esprit lorsque vous pensez au diabète ?" 2. "Comment ressentez-vous le fait de vivre avec un diabète ?" "Quels sont les challenges et les difficultés que vous pose votre diabète ?" "Que pensez-vous du rôle de la famille dans la gestion du diabète ?" 3. "Avez-vous d'autres préoccupations concernant la gestion de votre diabète ?" "Est-ce que vous voudriez ajouter quelque chose ?"
18.	Entretiens répétés	Il n'y a pas de mention d'entretiens répétés.
19.	Enregistrement audio / visuel	Les entretiens ont été enregistrés numériquement et transcrits en coréen un jour après chaque entretien. Pour garantir leur exactitude, toutes les transcriptions en coréen ont été vérifiées avec les enregistrements numériques par deux assistantes de recherche bilingues. Les transcriptions en coréen ont ensuite été traduites en anglais par un membre de l'équipe de recherche bilingue. Enfin, chaque traduction en anglais a été retraduite et vérifiée par deux chercheuses bilingues pour s'assurer de sa congruence.
20.	Cahier de terrain	Une des chercheuses a pris des notes de terrain. Elle a noté les interactions et les comportements non verbaux.

21.	Durée	Les entretiens ont duré de 1 à 2 heures.
22.	Seuil de saturation	Les chercheuses mentionnent le seuil de saturation dans l'analyse et le codage des données, mais elles n'ont pas conduit d'entretiens répétés. Par conséquent, elles ne peuvent pas s'assurer que de nouvelles idées n'auraient pas pu émerger lors de nouveaux entretiens.
23.	Retour des retranscriptions	Les chercheuses ne précisent pas si elles ont montré les retranscriptions aux participants pour avoir un retour de leur part.
	Domaine 3 : Analyse et résultats	
	Analyse des données	
24.	Nombre de personnes codant les données	Trois chercheuses ont codé les données. Elles ont lu chaque transcription et ont généré indépendamment des codes descriptifs qui ont ensuite été regroupés en domaines de contenu.
25.	Description de l'arbre de codage	Le nombre de codage n'est pas présent tel quel dans l'étude, mais les chercheuses expliquent la procédure de codage.
26.	Détermination des thèmes	<p>Les données des focus groups ont été analysées à l'aide d'une analyse de contenu. Pour maximiser la fiabilité, la crédibilité et la validité interne des résultats, une animatrice et les membres de l'équipe ont discuté de leurs impressions et ont débriefé après chaque focus group.</p> <p>Une chercheuse prenait également des notes sur les interactions et les comportements non verbaux lors des groupes de discussion et trois réviseuses ont lu chaque transcription et ont généré indépendamment des codes descriptifs qui ont ensuite été regroupés en domaines de contenu.</p> <p>Les divergences ont été résolues par une discussion au sein de l'équipe de recherche et à travers une comparaison des données brutes. Les trois réviseuses ont ensuite comparé les domaines de contenu et les codes des nouvelles transcriptions avec les domaines de contenu déjà existant jusqu'à ce qu'aucun nouveau code ou domaine de contenu n'émerge. Finalement, les examinatrices se sont mises d'accord sur le degré d'analyse des données relatives aux défis dans la gestion du diabète (seuil de saturation).</p>
27.	Logiciel	Les auteures ne mentionnent pas le logiciel utilisé.
28.	Vérification par les participants	Les auteures ne précisent pas si les participants ont exprimé des retours.
	Rédaction	
29.	Citations présentées	Des citations des participants sont utilisées pour illustrer les thèmes. Chaque citation est identifiée par l'âge et le sexe du participant en question, pour conserver leur anonymat.
30.	Cohérence des données et des résultats	Les résultats sont cohérents par rapport aux données recherchées au début de l'étude : il y est expliqué que le fait que les minorités ethniques soient plus touchées par le diabète est lié à la barrière de la langue et aux différences culturelles entre les patients et les soignants (Nam et al., 2011 ; Caban & Walker, 2006, cités par Nam et al., 2013).

31.	Clarté des thèmes principaux	<p>Les thèmes principaux sont clairement présentés et reliés aux questions posées lors de l'entretien :</p> <p>Question 1 : 1. La stigmatisation sociale et la socialisation Les participants sont réticents à l'idée de dévoiler leur diagnostic de diabète à leurs proches éloignés à cause des perceptions et préjugés qu'à la société de cette maladie, mais également à cause de leurs propres représentations sur le diabète. Certains participants considèrent la survenue d'un diabète comme un échec personnel dans la gestion de leur propre vie. D'autres cachent leur matériel de mesure et de gestion de leur glycémie quand ils ont des invités et mangent en cachette leur propre nourriture, car c'est embarrassant pour eux de le faire en public.</p> <p>Ils se sentent gênés de devoir refuser des aliments, alors parfois ils acceptent des aliments inadaptés à leur maladie ou bien évitent les rassemblements sociaux. Certains ne mangent rien de la journée ou juste un morceau de pain pour compenser le repas qu'ils mangeront chez leur proche.</p> <p>Par conséquent, les participants usent de différentes stratégies pour éviter de révéler leur diabète, comme le fait de refuser d'aller à ces événements ou d'ignorer leur maladie en mangeant tout ce qu'on leur propose.</p> <p>"Before I got diabetes, I used to think diabetes was just for someone who can't control him/herself. I mean someone who has excessive desires of eating and food. I don't want people to see me as such a person who can't control their life and is lazy" (female, age 52). (p.216)</p> <p>Question 2 : 1. La vie d'immigrant et la gestion du diabète : Ce thème principal est développé dans ses deux sous-thèmes (les priorités et responsabilités, les barrières de la langue).</p> <p>2. Les connaissances sur le diabète et l'autogestion du diabète : Les participants disent avoir très peu de connaissance sur le diabète, les complications et les traitements. Ce manque de connaissance provient, selon eux, du fait que la plupart des personnes migrantes coréennes ont immigré aux États-Unis à une époque où le diabète n'était pas une maladie courante en Corée.</p> <p>"I didn't know I had diabetes. One day I happened to get the finger stick test. It was 303 but I didn't know whether that meant high or low. I had no idea" (male, age 67). (p.218)</p> <p>Question 3 : 1. Le soutien familial dans l'autogestion du diabète : Les participants déclarent ne pas recevoir énormément de soutien de leur famille. Selon eux, les membres de la famille ne comprennent pas les subtilités du diabète, ce qui peut provoquer des tensions, conflits ou incompréhensions. De ce fait, les participants révèlent qu'ils n'attendent pas de soutien de la part des membres de leur famille et préfèrent gérer leur diabète par eux-mêmes. Ils souhaiteraient que les membres de leur famille apprennent également les spécificités du diabète pour éviter les problèmes et malentendus. "Family members often seem to feel sorry for us and provide inconsistent dietary support. One day ask us not to eat it and later they say 'eat it just for today'" (male, age 55). (p.218)</p>
32.	Clarté des thèmes secondaires	<p>Les thèmes secondaires sont clairement mentionnés :</p> <p>2a) La priorité et les responsabilités : Les participants expliquent que leur activité professionnelle très intense de jour comme de nuit dans le but d'économiser suffisamment d'argent est leur priorité absolue. Par</p>

		<p>conséquent, leur alimentation est inadéquate et ils font peu, voire pas d'activité physique. Les participants précisent que la vie d'une personne migrante est stressante, car il leur faut trouver du travail pour pouvoir aider leur famille restée en Corée.</p> <p>"I came here first and then invited the rest of my family (6 siblings and parents). I had to take care of my old father and a sick sister. On top of that, I needed to help other siblings settle down in the new country. I really haven't had time to take care of myself. When I heard I got diabetes [pause] I realized that it is time for me take care of myself [cry]" (female, age 58). (p.217)</p> <p>Aussi, certains participants abordent le sujet du changement de statut lors de la migration: certains exerçaient des emplois haut placés dans la société avant la migration et se retrouvent aux Etats-Unis à devoir assumer des emplois modestes tel que serveur dans un restaurant.</p> <p>2b) Les barrières de la langue :</p> <p>Les participants soulignent qu'ils maîtrisent peu l'anglais, ce qui les empêche de poser des questions à leur médecin ou de participer à des séances d'éducation thérapeutique.</p> <p>"I have many questions to ask doctors but I wouldn't, because I may not understand their English. ... When I feel that I am not treated adequately, I would like to go to the emergency room and have my whole body checked" (female, age 52). (p.217)</p> <p>Ils sont par conséquent incertains au sujet de la progression et la gestion de leur maladie. Aussi, ils sont dépendants de traducteurs ou de proches qui parlent la langue du pays d'accueil (ici, l'anglais) mais ne veulent pas les déranger. Ainsi, les participants vont consulter uniquement quand ils ont des symptômes.</p> <p>4a) Les rôles genrés traditionnels et les nouveaux rôles :</p> <p>De nombreuses participantes ont eu du mal à conserver leurs rôles traditionnels (élever les enfants et préparer les repas), car comme les hommes, elles doivent travailler de longues heures pour gagner de l'argent aux Etats-Unis. Il leur est donc difficile de concilier les tâches ménagères avec leurs horaires de travail. Elles n'ont pas le temps de se cuisiner un repas différent de celui de leur famille et doivent aller au travail, même si elles ne se sentent pas bien.</p> <p>"It would be easier for me to control my diabetes if I were a man. You know Korean meals, it is just a pain to make the meal differently. My husband said he'd rather die and eat the 'delicious [salty] one' than to eat bland soup. Finally, I gave up and ate the same meals with him. I would not have had the diabetes complications if he had eaten a healthy meal with me [sigh]" (female, age 63). (p.218)</p>
33.	Limites mentionnées par les auteurs	<p>Les chercheuses expliquent que la petite taille de l'échantillon (n=23) limite la possibilité de généraliser les résultats à la population migrante globale. Elles précisent également que la culture des personnes asiatiques résidant en Amérique varie selon la génération et les sous-groupes ethniques ; il faudrait donc inclure d'autres personnes issues de groupes ethniques et de générations différents pour avoir une vision plus large et plus globale des challenges rencontrés par ces personnes dans les soins du diabète.</p>
34.	Limites observées	<p>Les chercheuses n'ont pas fait vérifier les transcriptions par les participants. Elles n'ont pas effectué d'entretiens répétés, pour s'assurer que de nouvelles idées n'émergent pas (seuil de saturation).</p> <p>Les conditions de sélection des participants sont vagues et peu précises, car liées au programme de 6 semaines d'éducation au diabète.</p>

10.9. Tableau de résumé Article n°4 – Nam et al.

<u>Auteur, année, pays, titre</u>		Nam, S., Song, H.-J., Park, S.-Y., & Song, Y. (2013). USA. <i>Challenges of Diabetes Management in Immigrant Korean Americans</i> .		
<u>Devis et objectif</u>	<u>Population</u>	<u>Méthode/ intervention</u>	<u>Résultats</u>	<u>Commentaires</u>
<p>Devis Etude qualitative de type phénoménologique</p> <p>But Explorer les défis de l'autogestion du diabète chez les personnes migrantes d'origine coréenne aux Etats-Unis, afin de guider les professionnels de la santé dans la pratique des soins du diabète adaptés à leur culture.</p>	<p>Nombre de participants (N=23) participants ont été recrutés parmi un groupe d'individus qui avaient participé à une intervention d'éducation sur le diabète de 6 semaines.</p> <p>Critères d'inclusion - Age entre 30 et 75 ans, - HBA1C à 53 mmol/mol (7%) ou plus, - Immigrants coréens américains.</p> <p>Données démographiques - 60.8% d'hommes, - L'âge moyen des participants est de 58 ans, - Le nombre d'année moyen de résidence aux USA est de 25 ans, - La majorité a un niveau d'anglais faible, - Le nombre d'année moyen avec le diabète est de 12 ans.</p>	<p>Méthode Conduite de focus group. Un guide d'entrevue semi-structuré a été développé en se basant sur la revue de la littérature et validé par une équipe multidisciplinaire composée de cliniciens, de diététiciens, d'infirmières, d'un travailleur social et de chercheurs.</p> <p>Questions posées 1) "Qu'est-ce que le diabète pour vous ? Quelle est la première chose qui vous vient à l'esprit lorsque vous pensez au diabète ?" 2) "Comment ressentez-vous le fait de vivre avec un diabète ?" "Quels sont les challenges et les difficultés que vous pose votre diabète ?" "Que pensez-vous du rôle de la famille dans la gestion du diabète ?" 3) "Avez-vous d'autres préoccupations concernant la gestion de votre diabète ?" "Est-ce que vous voudriez ajouter quelque chose ?"</p>	<p>Thèmes principaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1) La stigmatisation sociale et la socialisation • 2) La vie d'immigrant et la gestion du diabète • 3) Les connaissances sur le diabète et l'autogestion du diabète • 4) Le soutien familial dans l'autogestion du diabète <p>Thèmes secondaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2a) La priorité et les responsabilités • 2b) Les barrières de la langue • 4a) Les rôles genrés traditionnels et les nouveaux rôles 	<p>Limites perçues par les chercheuses - Petite taille de l'échantillon (n=23) et nature qualitative limitant la généralisation des résultats. - La culture des personnes asiatiques résidant en Amérique variant selon la génération et les sous-groupes ethniques. - Proposition d'inclure d'autres personnes issues de groupes ethniques et de générations différents pour avoir une vision plus large et plus globale des challenges dans les soins du diabète.</p> <p>Limites observées - Pas de vérification des transcriptions par les participants. - Absence d'entretiens répétés, pour vérifier que de nouvelles idées n'émergent pas. - Conditions de sélection des participants vagues et peu précises, car liées au programme de 6 semaines d'éducation du diabète.</p>

10.10. Grille COREQ Article n°5 – Hu et al.

N°	Item	
	Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	
	Caractéristiques personnelles	
1. 2. 3.	Enquêteur/ animateur, titres académiques et activité	<p>Hu, J., PHD, professeure associée à la Greensboro School of Nursing de l'université de Caroline du Nord.</p> <p>Amirehsani, K., PHD, professeure assistante à la Greensboro School of Nursing de l'université de Caroline du Nord</p> <p>Wallace, D. C., PHD, professeure à la Greensboro School of Nursing de l'université de Caroline du Nord.</p> <p>Letvak S., PHD, professeure à la Greensboro School of Nursing de l'université de Caroline du Nord.</p>
4.	Genre	L'équipe de chercheuses comprend quatre femmes.
5.	Expérience et formation	Toutes les chercheuses travaillent à l'université. Dr Amirehsani a été infirmière praticienne auprès de familles migrantes hispaniques pendant 25 ans, de ce fait elle a participé à tous les focus groups. Les interviews ont toutes été conduites par des chercheuses bilingues et biculturelles pour accroître la fiabilité des données. Les chercheuses qui ont effectué les interviews n'ont pas été précisées.
	Relations avec les patients	
6.	Relation antérieure	Les enquêteuses et participants ne se connaissaient pas avant le commencement de l'étude. Les participants sont des patients qui fréquentent la clinique où a eu lieu l'étude.
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Les chercheuses leur ont expliqué le but (explorer les barrières à la gestion du diabète perçues par des immigrants hispaniques et leurs familles) et le déroulement de l'étude lors du recrutement et tous les membres de l'équipe se sont personnellement présentés à eux. Tous les participants ont donné leur consentement.
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Les enquêtrices ne parlent pas des éventuels biais (d'information, de sélection, d'enquêteur, de réponse) dans leur étude. Elles n'évoquent pas d'hypothèses et ne précisent pas leurs motivations. Elles mentionnent avoir reçu l'approbation du comité d'éthique pour mener cette recherche.
	Domaine 2 : Conception de l'étude	
	Cadre théorique	
9.	Orientation méthodologique et théorie	La méthodologie est une étude qualitative menée par l'intermédiaire de focus groups. Les chercheuses déclarent que selon Sandelowski, un devis qualitatif est la méthode de choix pour décrire avec précision un phénomène. Avant de participer aux entretiens, l'hémoglobine glyquée, la tension et le BMI de chaque participant (patients et membres de la famille) ont été mesurés.

	Sélection des participants	
10.	Echantillonnage	Les participants ont été sélectionnés par échantillonnage d'opportunité : les participants sont des patients qui fréquentent la clinique où les chercheuses travaillent.
11.	Prise de contact	Les participants ont été contactés en face-à-face. Des flyers ont également été affichés au sein de la clinique.
12.	Taille de l'échantillon	L'étude inclut 73 participants. Les patients migrants diabétiques sont au nombre de 36 et 37 personnes sont des membres de leurs familles.
13.	Non-participation	Personne n'a refusé ou abandonné l'étude.
	Contexte	
14.	Cadre de la collecte de données	Les données ont été recueillies dans la clinique où travaillent les chercheuses.
15.	Présence de non-participants	Seulement les chercheuses, les participants et les membres de leurs familles étaient présents lors des entretiens.
16.	Description de l'échantillon	Les critères de sélection sont les suivants : être atteint de diabète de type 2, avoir plus de 18 ans, parler espagnol ou anglais, avoir un membre de la famille qui souhaiterait participer, provenir d'Amérique latine et résider aux USA. Les membres de la famille devaient remplir les mêmes critères, excepté bien sûr le diagnostic de diabète de type 2.
	Recueil des données	
17.	Guide d'entretien	Les questions sont fournies dans l'article. Les questions n'ont pas été testées au préalable : 1) " Quel est le plus grand obstacle/la plus grande barrière auquel/ à laquelle vous faites face dans la gestion de cette maladie ? " (p. 4), 2) " Qu'est ce qui est le plus difficile pour vous ? " (p. 4), 3) " Comment pouvez-vous aider ou supporter votre mari, femme, ou membre de la famille qui est atteint par le diabète ? " (p. 4).
18.	Entretiens répétés	Chaque groupe a eu un seul entretien.
19.	Enregistrement audio / visuel	Les entretiens ont été audio enregistrés.
20.	Cahier de terrain	Les chercheuses n'ont pas pris de notes durant les entretiens, mais les ont audio enregistrés. L'enregistrement a été transcrit en espagnol par une membre de l'équipe bilingue et biculturelle. La transcription en espagnol a été vérifiée par deux membres de l'équipe bilingue pour attester de son exactitude. La transcription en espagnol a été traduite en anglais et revue par deux membres de l'équipe.
21.	Durée	La durée des focus groups est de 20-30 min. L'étude a duré de 2010 à 2012.
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation n'a pas explicitement été abordé. Les chercheuses n'ont conduit qu'un seul entretien par groupe.
23.	Retour des retranscriptions	Les chercheuses ont montré les retranscriptions aux participants pour avoir un retour de leur part.

	Domaine 3 : Analyse et résultats	
	Analyse des données	
24.	Nombre de personnes codant les données	Le nombre de chercheuses qui ont codé les données n'est pas précisé (plusieurs personnes).
25.	Description de l'arbre de codage	L'arbre de codage est décrit par l'étude.
26.	Détermination des thèmes	Les chercheuses ont déterminé les thèmes en effectuant une analyse thématique du contenu. Elles ont relu la transcription ligne par ligne pour en extraire les codes. Chaque phrase est codée par un seul et unique code, qui en exclut d'autres. Les codes ont été regroupés par catégories, puis par thèmes en tenant compte des questions de recherche. Les différents membres de l'équipe ont ensuite vérifié l'interprétation et l'extraction des thèmes pour augmenter l'exactitude de ces derniers.
27.	Logiciel	Le logiciel utilisé pour gérer les données n'est pas précisé.
28.	Vérification par les participants	Les chercheuses ont montré les retranscriptions aux participants, mais leurs retours ne sont pas précisés dans l'étude.
	Rédaction	
29.	Citations présentées	Les citations des participants sont utilisées pour illustrer les thèmes. Chaque citation est identifiée par l'âge et le sexe du participant en question, pour conserver son anonymat.
30.	Cohérence des données et des résultats	Les résultats sont cohérents par rapport aux données présentées au début de l'article. Plusieurs barrières à l'autogestion du diabète des personnes migrantes hispaniques sont énoncées dans l'introduction et apparaissent dans les résultats de l'étude, à savoir : le manque de ressources financières et de support social, l'absence d'assurance maladie, la compréhension de la langue anglaise, la pression sociale encourageant à manger des repas traditionnels riches en lipides et en calories et la difficulté des femmes à préparer des repas diététiques tout en contentant les membres de leurs familles.
31.	Clarté des thèmes principaux	<p>Trois thèmes majeurs sont apparus lors des entretiens comme étant des barrières à la gestion du diabète pour les patients migrants : la souffrance liée au diabète, la difficulté de la gestion du diabète et le manque de soutien ou de ressources.</p> <p>Un thème a été évoqué par les membres de leur famille : nous pouvons les supporter et nous manquons de connaissances.</p> <p>1) La souffrance liée au diabète : Les participants expliquent que vivre avec le diabète constitue une souffrance physique et émotionnelle.</p> <p>Ils expriment leur douleur physique :</p> <p>- "I feel weak. I can't walk and the pain in my bones prevents me from standing. I got shots but some of them really hit the bone. Now my arm hurts. Six months ago all of my back began to hurt". (female, 59 years old) (p. 5).</p> <p>- "I get pain in my knees. It is not tingling. It is pain, and since I walk a lot, it's noticeable. I hurt when walking, working". (male, 66 years old) (p. 5).</p> <p>Ils rattachent leur douleur émotionnelle à la dépression, au sentiment de détresse ou d'isolement par rapport à leur famille :</p> <p>- "For me it was very hard at first when I had to stop eating specific foods. That is when I became depressed and in 3 months I lost 40 lbs and did not feel like myself. I wasn't myself. I felt bad. All I wanted to do was sleep; I did not want to get up. I didn't feel like</p>

doing much. My husband was very worried about my depression. I felt very bad and for a time I stopped eating everything and was very down". (female, 50 years old) (p. 6).

- "When my son cooks foods such as steak, chicken, beans and such, I always stay locked in my room. I do not leave to be with them. My other son brings me a piece of chicken and a spoonful of rice and all my pills (medicines), and he checks on me. He sees if I want to eat and if the children are eating. Checking on me is for my welfare, but at times I despair for living like this". (female, 58 years old) (p. 6).

Ils expliquent qu'ils souffrent de faiblesse à cause des restrictions alimentaires :

- "...I feel that my sugar is too high, since I have no strength and nothing is helping me. I can barely walk. I feel like I can't walk one block because I might fall down. Now all I do is sleep and sleep. I am constantly tired. I barely eat because I can't chew. I just drink soups. That is what I eat". (female, 59 years old) (p. 6).

2) La difficulté de la gestion du diabète : Les participants évoquent trois difficultés dans la gestion de leur maladie : a) la difficulté ou la frustration liées au fait de prendre des traitements ou de s'injecter de l'insuline, b) la difficulté à contrôler son alimentation et c) la difficulté à faire de l'activité physique.

3) Le manque de ressources et de soutien : Les participants affirment que le manque de soutien de la part du système de santé américain les frustre. Certains expliquent que les soignants n'accordent que peu d'attention à leurs problèmes de santé et, par conséquent, ils se sentent abandonnés. D'autres confient qu'ils n'ont pas accès à un médecin de famille pour qu'on leur prescrive des traitements pour leur diabète : - "I don't have money to buy the medicine nor do I have a doctor to prescribe it. Here (referring to the free community clinic) we (referring to Hispanics) used to get medical attention, but not anymore". (female, 65 years old) (p. 7).

Les participants ont aussi soulevé le fait que le manque de ressources financières et de revenu du foyer est un problème majeur. Ils ne peuvent parfois pas acheter leurs traitements, ne peuvent pas se payer des lunettes de vue adaptées ou s'acheter des fruits ou légumes, car ceux-ci coûtent cher.

- "We want to eat everything and it's difficult, very difficult, especially, because of money. You can't just go and buy vegetables and fruits". (female, 40 years old) (p. 8).

4) Les membres de la famille veulent soutenir leur proche, mais manquent de connaissances : Ils se sentent concernés par la situation de santé de leur proche et peuvent le supporter en l'encourageant à manger sainement, à faire de l'exercice physique et en le soutenant moralement : - "By controlling our diet, our style of eating, we help them. So we take away the tempting foods from all of us. We are not supposed to buy junk food. Supporting the diet and emotional support because it is depressing, especially much emotional support". (female family member, 34 years old) (p. 9).

- "A serious support for me is to put myself in the place of a sick person, to grab the information, act as a sick person so that I would know how serious and strong this illness is. Then when you are in this position you know exactly how one feels - your friend, your sister, your mother who is sick. So if she stops eating so much, you do the same so that you see how hard it is and you can support them because you know how these things are. Because you have experienced these things". (female family member, 40 years old) (p. 9).

Les membres de la famille désirent fortement aider leur proche mais expliquent qu'ils manquent de connaissances concernant la maladie. Ils se sentent frustrés, car ils ne comprennent pas pourquoi leur proche continue de souffrir de sa maladie et pourquoi il est si dur de contrôler cette pathologie : - "For me, it is very important to be informed, to get basic information about the illness, that way you know what they (referring to doctors/healthcare providers) are talking about when they talk about this or that. You have to have fundamental and complete information so that you can safely and correctly do what you need to do". (female family member, 40 years old) (p. 9).

		<p>- "I saw my mom thin, starving because she never used insulin. When she asks questions about it (insulin) I would tell her "don't take it" "don't take it" because my mom does not drink sodas, does not drink juices, does not eat bread, no chili, nothing, not rice, not tortillas, but the disease continues...Now I think I was wrong (to give her advice not to use insulin)". (female family member, 40 years old) (p. 10).</p>
32.	Clarté des thèmes secondaires	<p>2a) la difficulté ou la frustration liées au fait de prendre des traitements ou de s'injecter de l'insuline. La prise médicamenteuse est vue comme un élément de frustration et un obstacle à l'autogestion du diabète de type 2. Les participants disent que cela est un inconvénient car leur prise de traitement demande une anticipation et une adaptation surtout lorsqu'ils travaillent.</p> <p>- "The most difficult part for me is that at times I forget to take my pills. I would forget to take them to work. So, by the time I get off work at 5:00 pm, I have missed the day dose and only have time to take the evening dose". (female, 43years old) (p. 6).</p> <p>- "Having to inject myself with insulin all the time would be the most difficult thing for me". (female, 37 years old) (p. 6).</p> <p>2b) La difficulté à contrôler son alimentation : Les participants expliquent qu'il est difficile de changer leurs habitudes alimentaires et que les restrictions alimentaires entraînent chez certains une perte du sens de l'alimentation. Certains participants décrivent une addiction à la nourriture : - "I was a coca cola addict. I drank a lot of sodas. It was two years ago that they told me I was killing myself by drinking all of the daily sodas. I finally stopped. Now, you can put a cold coca cola in front of me and I would refuse to drink it because I could feel myself dying when I drank sodas. My arms would become numb, my fingers would get swollen, and my cholesterol would rise". (male, 64 years old) (p.7).</p> <p>Une partie des participants expliquent que certains aliments traditionnels font partie de leur culture : - "For example, the hardest thing, like my companions have said, is to stop eating the big meals that one is accustomed to eating. Tacos, cakes, and mole are some of the most difficult and even though we have medicine, at times we forget to take the medicine so we can eat well". (male, 47 years old) (p. 7).</p> <p>2c) La difficulté à faire de l'activité physique : Certains participants expliquent à quel point le fait de conserver sa motivation pour faire de l'activité physique est difficile.</p> <p>- "Honestly, the hardest thing for me is to exercise. For me, exercise is a battle. I have a machine at home; it is not that I don't have it. I have a television so that I can watch the video. But this week I did not feel up to it. I only exercised on Friday....But I need to be encouraged when I feel bad. For me, exercise is the hardest". (female 54 years old) (p. 7).</p> <p>3a) Le manque de soutien de la part de la famille : Les participants expriment un manque de soutien de leur famille pour les aider à respecter le régime alimentaire diabétique et à propos de la compréhension de tout ce qu'implique le diabète au quotidien. Certains patients sont dépendants de leur famille pour l'administration des traitements et d'autres souffrent de conflits réguliers avec les membres de leur famille concernant le régime alimentaire, en particulier les femmes qui préparent les repas. Ceci a un impact négatif sur leur santé psychosociale, diminuant leur envie de respecter et d'appliquer les bonnes pratiques de soins du diabète :</p> <p>-"The food is a problem because my husband is not used to eating what I eat. He eats how I used to eat and it's all junk food. He does not eat healthy foods. He eats other things, and it is difficult to make separate food for him, for my daughter, and me. He eats his own food, and my daughter eats her own food, and I eat healthy food". (female, 42 years old) (p. 8).</p>

		- "The other day my teenage daughter started teasing me at the store; she grabbed a chocolate bar and started waving it in my face saying "Look! Look!" to make me feel bad. So, I told her off. It's a lack of understanding..." (tearful female, 35 years old) (p. 8).
33.	Limites mentionnées par les auteurs	<p>Les chercheuses précisent les limites de l'étude. Elles soulignent le fait que les participants provenaient tous d'une seule clinique située dans une région rurale de la Caroline du Nord.</p> <p>De ce fait, les participants ne sont pas représentatifs des populations hispaniques des autres régions des Etats-Unis. Aussi, elles précisent que la grande majorité des participants proviennent du Mexique, il peut donc y avoir des différences avec les autres populations d'Amérique latine. Pour finir, elles expliquent que le nombre restreint de participants limite la possibilité de généralisation des résultats.</p>
34.	Limites observées	Les chercheuses n'ont conduit qu'un seul entretien par groupe, ce qui, en général, n'est pas suffisant pour s'assurer que de nouvelles idées n'apparaissent pas lors des échanges avec les participants (seuil de saturation).

10.11. Tableau de résumé Article n°5 – Hu et al.

Auteur, année, pays, titre	Hu, J., Amirehsani, K., Wallace, D. C., & Letvak S. (2013). USA. <i>Perceptions of barriers in managing diabetes: perspectives of Hispanic immigrant patients and family members.</i>			
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention	Résultats	Commentaires
<p>Devis Étude qualitative phénoménologique</p> <p>But Explorer les barrières à la gestion du diabète perçues par des personnes migrantes hispaniques aux USA atteintes de diabète de type 2, ainsi que par les membres de leur famille.</p>	<p>Nombre de participants 36 personnes migrantes hispaniques diabétiques et 37 membres de famille (n=73).</p> <p>Type d'échantillonnage Échantillonnage d'opportunité : les participants fréquentent la clinique où les chercheuses travaillent.</p> <p>Critères d'inclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être diabétique de type 2, - Provenir d'Amérique latine et résider aux USA, - Avoir plus de 18 ans. - Mêmes critères pour les membres de la famille, hormis pour le diagnostic de diabète de type 2. <p>Données démographiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - 75% de femmes, - 77,8% des participants proviennent du Mexique, - Âge moyen des personnes diabétiques est 50 ans, et 41 ans chez les membres de la famille, - Temps de résidence moyen aux USA de 15,1 ans. <p>Traitements prescrits 68,8% des personnes diabétiques prennent des antidiabétiques oraux et 21,9% effectuent des injections d'insuline.</p>	<p>Méthode Cinq focus groups semi-structurés comptant 7 à 16 personnes ont été réalisés en une unique occasion.</p> <p>Questions posées</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) " Quel est le plus grand obstacle auquel vous faites face dans la gestion de cette maladie ? " 2) " Qu'est ce qui est le plus difficile pour vous ? " 3) " Comment pouvez-vous aider ou supporter votre mari, femme, ou membre de la famille qui est atteint par le diabète ? " <p>Mesures effectuées Mesure de l'hémoglobine glyquée, de la tension et du BMI de chaque participant (patients et membres de la famille) avant les entretiens.</p>	<p>Thèmes évoqués</p> <p>1) La souffrance liée au diabète : Vivre avec le diabète constitue une souffrance physique et émotionnelle.</p> <p>2) La difficulté de la gestion du diabète :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) La difficulté ou la frustration liées au fait de prendre des traitements ou de s'injecter de l'insuline b) La difficulté à contrôler son alimentation c) La difficulté à faire de l'activité physique <p>3) Le manque de ressources et de soutien : Faire face à un manque de soutien de la part du système de santé américain et à un manque de ressources financières.</p> <p>a) Le manque de soutien de la part de la famille</p> <p>4) Nous pouvons les supporter et nous manquons de connaissances Ils se sentent concernés par la situation de santé de leur proche et peuvent le supporter en l'encourageant à manger sainement, à faire de l'exercice physique et en le soutenant moralement, mais ils expliquent qu'ils manquent de connaissances concernant cette maladie.</p>	<p>Limites mentionnées par les chercheuses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Provenance des participants d'une seule clinique rurale de Caroline du Nord, donc pas de représentation des populations hispaniques des autres régions. - La majorité des participants proviennent du Mexique. Il peut y avoir des différences avec les autres populations d'Amérique latine. - Le nombre restreint de participants limite la généralisation des résultats. <p>Limites perçues</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduite d'un seul entretien par groupe, donc insuffisant pour s'assurer que de nouvelles idées n'apparaissent pas dans les verbatims des participants (seuil de saturation).

10.12. Grille COREQ Article n°6 – Cha et al.

N°	Item	
	Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	
	Caractéristiques personnelles	
1. 2. 3.	Enquêteur/ animateur, titres académiques, activité des chercheurs.	<p>Eun Seok Cha, PhD, MPH, MSN, RN, Professeure assistante à l'École d'infirmières Nell Hodgson Woodruff de l'Université Emory.</p> <p>Kyeongra Yang, PhD, MPH, RN, Professeure assistante à l'École d'infirmières de l'Université de Pittsburgh.</p> <p>Jia Lee, MSN, RN, Infirmière de santé publique spécialisée, Services médicaux pour enfants, District 2 Public Health, Géorgie du Nord.</p> <p>Jiwon Min, BSN, RN, Université Emory, École d'infirmières Nell Hodgson Woodruff.</p> <p>Kevin H. Kim, PhD, Professeur associé à l'École d'éducation de l'Université de Pittsburgh.</p> <p>Sandra B. Dunbar, DSN, RN, FAAN, Professeure à l'École d'infirmières Nell Hodgson Woodruff de l'Université Emory.</p> <p>Bonnie Mowinski Jennings, PhD, RN, FAAN, Professeure à l'École d'infirmières Nell Hodgson Woodruff de l'Université Emory.</p>
4.	Genre	L'équipe de chercheurs comprend un homme et six femmes.
5.	Expérience et formation	<p>Le texte ne mentionne pas plus d'informations sur l'expérience et la formation des chercheurs.</p> <p>Les enquêteurs ont cependant une bonne compréhension de la culture et de la langue coréennes.</p> <p>Le chercheur principal et un étudiant bilingue formé à la maîtrise en sciences infirmières ont mené les entrevues. Ils possédaient une expérience préalable de la conduite d'entrevues semi-structurées, y compris pour ce qui est d'entrevues avec des immigrants coréens.</p>
	Relations avec les patients	
6.	Relation antérieure	L'étude ne précise pas si les chercheurs et les participants se connaissaient avant l'expérience.
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Les participants ont reçu des informations sur l'étude et un formulaire de consentement. Avant l'entrevue, ils ont examiné ce formulaire accompagnés d'un intervieweur bilingue afin que leur consentement libre et éclairé soit établi.
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Les chercheurs n'évoquent pas de biais particulier. Ils mentionnent avoir obtenu l'approbation du comité d'éthique pour mener leur recherche.
	Domaine 2 : Conception de l'étude	

	Cadre théorique	
9.	Orientation méthodologique et théorique	Il s'agit d'une étude qualitative phénoménologique. Les chercheurs ont choisi ce type d'étude, car il est le plus adapté pour saisir au mieux les perceptions des participants sur une problématique de santé. Le but est d'explorer les facteurs potentiels affectant les comportements d'autogestion chez les immigrants coréens atteints de diabète sucré de type 2.
	Sélection des participants	
10.	Echantillonnage	Les critères d'inclusion nécessitent que les participants soient des personnes migrantes de première génération, d'origine coréenne et résidant aux États-Unis. Ils doivent également : (a) être âgés d'au moins 18 ans ; (b) être diagnostiqués d'un diabète de type 2 ; (c) être capables de lire, d'écrire et de parler en coréen ou en anglais.
11.	Prise de contact	Le recrutement s'est effectué par le biais de dépliants disposés sur les tableaux d'affichage des communautés ethniques ainsi que dans des lieux publics tels que des cliniques, des églises et des magasins. Les participants potentiels ont été orientés par des médecins ethniques, des responsables Laïcs ou bien par d'autres participants.
12. 13.	Taille de l'échantillon Non-participation	Les personnes étaient exclues de l'étude si d'autres maladies nécessitant un régime alimentaire et des exercices physiques supervisés par un médecin avaient été diagnostiquées chez elles, si elles accusaient une déficience auditive ou verbale malgré l'utilisation d'aides ou si elles étaient enceintes. Au total, 25 personnes ont contacté le personnel de l'étude au sujet d'une éventuelle participation. Parmi celles-ci, 5 avaient des problèmes qui les empêchaient de participer à l'étude (3 vivaient en dehors de l'État et n'ont pas pu se rendre à un entretien en face-à-face, un autre a exprimé des réserves quant au fait d'être interviewé et le dernier était en dialyse). Nombre de personnes retenues : 20
	Contexte	
14.	Cadre de la collecte de données	Les entretiens en présentiel se sont déroulés dans des lieux et à des heures établis d'un commun accord (par exemple, le domicile ou le lieu de travail du participant, le bureau des chercheurs ou bien un lieu communautaire).
15.	Présence de non-participants	Sept épouses venues accompagner leurs maris étaient présentes lors de leurs entretiens.
16.	Description de l'échantillon	L'âge moyen de l'échantillon est de 64,5 ans et il comporte 9 hommes et 11 femmes. Parmi eux, 7 hommes étaient accompagnés de leurs épouses, alors que le reste des participants sont venus seuls (2 hommes et les 11 femmes). Les participants ont été recrutés dans la métropole d'Atlanta.
	Recueil des données	
17.	Guide d'entretien	Les entretiens sont basés sur un guide d'entretien élaboré à partir d'une revue de la littérature et des travaux des Drs. Dunbar et Yang :

		<p>Des informations sur l'âge, le sexe, les années de scolarité, le revenu actuel et l'assurance maladie des participants ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire sociodémographique autodéclaré.</p> <p>Leur niveau d'acculturation a été évalué sur la base d'une mesure de substitution comprenant la durée de résidence aux États-Unis, le niveau de formation atteint aux États-Unis et la maîtrise orale et écrite des langues anglaise et coréenne.</p> <p>Les compétences linguistiques ont été évaluées à l'aide d'une échelle allant de 0 (Pas compétent) à 10 (Très compétent), par laquelle les participants se sont eux-mêmes notés pour les deux langues.</p> <p>Des informations sur leur diabète ont été recueillies, notamment la durée depuis le diagnostic, la période pendant laquelle les participants avaient pris des médicaments oraux contre le diabète ou de l'insuline et toute complication liée au diabète.</p>
18.	Entretiens répétés	Un seul entretien par personne a été effectué.
19.	Enregistrement audio / visuel	Chaque entretien a été audio enregistré.
20.	Cahier de terrain	<p>L'analyse des données a été réalisée en deux étapes :</p> <p>Les entretiens ont été retranscrits en Coréen et vérifiés par trois chercheurs bilingues.</p> <p>Un chercheur qualitatif expérimenté a ensuite participé à l'analyse pour affiner les résultats afin de pouvoir les présenter à un public anglophone tout en restant fidèle aux données et en préservant les nuances des significations coréennes.</p>
21.	Durée	Des entretiens semi-structurés en coréen et d'une durée de 45 à 60 minutes ont été menés avec les 20 participants.
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation n'a pas explicitement été abordé. De plus, les chercheurs n'ont conduit qu'un seul entretien par personne.
23.	Retour des retranscriptions	Un compte rendu a été organisé avec les participants après l'entrevue pour vérifier la validité et l'exactitude des thématiques identifiés pendant l'entrevue.
	Domaine 3 : Analyse et résultats	
	Analyse des données	
24.	Nombre de personnes codant les données	Cinq personnes ont codé les données :
25.	Description de l'arbre de codage	<p>Un auteur a relu chaque transcription pour vérifier leur exactitude,</p> <p>Trois chercheurs bilingues ont analysé les données en coréen,</p> <p>Un chercheur qualitatif expérimenté a affiné les résultats pour les présenter à un public anglophone tout en restant fidèle aux données et en préservant les significations coréennes nuancées.</p>
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes ont été déterminés en fonction des réponses principales relevées chez tous les participants lors des entretiens semi-structurés.

27.	Logiciel	L'utilisation d'un logiciel n'est pas explicitée dans l'article.
28.	Vérification par les participants	La vérification des résultats par les participants n'est pas mentionnée dans l'article.
	Rédaction	
29.	Citations présentées	Des citations des participants sont utilisées pour illustrer la plupart des thèmes.
30.	Cohérence des données et des résultats	<p>Il est dit dans l'introduction que les chercheurs ont découvert, entre autres, que les personnes migrantes asiatiques résidant aux USA deviennent moins actives physiquement et subissent des changements alimentaires pendant l'acculturation, ce qui augmente leur risque de développer un diabète de type 2. La prévalence du diabète chez les Américains d'origine asiatique serait de 60% plus élevée que chez les Blancs non hispaniques, même après contrôle de l'indice de masse corporelle (IMC). Une mauvaise gestion du diabète est également fréquemment signalée chez cette population.</p> <p>L'éducation à l'autogestion du diabète est recommandée comme moyen pour améliorer les connaissances et les compétences des patients diabétiques. Cependant, les Américains d'origine asiatique n'en tirent souvent pas pleinement profit en raison des barrières linguistiques et culturelles.</p> <p>Les données sont cohérentes avec les résultats car ceux-ci reprennent ces thèmes et ont été approfondis.</p>
31.	Clarté des thèmes principaux	<p>Les thèmes principaux sont clairement énoncés et sont les suivants :</p> <p>1) Le plan de soin 2) Les ressources et obstacles à la gestion de leur diabète 3) La relation soignant / patient</p>
32.	Clarté des thèmes secondaires	<p>1a) Gérer les médicaments à ma façon Les Coréens perçoivent la santé comme le fait de n'avoir aucun symptôme, aucune maladie diagnostiquée, aucun médicament prescrit et aucun besoin de consulter un médecin régulièrement. Concernant le diabète, certains participants hésitent donc à prendre leur traitement. Une habitude courante qui a été remarquée durant les entretiens est l'auto-soin. Ce comportement peut résulter de la perception selon laquelle le fait de consulter un médecin ou de prendre des médicaments prescrits implique une mauvaise santé ou reflète une mauvaise connaissance du diabète.</p> <p>L'hyperglycémie a été identifiée comme une condition sans conséquences désastreuses. En revanche, l'hypoglycémie est décrite par les participants comme une expérience de mort imminente. Pour éviter ou réduire les épisodes d'hypoglycémie, certains participants ont modifié leurs doses de médicaments et leurs horaires de prise. Selon les participants, l'insuline est liée au dernier stade de la maladie. Elle peut être un facteur déclencheur pour améliorer l'autogestion ou au contraire diminuer les bonnes habitudes car elle permet de se rapprocher plus facilement des normes. "I rarely experience diabetes symptoms so I am in a dilemma about whether I should keep taking my [prescribed] medication." (Female participant 55 year old) (p.5)</p> <p>1b) La difficulté à suivre les recommandations diététiques Selon les participants, suivre les recommandations diététiques pour le diabète est difficile. Certains participants relèvent les habitudes culturelles comme étant un obstacle au respect des recommandations diététiques. Parmi ces habitudes, le fait que les croyances culturelles sur les "bons" et les "mauvais" aliments ne soient pas cohérentes par rapport aux recommandations diététiques de leur pays d'accueil perturbe les participants. En effet, en Corée, les aliments onéreux que peuvent se permettre les personnes ayant plus de moyens financiers, comme la viande rouge, la volaille et le riz blanc cuit à la vapeur, sont considérés comme les "bons" aliments. Les aliments peu coûteux comme le riz complet et</p>

les légumes sont donc considérés comme les “mauvais” aliments, ce qui contraste avec les recommandations alimentaires aux Etats-Unis. En effet, ces dernières recommandent de consommer des aliments riches en fibres (comme les légumes) en grande quantité et de manger des aliments pauvres en graisses et en calories, ce qui n’est pas le cas de la viande rouge par exemple.

Ils expliquent également qu’ils trouvent difficilement des aliments qui conviennent à leurs préférences alimentaires dans leur pays d’accueil. Un autre obstacle à la gestion du diabète pour les participants de cette étude se trouve dans la perte de plaisir lors des repas. Manger procure pour ces personnes une certaine satisfaction au quotidien : “ the joy of living was gone after I knew [that I had diabetes] since I can’t enjoy all the delicious [“good”] food anymore ” (p. 6).

Les rôles traditionnels et familiaux ont également une place importante dans le respect des recommandations diététiques :

- Pour les hommes coréens (c’est-à-dire les maris), suivre un régime alimentaire à la maison n’était pas un problème car « ma femme le prépare pour moi ». Étant donné que les aliments ne sont pas ceux que préfère la famille,
- Pour les femmes coréennes (c’est-à-dire les épouses), elles expriment de la culpabilité liée au fait de servir des repas sur la base des recommandations parce que leurs familles n’étaient pas satisfaites de ces repas. Lorsque les femmes ont connu des tensions et des conflits entre les anciennes et les nouvelles habitudes alimentaires, elles ont suivi le chemin du sacrifice pour leur famille et ont succombé à la tentation de suivre des recettes traditionnelles préférées par celle-ci.

Les participants craignent également de se faire remarquer lors d’invitations à des repas chez d’autres personnes coréennes. De nombreux aliments riches en sucre et en graisses y sont servis et culturellement, il est bien vu de manger en grande quantité pour montrer sa gratitude à l’hôte pour son invitation. Certains participants se sentent donc humiliés à l’idée de devoir dire qu’ils ne peuvent pas manger à cause de leur maladie et ne veulent pas attirer l’attention ou refusent que l’hôte prépare des aliments spécifiquement pour eux. Ainsi, certains cèdent à la tentation et mangent le repas sans rien dire et d’autres évitent tout simplement de se rendre aux repas lorsqu’ils sont invités. Ce dernier élément provoque de surcroît un isolement social qui ne favorise pas la bonne gestion de leur diabète.

2a) Le manque de temps et les engagements liés à la communauté

Les jeunes participants ont cité le manque de temps comme un obstacle majeur à l’activité physique.

Une fois que les enfants ont grandi ou que les travailleurs ont pris leur retraite, le temps devient une ressource plus abondante, offrant aux individus plus de possibilités pour rester physiquement actifs.

2b) L’assurance maladie

Une femme de 70 ans qui souffrait également d’une maladie cardiovasculaire a déclaré qu’elle avait appris qu’elle « était diabétique il y a vingt ans » (p.8), mais qu’elle a ignoré sa condition pour diverses raisons, notamment liées à l’« argent ». « Once “Medicare started paying for my pills” she took her medication regularly. » (p.8)

Les jeunes coréens ne trouveraient pas pertinent de souscrire à une assurance maladie aux Etats-Unis car ils ne se sentent pas concernés par la maladie et ne connaissent pas bien le système de santé américain, qui diffère de celui en Corée. Lorsque le diagnostic tombe, les participants n’ont souvent pas encore eu l’occasion d’obtenir une couverture d’assurance adaptée, car leurs revenus sont modestes. La plupart des défis liés à l’assurance maladie ont été exprimés par des participants qui avaient un diabète mal contrôlé plutôt que par ceux dont le diabète était contrôlé. Ces participants ont souvent besoin d’une thérapie pharmacologique avancée (par l’exemple, l’insuline) et d’une surveillance sanguine plus fréquente, en plus de devoir gérer d’autres maladies. Ces

		<p>personnes ont cependant hésité à suivre l'insulinothérapie recommandée jusqu'à ce qu'elles deviennent bénéficiaires de Medicare. L'éligibilité à Medicare fut un tournant qui a modifié les comportements et états d'esprits des participants, car les options de traitement à un coût abordable se sont considérablement développées. Cependant, cela a également conduit à une fausse croyance qui est que l'insuline serait un meilleur traitement (y compris pour les hypoglycémies) que les autres mesures d'autogestion du diabète.</p> <p>2c) Les moyens de transport L'accès limité aux moyens de transport est un obstacle à l'accès aux soins. En effet, certaines participantes n'ont jamais appris à conduire et d'autres ne peuvent plus conduire à cause de troubles liés au vieillissement. Certains ont dû opter pour un médecin généraliste à la place d'un spécialiste, car la clinique en question proposait un moyen de transport. Ils expliquent que les difficultés d'accès aux transports diminuent drastiquement la possibilité d'aller à l'hôpital ou chez un prestataire de soins.</p> <p>3a) Le désir de devenir un partenaire de soin Les participants entretiennent une croyance selon laquelle les médecins généralistes américains auraient des compétences supérieures par rapport à leurs homologues coréens.</p> <p>Cependant, les participants veulent avant tout devenir les partenaires des soignants dans la gestion de leur diabète. Les médecins américains sont perçus comme étant plus sympathiques et prêts à leur expliquer leur état de santé par rapport aux médecins coréens, car en Corée la norme culturelle est de ne pas échanger avec le médecin. « "I would better manage my diabetes if doctors provide detailed information". Man 68 year old ». (p. 9)</p> <p>3b) Le désir d'être vu par un spécialiste Selon les participants, la majorité des médecins coréens ne sont pas spécialistes du diabète et ne savent parfois pas répondre à certaines questions. Ceci peut être dû aux différences culturelles d'un pays à l'autre (comme pour l'alimentation) et appauvrit ainsi les propositions d'alternatives. Si les différences culturelles sont trop grandes, la communication peut également être entravée et la réponse peut ne pas être celle espérée. C'est pourquoi la plupart des participants estiment en savoir plus sur leur maladie que le médecin coréen généraliste.</p> <p>Lorsqu'ils ont besoin d'un avis médical, ils se tournent vers leur réseau personnel ou vers la médecine traditionnelle orientale. Les médias de masse tels que les journaux ethniques, la télévision ethnique ou les livres coréens sont des sources fréquemment citées pour obtenir des informations sur le diabète qu'ils souhaitaient recevoir de leurs médecins.</p>
33.	Limites mentionnées par les auteurs	Les entretiens n'auraient pas été traduits de manière, car certaines expressions coréennes n'avaient pas d'équivalent en anglais.
34.	Limites observées	Chaque participant n'ayant été reçu que lors d'un seul entretien, les chercheurs ne peuvent pas savoir si de nouvelles idées auraient pu émerger lors d'entrevues ultérieures (seuil de saturation).

10.13. Tableau de résumé Article n°6 – Cha et al.

<u>Auteur, année, pays, titre</u>		Cha, E. S., Yang, K., Lee, J., Min, J., Kim, K. H., Dunbar, S. B., & Bonnie Mowinski J. (2013). USA. <i>Understanding Cultural Issues in Diabetes Self-Management Behaviors of Korean Immigrants.</i>		
<u>Devis et objectif</u>	<u>Population</u>	<u>Méthode/ intervention</u>	<u>Résultats</u>	<u>Commentaires</u>
<p>Devis Étude qualitative phénoménologique</p> <p>But Explorer les facteurs potentiels affectant les comportements d'autogestion du diabète chez les immigrants coréens atteints de diabète de type 2.</p>	<p>Nombre de participants (n=20) participants</p> <p>Critères d'inclusion - Être une personne migrante coréenne aux USA, - Avoir au moins 18 ans, - Avoir reçu le diagnostic d'un diabète de type 2, - Être capable de lire, d'écrire et de parler en coréen ou en anglais.</p> <p>Données démographiques - Âge moyen des participants de 64,5 ans, 9 hommes et 11 femmes. - Temps moyen de résidence aux USA : 23,6 ans</p> <p>Présence de sept hommes avec leurs épouses, deux hommes sans épouse et onze femmes venues seules. Les participants ont été recrutés dans la métropole d'Atlanta.</p>	<p>Méthode Les entretiens sont basés sur un guide d'entrevue élaboré à partir d'une revue de la littérature et du travail des Drs. Dunbar et Yang.</p> <p>Informations recueillies Des informations sur l'âge, le sexe, la scolarité, le revenu actuel et l'assurance maladie ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>Le niveau d'acculturation a été évalué sur la base d'une mesure de substitution qui comprenait la durée de résidence aux États-Unis, la formation aux États-Unis et la maîtrise orale et écrite des langues coréenne et anglaise.</p> <p>Les compétences linguistiques ont été évaluées à l'aide d'une échelle allant de 0 [Pas compétent] à 10 [Très compétent] par laquelle les participants se sont auto-évalués.</p> <p>Des informations sur leur diabète ont été recueillies, notamment la date du diagnostic, la période pendant laquelle les participants ont pris des antidiabétiques oraux ou de l'insuline et la présence de complications liées au diabète.</p>	<p>Thèmes principaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1) Le plan de soin • 2) Les ressources et obstacles à la gestion de leur diabète • 3) La relation soignant-patient <p>Sous-thèmes Ces trois thèmes sont développés à travers sept sous-thèmes clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1a) Gérer les médicaments à ma façon • 1b) La difficulté à suivre les recommandations diététiques • 2a) Le manque de temps et les engagements liés à la communauté • 2b) L'assurance maladie • 2c) Les moyens de transport • 3a) Le désir de devenir un partenaire de soin • 3b) Le désir d'être vu par un spécialiste 	<p>Limites perçues par les chercheurs Les entretiens ne sont pas traduits de manière exacte, car certaines expressions coréennes n'avaient pas d'équivalent en anglais.</p> <p>Limites observées Chaque participant n'ayant été reçu qu'une fois, les chercheurs ne peuvent pas savoir si de nouvelles idées auraient pu émerger lors d'entrevues ultérieures (seuil de saturation).</p>

10.14. Grille COREQ Article n°7 – Chun et al.

N°	Item	
	Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	
	Caractéristiques personnelles	
1. 2. 3.	Enquêteur/ animateur, titres académiques et activité des chercheurs.	<p>Kevin M. Chun, (titre et activité inconnus) Université de San Francisco, Département de psychologie</p> <p>Catherine A. Chesla, (titre et activité inconnus) Université de Californie, San Francisco</p> <p>Christine M.L. Kwan (titre et activité inconnus) Université de Californie, San Francisco</p>
4.	Genre	L'équipe de chercheurs comprend un homme et deux femmes.
5.	Expérience et formation	<p>Il s'agit d'une équipe multiculturelle et multidisciplinaire composée de deux infirmières et d'un psychologue, deux d'entre eux étant sino-américains et l'autre américaine d'origine européenne.</p> <p>Certains des enquêteurs sont bilingues et ont pu traduire les enregistrements du cantonais à l'anglais.</p>
	Relations avec les patients	
6.	Relation antérieure	Il n'est pas mentionné si les chercheurs et les participants se connaissaient avant les entretiens.
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	L'étude ne précise pas les connaissances des participants à propos des enquêteurs.
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	L'étude ne mentionne pas les caractéristiques des chercheurs. Les enquêteurs indiquent avoir obtenu l'approbation du comité d'éthique pour mener cette recherche.
	Domaine 2 : Conception de l'étude	
	Cadre théorique	
9.	Orientation méthodologique et théorique	Plusieurs études parues auparavant sur le thème de l'immigration et de la gestion du diabète convergent sur le fait que l'acculturation est liée à une mauvaise gestion du diabète. Cependant, ces études n'explorent pas les différentes facettes multidimensionnelles de cette autogestion et ne décrivent pas le vécu des participants. C'est pourquoi les chercheurs ont voulu étudier précisément la manière dont l'acculturation des émigrants chinois impacte positivement ou négativement l'autogestion de leur diabète et de leur santé.
	Sélection des participants	
10.	Echantillonnage	<p>Les critères d'inclusion étaient les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir reçu un diagnostic de diabète de type 2 depuis au moins un an

		<ul style="list-style-type: none"> • Avoir entre 35 et 75 ans • Être marié depuis au moins 1 an • S'auto-identifier comme sino-américain ou chinois • Être immigré aux États-Unis depuis la Chine continentale ou Hong Kong • Avoir un conjoint acceptant de participer. <p>Les critères d'exclusion pour les patients incluait les complications majeures liées au diabète (rétinopathie proliférante, accident vasculaire cérébral ou infarctus du myocarde au cours des 12 derniers mois, insuffisance rénale ou amputations).</p>
11.	Prise de contact	Les participants ont été recrutés dans des cliniques communautaires, dans des organisations de services communautaires et via des avis publics dans la région de San Francisco en Californie.
12.	Taille de l'échantillon	L'étude comprend 20 couples (40 personnes issues de l'immigration) dont au moins un membre avait reçu le diagnostic d'un diabète de type 2.
13.	Non-participation	Un groupe supplémentaire composé de 19 personnes ayant les mêmes caractéristiques a lu et confirmé ce qui a été dit par le premier (13 patients atteints de diabète de type 2 et 6 conjoints = 16 familles distinctes).
	Contexte	
14.	Cadre de la collecte de données	Le cadre de la collecte de données n'est pas spécifié. La seule information dont nous disposons est qu'elle a été faite à San Francisco en Californie.
15.	Présence de non-participants	La présence de non-participants n'est pas précisée.
16.	Description de l'échantillon	<p>1) Le premier groupe comprend 20 couples de migrants d'origine chinoise vivant aux États-Unis et pour lesquels au moins un membre de chaque couple a reçu un diagnostic de diabète de type 2.</p> <p>Tous les participants parlent cantonais et résident aux États-Unis depuis 14,7 ans en moyenne. Ils viennent de Chine continentale (55%) ou de Hong Kong (45%). En moyenne, ils sont âgés de 62 ans et déclarent avoir été scolarisés pendant 11,7 années. 43% des participants ont un emploi et 55% ont un revenu familial moyen de 20 000 \$ ou moins par année.</p> <p>Les couples sont tous mariés depuis au moins 34 ans.</p> <p>Les participants ayant reçu un diagnostic de diabète de type 2 sont des hommes à 40% et ont été diagnostiqués depuis 8,4 ans en moyenne. Pour traiter leur diabète, 1 des participants pratique uniquement un régime et de l'exercice physique, 17 d'entre eux prennent des médicaments oraux et 2 prennent de l'insuline. Leur hémoglobine glyquée moyenne est de 6,93.</p> <p>2) Le deuxième groupe comprend 19 personnes (13 patients atteints de diabète de type 2 et 6 conjoints = 16 familles distinctes). Ils parlent cantonais, résident aux États-Unis depuis 11,8 ans en moyenne et viennent de Chine continentale (46%) ou de Hong Kong (54%). En moyenne, ils sont âgés de 60 ans, déclarent avoir été scolarisés 10,9 années et sont mariés depuis au moins 32 ans. 32% d'entre eux ont un emploi et 83% ont un revenu familial moyen de 20 000 \$ ou moins par année. Les participants atteints de diabète de type 2 sont à 54% de sexe masculin et ont été diagnostiqués depuis une moyenne de 6,2 ans. Tous ont été traités avec des</p>

		médicaments oraux pour le diabète. L'hémoglobine A1c n'a pas été collectée pour ce groupe.
	Recueil des données	
17.	Guide d'entretien	<p>Les entretiens étaient centrés sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La compréhension de la maladie, • Les perceptions des soins du diabète, • Les expériences d'acculturation, • Les récits concrets positifs, négatifs et mémorables liés aux soins du diabète. <p>Ils ont été menés en cantonnais.</p>
18.	Entretiens répétés	Six entrevues semi-structurées ont eu lieu avec les 20 couples du premier groupe. Il y a eu 2 entretiens par couples. Puis 2 entretiens de groupe avec les personnes atteintes de diabète de type 2 d'un côté et d'un autre côté 2 entretiens de groupe avec les conjoints.
19.	Enregistrement audio/ visuel	Les entretiens ont été audio enregistrés.
20.	Cahier de terrain	Les chercheurs ont pris des notes durant les entretiens. Ces notes ont servi à l'analyse holistique des expériences d'acculturation de chaque couple.
21.	Durée	Cette étude d'interprétation comparative a été menée de 2005 à 2008. La durée de chaque entretien n'a pas été précisée.
22.	Seuil de saturation	Ce dernier n'est pas explicité dans le texte. Les chercheurs ont conduit chaque entretien qu'une seule fois.
23.	Retour des retranscriptions	L'étude ne mentionne pas si des retours des participants ont été recueillis.
	Domaine 3 : Analyse et résultats	
	Analyse des données	
24.	Nombre de personnes codant les données	Le nombre de personnes n'est pas mentionné, mais l'étude indique qu'un groupe multiculturel et pluridisciplinaire a codé les données.
25.	Description de l'arbre de codage	L'arbre de codage est décrit distinctement dans le texte et est séparé entre « acculturation positive » et « acculturation négative » dans le logiciel.
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes ont été déterminés à partir des 6 entretiens explorant les expériences d'acculturation qui affectent la gestion du diabète de type 2 et de la santé.
27.	Logiciel	Le logiciel utilisé est Atlas-ti.
28.	Vérification par les participants	Les données ont été vérifiées par un autre groupe présentant les mêmes caractéristiques de sélection que le premier. Ceux-ci ont bien confirmé que ce qui a été dit correspondait aussi à leur vision et expérience personnelle en lien avec l'immigration et le diabète.
	Rédaction	
29.	Citations présentées	Des citations des participants sont utilisées pour illustrer les thèmes. Les participants sont numérotés et se voient attribuer d'une lettre (P = patients, S = épouses/conjoints) pour conserver leur anonymat.

30.	Cohérence des données et des résultats	<p>Le deuxième groupe (N=19) a été séparé en 2 sous-groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients • Conjoints <p>Les deux entrevues ont duré 2 heures. Le but était d'examiner les thèmes présentés dans le manuscrit retranscrivant les entretiens du premier groupe pour en vérifier la pertinence et pour ajouter des variations personnelles (leur nature n'est pas précisée).</p>
31.	Clarté des thèmes principaux	<p>Les thèmes principaux sont clairement énoncés et sont les suivants :</p> <p>1) l'utilisation des soins de santé, 2) le maintien des relations et des rôles familiaux, 3) l'établissement de liens communautaires et d'un ancrage aux États-Unis.</p> <p>Ils sont développés à travers les thèmes secondaires.</p>
32.	Clarté des thèmes secondaires	<p>Les thèmes secondaires développent les thèmes principaux précédemment cités (les participants sont numérotés et se voient attribuer d'une lettre en fonction de la catégorie à laquelle ils appartiennent, P= patients, S = épouses/conjoints) :</p> <p>1a) Faire face aux barrières linguistiques dans les soins de santé Les participants ont une faible maîtrise de l'anglais. Cela influence leur accès au système de santé et a pour conséquence d'inhiber leur communication avec les prestataires de soins de santé et de compliquer l'accomplissement des tâches plus banales, telles que la prise de rendez-vous ou l'achat de matériel nécessaire à la gestion du diabète en pharmacie. Par conséquent, l'autogestion quotidienne du diabète devient une source de stress et d'anxiété pour eux. La barrière de la langue nuit également à leur sentiment d'auto-efficacité dans la gestion de leur santé et de leur bien-être en général. Mme S1 (55 ans) : "...for my husband and myself, it's equivalent to being crippled, dumb, and blind. It's really miserable!...When I first came here, I cried all the time....it was <i>really, really</i> difficult..." (p. 5)</p> <p>1b) Accès à des services de soins de santé adaptés à la culture Selon les participants, des conseils médicaux en cantonais et un soutien émotionnel de la part des prestataires de soins sont des caractéristiques indispensables à leur bonne autogestion du diabète. Mme P4 (59 ans) : "Ai ya, those interpreters talk very fast. La-de-da....then they left. Even if you want to...ask a few questions, you can't... That's why there's a lot we don't understand." (p. 6)</p> <p>1c) Faire face aux difficultés économiques et à une couverture d'assurance maladie insuffisante Selon les participants, les difficultés économiques augmentent leur stress lié à l'acculturation et compromettent leurs perceptions générales de leur santé.</p> <p>Les participants mettent également en avant le fait que ne pas pouvoir bénéficier d'une assurance maladie aux USA et, ainsi, d'une couverture financière suffisante est un obstacle à l'obtention de soins préventifs et curatifs de leur diabète. En effet, ils expliquent qu'avec à leur travail, ils ne gagnent pas assez d'argent pour se payer une assurance maladie qui permet de couvrir leurs besoins en termes de santé, mais gagnent "trop" d'argent pour pouvoir toucher les subventions pour les soins de la part du gouvernement. Par conséquent, ces derniers se sentent socialement marginalisés et constamment stressés par rapport à leur gestion du diabète. Mme P7 (70 ans) : "...I didn't know if my blood sugar was high or not...I didn't have medical insurance...I wasn't on any medication." (p. 7)</p>

1d) Évaluation de la qualité des soins du diabète aux États-Unis

Selon les participants chinois continentaux les informations de santé concernant le diabète sont plus complètes et plus précises aux États-Unis qu'en Chine. Certains disent que les explications des médecins américains sont plus complètes et précises que celles des médecins chinois continentaux.

La perception positive des soins du diabète aux États-Unis a eu des effets directs et bénéfiques sur leur connaissance du diabète et sur leur autogestion.

Ils mentionnent également que les médecins américains étaient plus attentifs à leurs besoins en matière de soins de santé, plus aimables et attentionnés et moins préoccupés par les gains monétaires.

Mme P9 (51 ans) : "When I was in mainland China, my knowledge of diabetes was inadequate....I didn't even think about diabetes, how it developed...To safeguard health, government health officials said that one should eat until feeling full, and to not catch a cold...that was about it...I thought that eating meat was nutritious....Now I know that...red meat is not beneficial, white meat is beneficial. Before in mainland China, nobody talked about red versus white meat...sometimes I ate day and night...at my upper limit...I didn't buy a lot of green vegetables...Vegetables are now my main staple instead of meats...I've turned this concept upside down." (p. 7)

2a) Faire face à la séparation des membres de la famille à l'étranger

Pour certains participants, la séparation avec les membres de leur famille vivant à l'étranger favorise l'isolement social, le sentiment de solitude et les symptômes dépressifs, compromettant ainsi la gestion de leur diabète et leur perception de leur santé.

Certains mentionnent une pression de la part de leur famille restée dans leur pays d'origine. En effet, ces parents pensent que leurs conditions de vie aux États-Unis leur ont permis d'acquérir une grande richesse et réclament de l'aide financière.

D'autres participants rapportent des réponses neutres ou positives face à la séparation de la famille. Quelques participants expliquent que leur gestion du diabète et leur perception de leur état de santé ne sont pas affectés par la séparation de leur famille parce qu'ils avaient déjà des interactions familiales limitées dans leur pays d'origine.

Quelques participants font état de réactions positives à la séparation de leur famille, car cela les soulage des obligations familiales pressantes, ce qui se traduit par moins de stress et plus de temps pour gérer leur diabète.

M. P12 (54 ans) : "...family conflict, a lot of people have this...especially Asian families, after they immigrate over here...the average person in China believes that when people come here, they do a lot better and earn a lot of money...consequently, they feel that you're obligated to help them.... But sometimes a person doesn't necessarily make that much money, and can't help them even if he wanted to. Then they get mad at you..." (p. 8)

2b) Maintenir la piété filiale et le respect des anciens

Les immigrants âgés sont particulièrement inquiets de la perte de ces valeurs culturelles et expriment un profond mécontentement à l'égard de la jeunesse chinoise très acculturée, née aux États-Unis.

Les participants craignent de perdre le soutien de leur famille lorsqu'ils sont confrontés à des complications du diabète et à des problèmes de santé anticipés liés à l'âge.

Collectivement, ils expriment à la fois de la détresse et de la résignation à propos de la jeunesse sino-américaine qui ne présente pas de piété filiale et du fait de devoir être autosuffisants dans la gestion de leur diabète à mesure qu'ils vieillissent et deviennent plus fragiles.

M. P14 (75 ans) : "...our generation, the ones who immigrated from Hong Kong, Taiwan, or Mainland China, have more of feelings of kinship....the American-born girls and boys... don't have it." (p. 9)

2c) Remplir les obligations et les attentes du rôle familial aux États-Unis

Pour certains couples, les rôles traditionnels des genres ont changé, sont devenus moins saillants voire se sont inversés. Les maris se sont retrouvés au chômage ou ne pouvaient plus être les seuls pourvoyeurs financiers du ménage. Les épouses ont cherché de nouvelles opportunités éducatives ou un emploi à l'extérieur de la maison, ont assumé de plus grandes responsabilités familiales et financières et ont acquis une plus grande indépendance. Par conséquent, les changements dans les rôles, les responsabilités et le pouvoir conjugués traditionnels ont provoqué des conflits et ont influencé la collaboration des époux dans la gestion du diabète.

Néanmoins, les inversions de rôles entre les genres n'ont pas systématiquement provoqué des conflits conjugaux et des problèmes de gestion du diabète pour tous les participants. Un patient de sexe masculin exprime son soulagement et son appréciation pour le nouveau rôle de sa femme en tant que principal salarié du ménage, car cela lui a permis de profiter de sa retraite et de s'occuper de son diabète et de sa santé en général.

Mme P18 (60 ans) : "...A few years ago, I went to school. My husband never encouraged me to go to school. So before I went to school, I had to cook dinner and make food for him to eat. After school, I washed the dishes for him. That's how I did it so it wouldn't affect him. I never affect my family with my private business. In regard to household chores...my husband doesn't help me out so I do everything myself...it affects my emotional stability. You have to do all this work yourself and there's no one to help you ..." (p. 10)

3a) Déménagement dans des quartiers d'apparence ethnique

Les participants font état de liens communautaires solides et d'un ancrage lors de leur relocalisation dans des quartiers ethniquement adaptés comme le Chinatown de San Francisco, car cela leur a permis de diminuer les facteurs de stress linguistiques, de se sentir à l'aise et chez eux et de s'adapter progressivement à la culture américaine.

D'autres participants ne ressentaient pas ce besoin et ne s'identifiaient pas à ce genre d'endroit, ce qui augmente leur stress et contribue à des perceptions négatives sur leur santé.

M. P22 (70 ans) : "We don't have any big problems...there are a lot of Chinese here...People can help and communicate with each other....So we adapt step by step...It's as if I'm in my home country and village....The foods we eat, the living customs are more or less the same..." (p. 11)

3b) Faire face à l'incohérence de statut socioprofessionnel

La faiblesse des liens communautaires et des ancrages est également associée à des expériences d'incohérence de statut ou de perte de statut socioprofessionnel et de prestige aux États-Unis, ce qui provoque un stress acculturatif considérable et une mauvaise perception du bien-être chez certains participants.

Mme S26 (66 ans) : "Many people have asked us, "Why did you come here? ... you were "people above everyone" [] and you came here to be third class citizens. That's the truth because we were doctors over there...people really respected us...But when you come here, no one knows who you are." (p. 11)

3c) Évaluation des environnements de travail et physiques aux États-Unis

Le sujet du travail est perçu comme positif par les participants. Ils évaluent positivement leur nouvel environnement de travail aux États-Unis. Les meilleures conditions de travail et la stabilité professionnelle leur permettent de mieux s'occuper de leur famille et de leur santé en pratiquant plus d'activité physique et

		<p>en faisant de la relaxation. La majorité des participants font également l'éloge de l'état de l'environnement aux États-Unis, louant la pureté de l'air, le climat doux et confortable, la verdure et les parcs, ainsi que la présence de moins de foules par rapport à la Chine. Ces opinions positives leur ont permis de renforcer leurs liens avec les États-Unis et leur ancrage dans ce pays, et ont confirmé leur décision de s'y installer.</p> <p>(Mr. S27 (58-years old) : "...my wife's job pressure was very high in Hong Kong. Pressure can really affect a person's emotional state....After she came here, the pressure wasn't as great...we have more time together...I walk with her in the park several times a week....she didn't even like to walk for half an hour in Hong Kong...she has a more cheerful disposition, she controls her diet better and she experiences less stress...This is much better for her illness. Her entire person, the color of her face and other things are much better..." (p. 12)</p>
33.	Limites mentionnées par les auteurs	Cette étude se focalise sur la population migrante chinoise de langue cantonaise. Les résultats ne peuvent donc pas être appliqués aux populations migrantes chinoises qui parlent le mandarin.
34.	Limites observées	Nous avons constaté que les questions qui ont été posées durant l'entretien ne figurent pas dans l'étude. Ceci compromet donc la reproductibilité de l'étude. De plus, l'étude ne comporte que peu, voire pas d'informations sur les enquêteurs.

10.15. Tableau de résumé Article n°7 – Chun et al.

<u>Auteur, année, pays, titre</u>		Chun, K. M., Chesla, C. A., & Kwan, C. M. L. (2012). USA. "So We Adapt Step by Step": Acculturation Experiences Affecting Diabetes Management and Perceived Health for Chinese American Immigrants.		
<u>Devis et objectif</u>	<u>Population</u>	<u>Méthode/ intervention</u>	<u>Résultats</u>	<u>Commentaires</u>
<p>Devis Étude qualitative phénoménologique comparative</p> <p>But Déterminer comment l'acculturation affecte la gestion du diabète de type 2 et la perception de leur santé des immigrants chinois aux États-Unis.</p>	<p>Participants (n = 59) participants.</p> <p>Données démographiques 1er groupe : 20 couples chinois nés à l'étranger dont au moins un membre est atteint de diabète de type 2.</p> <p>2ème groupe : 19 personnes (13 patients atteints de diabète de type 2 et 6 conjoints = 16 familles distinctes). - Temps de résidence moyen aux USA : 14,7 ans.</p> <p>Critères d'inclusion Les critères d'inclusion comprenaient un diagnostic de diabète depuis au moins un an, un âge entre 35 et 75 ans, le fait d'être mariés depuis au moins 1 an, de s'auto-identifier comme sino-américains ou chinois, d'être immigrés aux États-Unis depuis la Chine continentale ou Hong Kong et d'avoir un conjoint acceptant de participer.</p>	<p>Questions posées En lien avec la compréhension de la maladie, les perceptions des soins du diabète, les expériences d'acculturation, les récits concrets positifs, négatifs et mémorables liés aux soins du diabète.</p> <p>Méthode Six entrevues semi-structurées ont eu lieu avec 20 couples. Des focus groups ont été organisés avec les patients diabétiques d'un côté et les conjoints de l'autre (2 groupes dans chaque catégorie).</p>	<p>Thèmes principaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1) l'utilisation des soins de santé, • 2) le maintien des relations et des rôles familiaux, • 3) l'établissement de liens communautaires et d'un ancrage aux États-Unis. <p>Thèmes secondaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1a) Faire face aux barrières linguistiques dans les soins de santé, • 1b) Accès à des services de soins de santé adaptés à la culture, • 1c) Faire face aux difficultés économiques et à une couverture d'assurance maladie insuffisante, • 1d) Évaluation de la qualité des soins du diabète aux États-Unis, • 2a) Faire face à la séparation des membres de la famille à l'étranger, • 2b) Maintenir la piété filiale et le respect des anciens, • 2c) Remplir les obligations et les attentes du rôle familial aux États-Unis, • 3a) Déménagement dans des quartiers d'apparence ethnique, • 3b) Faire face à l'incohérence de statut socioprofessionnel, • 3c) Évaluation des environnements de travail et physiques aux États-Unis. 	<p>Limites perçues par les chercheurs Cette étude se focalise sur la population migrante chinoise de langue cantonaise. Les résultats ne peuvent donc pas être appliqués aux populations migrantes chinoises qui parlent le mandarin.</p> <p>Limites observées - Les questions qui ont été posées durant les entretiens ne figurent pas dans l'étude. Ceci compromet donc la reproductibilité de l'étude. - L'étude comprend très peu, voire pas d'information sur les enquêteurs.</p>

10.16. Grille COREQ Article n°8 – Leung et al.

N°	Item	
	Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	
	Caractéristiques personnelles	
1. 2. 3.	Enquêteur/ animateur, titres académiques et activité des chercheurs.	<p>Leung, A. Y. M., PhD, MHA, BN, RN, FHKAN (Geron), professeure associée à la Faculté de Médecine de la School of Nursing de Li Ka Shing à l'Université de Hong Kong et au Research Centre on Heart, Brain, Hormone and Healthy Aging de l'université de Hong Kong.</p> <p>Bo, A., PHD, assistante professeure à la School of Social Work de l'université de Californie du Sud à Los Angeles.</p> <p>Hsiao, H.-Y., PhD, MBA, MSc, professeure associée à la School of Social Work de l'université de Californie du Sud à Los Angeles.</p> <p>Wang, S. S., thérapeute interne en santé mentale et assistante sociale interne à la School of Social Work de l'université de Californie du Sud à Los Angeles.</p> <p>Chi, I., MSW, DSW, professeure à la School of Social Work de l'université de Californie du Sud à Los Angeles.</p>
4.	Genre	L'équipe des chercheuses comprend cinq femmes.
5.	Expérience et formation	Toutes les chercheuses travaillent à l'université. Leur expérience professionnelle n'est pas indiquée dans l'étude. Les focus groups ont été menés par quatre animateurs qui ont pour langues maternelles le cantonnais et le mandarin chinois. Une des chercheuses a participé à toutes les interviews en tant qu'animatrice. Mmes Bo, Hsiao et Wang ont participé à la collecte des données lors des focus groups et entretiens individuels.
	Relations avec les patients	
6.	Relation antérieure	Les chercheuses et les participants ne se connaissaient pas avant l'étude.
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Les chercheuses ont distribué des documents d'informations à propos de l'étude aux participants et leur ont expliqué le but et le procédé de cette dernière avant d'obtenir leur consentement.
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Les chercheuses évoquent un éventuel biais d'enquêteur dans leur étude. En effet, elles affirment que les informations recueillies lors d'une interview ou d'un groupe de discussion influencent l'interprétation des chercheuses sur les informations recueillies lors des entretiens suivants. Pour y pallier, elles effectuent une analyse cumulative de toutes les chercheuses lors de la phase de codage afin d'éviter une mauvaise interprétation de leur part des verbatims des participants.

		<p>Elles ont également évoqué la présence éventuelle d'un biais d'interprétation lors de l'analyse des résultats. Elles ont analysé les transcriptions en faisant particulièrement attention à ne pas tomber dans les préjugés ethnoculturels pour éviter de biaiser les résultats.</p> <p>Autrement, elles n'évoquent pas d'hypothèses. Cependant, elles précisent qu'elles ont choisi les personnes migrantes chinoises de première génération comme population cible, parce qu'elles partagent beaucoup de caractéristiques communes avec d'autres populations asiatiques (comme les populations thaïlandaise et vietnamienne) dont la langue maternelle n'est pas l'anglais et dont la culture est de nature collectiviste.</p> <p>Elles mentionnent avoir obtenu l'approbation du comité d'éthique pour mener cette recherche.</p>
	Domaine 2 : Conception de l'étude	
	Cadre théorique	
9.	Orientation méthodologique et théorique	L'orientation méthodologique de cette étude est qualitative et phénoménologique. Elle est menée par l'intermédiaire de six focus groups et de deux entretiens individuels semi-structurés.
	Sélection des participants	
10.	Echantillonnage	Les participants ont été sélectionnés par échantillonnage dirigé. Les participants devaient correspondre aux critères de sélection suivants : être une personne immigrée d'origine chinoise de première génération, résider à Los Angeles, être âgé de plus de 45 ans et être diagnostiqué d'un diabète de type 2 depuis au moins un an.
11.	Prise de contact	<p>Les chercheuses ont contacté les participants en face-à-face et par le biais d'appels téléphoniques avec les patients diabétiques. Elles ont également posté des flyers dans des agences partenaires.</p> <p>Le recrutement a été effectué dans des régions avec une forte densité de résidents chinois, comme Monterey Park, Alhambra et San Gabriel.</p> <p>Tous les participants ont été auditionnés par l'intermédiaire de brefs appels téléphoniques ou d'entretiens en présentiel pour s'assurer de leur éligibilité à l'étude.</p>
12.	Taille de l'échantillon	L'étude inclut 29 participants : 27 participants ont pris part à l'un des focus groups et les 2 participants restants ont été interrogés lors d'un entretien individuel, n'étant pas disponibles les dates des focus groups. Chaque focus group comprenait entre 2 et 7 participants.
13.	Non-participation	Personne n'a refusé ou abandonné l'étude.
	Contexte	
14.	Cadre de la collecte de données	Les données ont été recueillies dans deux centres de santé communautaire et dans un village de retraite pour personnes âgées à Los Angeles en Californie.
15.	Présence de non- participants	Seulement les chercheuses et les participants étaient présents lors des entretiens.
16.	Description de l'échantillon	L'âge moyen des participants est de 63.6 ans. 62% d'entre eux sont des hommes, 69% d'entre eux sont mariés et 42 % d'entre eux ont reçu une éducation au secondaire II. Les participants ont immigré depuis 15 ans en moyenne. Un peu moins de la moitié d'entre eux sont à la retraite, environ 30% ont un travail à plein temps et environ 20% travaillent à temps partiel. À peu près

		un tiers a été diagnostiqué diabétique depuis 1 à 5 ans, un tiers depuis 6 à 10 ans et un tiers depuis plus de 11 ans. Tous les participants parlent soit le mandarin, soit le cantonnais et parlent très peu, voire pas du tout l'anglais. La plupart des participants se considèrent en bonne santé. Seulement un peu plus de 10% d'entre eux considèrent être en mauvaise santé.
	Recueil des données	
17.	Guide d'entretien	<p>Les entretiens ont été guidés par douze questions ouvertes. Les questions n'ont pas été testées au préalable.</p> <p>Les questions des entretiens individuels sont les mêmes que celles des focus groups.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Quand vous avez été diagnostiqué diabétique, où avez-vous obtenu des informations à propos de l'autogestion de votre diabète ? A l'avenir, où voudriez-vous obtenir de telles informations ? 2) Nous avons collecté des échantillons, tels que des brochures éducatives, des livres narratifs-éducatifs et un enregistreur audio. Quelle est la méthode la plus efficace selon vous ? Quelle est la moins efficace ? Pourquoi ? 3) Il existe beaucoup d'informations à propos du diabète sur le web et sur les applications téléphoniques. Est-ce que vous êtes déjà allé les lire ? Si oui, qu'en pensez-vous ? 4) Est-ce que vous avez déjà participé à un groupe de parole sur la santé organisé par des professionnels ? Est-ce que vous pensez qu'ils sont efficaces ? Pourquoi ? 5) Est-ce que vous connaissez d'autres méthodes que nous n'avons pas mentionnées mais que vous trouvez efficaces ? 6) Quand vous apprenez à prendre soin de votre diabète, préférez-vous apprendre seul ou en groupe ? Pourquoi ? 7) Quelle méthode vous correspond le mieux : suivre un cours donné par un enseignant ou apprendre en faisant des activités ? Pourquoi ? 8) Que penseriez-vous si un infirmier ou un médecin vous téléphonait régulièrement pour vous rappeler comment prendre soin de vous ? Quelle fréquence serait appropriée (par exemple combien de semaines entre les appels) ? 9) Que penseriez-vous si un infirmier ou un médecin vous envoyait régulièrement un SMS pour vous rappeler comment prendre soin de vous ? Quelle fréquence serait appropriée (par exemple combien de semaines entre les appels) ? 10) Quand vous veniez d'être diagnostiqué, quelles informations auriez-vous vraiment aimé recevoir ? (Par exemple, qu'est-ce que le diabète ? Quels aliments puis-je consommer ? Quels aliments dois-je éviter ? Si je n'arrive pas bien à contrôler mon diabète, quelles en seraient les conséquences ? Comment mieux contrôler mon diabète ? Quelles autres méthodes que les médicaments seraient efficaces pour contrôler mon diabète ? Si je dois m'injecter de l'insuline, est-ce que cela veut dire que mon état de santé empire ? Est-ce que je devrais annoncer à ma famille que je suis atteint de diabète ? Comment devrais-je leur annoncer ?). 11) Maintenant que vous avez été diagnostiqué d'un diabète depuis plusieurs années, que souhaiteriez-vous apprendre le plus ? 12) Vous avez sûrement entendu parler de méthodes pour gérer votre diabète. Lesquelles considéreriez-vous comme raisonnables ou irréalisables ? Quelles sont ces méthodes ? Pourquoi ?
18.	Entretiens répétés	Chaque groupe a eu un seul entretien.
19.	Enregistrement audio/ visuel	Les entretiens ont été audio enregistrés.
20.	Cahier de terrain	Les chercheuses n'ont pas pris de notes durant les entretiens, mais les ont enregistrés. L'enregistrement a été transcrit en mandarin et les transcriptions reliées aux thèmes clés ont été traduites en anglais par des locuteurs maîtrisant l'anglais et le mandarin. Les chercheuses,

		dont les langues maternelles sont également l'anglais et le mandarin, ont vérifié la grammaire et l'exactitude des citations.
21.	Durée	Les focus groups ont duré approximativement 90 minutes et les entretiens individuels environ 60 minutes.
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation n'a pas explicitement été abordé. De plus, les chercheurs n'ont conduit qu'un seul entretien par groupe.
23.	Retour des retranscriptions	Les chercheuses ne précisent pas si elles ont montré les retranscriptions aux participants pour avoir un retour de leur part.
	Domaine 3 : Analyse et résultats	
	Analyse des données	
24.	Nombre de personnes codant les données	Une seule chercheuse a codé les données. Les codes obtenus ont été vérifiés par une autre chercheuse de l'équipe.
25.	Description de l'arbre de codage	L'arbre de codage est décrit par l'étude.
26.	Détermination des thèmes	<p>Les chercheuses ont déterminé les thèmes en effectuant une analyse thématique du contenu des entretiens après avoir développé un système de codage. Elles ont extrait les idées clés pour identifier les concepts émergents. Elles ont évalué et réorganisé les transcriptions des comptes rendus individuels pour permettre une analyse thématique. Elles ont ensuite identifié les expressions, patterns, catégories et thèmes pour produire une carte cognitive des préoccupations, croyances et comportements des participants. Elles ont analysé les transcriptions en faisant particulièrement attention à ne pas tomber dans les préjugés ethnoculturels pour éviter de biaiser les résultats.</p> <p>Les transcriptions ont été codées par une des chercheuses de l'équipe. Les codes obtenus ont été vérifiés par une autre chercheuse de l'équipe. Les vérifications des codes ont eu lieu lors des réunions d'équipe et par e-mail. Les divergences d'opinions ont été discutées jusqu'à ce qu'un accord commun soit trouvé pour tous les membres de l'équipe à propos de l'interprétation la plus appropriée, afin de s'assurer que la complexité des expériences soit reflétée au mieux dans l'analyse. L'analyse cumulative de toutes les chercheuses permet d'être attentif à la profondeur et à la variation des informations recueillies. En effet, les informations recueillies lors d'une interview ou d'un groupe de discussion influencent l'interprétation des chercheuses sur les informations recueillies lors des entretiens suivants.</p>
27.	Logiciel	Le logiciel utilisé pour gérer les données n'est pas précisé.
28.	Vérification par les participants	Les chercheurs ne précisent pas si les participants ont exprimé des retours en général.
	Rédaction	
29.	Citations présentées	Les citations des participants sont utilisées pour illustrer les thèmes. Chaque citation est identifiée par le numéro du participant et son sexe.
30.	Cohérence des données et des résultats	Les résultats sont cohérents par rapport aux données présentées au début de l'article. En effet, la littérature dans l'introduction explique que les personnes migrantes chinoises sont souvent victimes de conflits entre leurs valeurs culturelles et les informations que leur donnent les

		<p>professionnels de la santé. Il est justement décrit dans l'étude qu'à cause de ces conflits de valeurs, les personnes migrantes chinoises diabétiques de type 2 n'osent pas discuter de leurs préférences avec les médecins, en raison de la relation paternaliste qu'ils entretiennent avec eux.</p> <p>Ces personnes auraient tendance à cacher au médecin que leurs pratiques de santé diffèrent de celles suggérées par ce dernier ou à faire semblant d'approuver. De ce fait, elles ne peuvent développer leur capacité à traiter la signification et l'utilité d'une information.</p>
31.	Clarté des thèmes principaux	<p>Trois thèmes majeurs sont apparus lors des entretiens comme éléments pouvant impacter leur compréhension et leur accès aux informations de santé :</p> <p>1) Les facteurs culturels 2) Les barrières structurelles 3) Les barrières personnelles</p> <p>Ils sont développés à travers les thèmes secondaires.</p>
32.	Clarté des thèmes secondaires	<p>Les thèmes secondaires développent les trois thèmes principaux précédemment cités :</p> <p>1a) Une grande considération de l'autorité : Les participants expriment qu'ils voient les médecins comme des figures d'autorité. Leur relation avec eux est teintée de paternalisme et, par conséquent, ils n'osent pas discuter du plan de soin avec eux, bien que leurs valeurs culturelles leur dictent une conduite différente : "I will follow whatever the doctor tells me. It would be strange if the doctor discusses the treatment plan with me, and it is unnecessary for the doctor to do that. I have never accused the doctor for anything wrong. Just like a child and his father—the doctor is like our parent, and whatever he says is correct. If ... the doctor has said something wrong, and I notice it ... then I know more than the doctor. That's impossible !" (Participant 16, male) (p. 5).</p> <p>1b) La crainte d'être un fardeau pour les autres : Les participants expliquent que les professionnels de santé et les membres de leur famille s'investissent beaucoup pour les aider au quotidien à vivre avec leur maladie. Ils ne veulent pas les déranger davantage avec leurs problèmes. Ils ne veulent pas que les soignants organisent des groupes de soutien, car ils ont déjà beaucoup de travail. Ils expliquent aussi qu'ils ne veulent pas modifier leur alimentation pour que les membres de leur famille puissent continuer à manger comme ils le souhaitent sans être impactés par les restrictions alimentaires de leur proche : "I do not want the whole family to have less tasty food. ... Shanghai people like sweet stuff. I do not want to ask them to put less sugar [in the food]." (Participant 16, male) (p. 5). "Because the nurses should have the weekends off. ... It is impossible for the clinic to provide us with nurse-led support groups in a frequent manner, such as weekly or monthly. In fact, there is an alternative way to do this : all of us can exchange our phone numbers and we will contact with each other if we have time." (Participant 18, male) (p. 5).</p> <p>1c) Le désir d'être ensemble ou de suivre une approche collective : Les participants préfèrent apprendre à prendre soin de leur diabète en groupe et apprécient partager leurs expériences avec leurs pairs : "I enjoy learning together; it is so boring and not easy to learn by oneself. We can discuss together, exchange our experiences. [I] don't know what can be done by one person." (Participant 9, female) (p. 6). "Although I prefer to exchange ideas with others, I do not have opportunities to do so. My brother's [referring to another participant] experience must be different from mine, as our age is different. My brother must be very experienced in what he has been practicing in diabetes care. Also, I am good at what I have been paying attention to. Therefore, it is beneficial for us to exchange our ideas." (Participant 7, male) (p. 6).</p> <p>2a) Les assurances font la différence : Une grande partie des participants n'ont pas accès à une assurance maladie et ne peuvent soigner leur diabète correctement à cause des coûts élevés des soins. Certains n'ont pas accès</p>

aux groupes de discussion sur la santé organisés par les réseaux d'assurances, car ils ne font pas partie de ces derniers :

"There is no way to ask for help. I cannot afford to visit doctors because I do not have health insurance. When I was first diagnosed with diabetes, the cost of diabetes medication was one dollar per pill, which was extremely high. [And I] need to take several pills per day." (Participant 13, male) (p. 6).

"I know there are some health talks organised by insurance networks. But I am not connected to any of these networks, so I received limited information" (Participant 2, female) (p. 6).

2b) Les problèmes liés aux moyens de transport :

Plusieurs participants évoquent le fait que les trajets pour se rendre aux lieux des groupes de discussion sur la santé constituent un véritable challenge. Certains ne peuvent pas conduire à cause de leur mauvaise vue, d'autres souffrent de fréquents malaises à cause d'hypoglycémies et ne peuvent prendre les transports publics. Ils se retrouvent dépendants des autres pour les moyens de transport, ce qui ne facilite pas leur participation aux différents groupes :

"My blood glucose goes up and down, which is unstable. My daughter keeps calling me and wants to pick me up because I fainted on the street twice. I told her that I would be going home by public transportation. She was still worried and asked me to be careful." (Participant 21, female) (p. 6).

2c) Le manque d'informations reçues chez la communauté sinophone :

Les participants expliquent qu'il leur est difficile d'avoir accès et de comprendre des informations sur la santé, car ils ne parlent/comprennent pas l'anglais. Certains cherchent de l'information sur des sites et applications chinois, mais se sentent confus, car parfois ces instructions ne sont pas cohérentes avec celles qu'ils ont reçues aux Etats-Unis. Par exemple, certaines de ces informations utilisent des échelles différentes ou d'autres ne prennent pas en compte leur contexte culturel :

"Although I am in America, I still look for things [health information] from China. That stuff [health information] works for me better." (Participant 16, male) (p. 7).

"Public education on diabetes is limited in the Chinesespeaking community. There are many English-speaking programs; however, these programs do not suit us. These programs can be costly. Although United States has good welfare, it is still limited in this area. It is impossible for health professionals to reach out to every household." (Participant 8, male) (p. 7).

Les participants expliquent donc avoir une préférence pour ce type de média localisé dans leur pays d'origine et réalisé dans leur langue maternelle, car ils prennent en compte leur culture (en opposition aux recommandations alimentaires qui ne prennent pas en compte les aliments traditionnels chinois). Cependant, certains participants affirment que ce genre de support ne favorise pas les échanges et limite la possibilité de poser des questions si des incompréhensions persistent. Ainsi, les participants ont tendance à rechercher instinctivement des informations adaptées sur le plan culturel et estiment que celles-ci fournissent des conseils plus adaptés.

3a) La perplexité face à l'adoption d'un rôle proactif dans la gestion de son diabète :

Certains participants déclarent qu'ils ne pensent pas qu'un patient devrait développer des compétences dans la gestion d'une maladie chronique. Ils pensent plutôt qu'il faudrait jouer un rôle passif et suivre les prescriptions médicales sans forcément comprendre leurs buts et l'utilité des traitements indiqués :

"When I first started taking medication, I didn't keep a recording of my blood glucose. I don't know what is high, what is low and what is normal. I only know that the doctor told me I have diabetes. I don't take care of the illness in a special manner. I think, I am just the way I am, nothing serious will happen, I eat whatever doctors give me. I don't have any special channel [to get health care information]. [...]" (Participant 19, male) (p. 7).

"Nobody tells me. If I were told, I will go" (Participant 20, male) (p. 7).

3b) Les limitations liées à l'âge :

Les participants expliquent que les problématiques liées à l'âge peuvent diminuer leur motivation à participer aux groupes de discussion. En effet, les troubles auditifs ne favorisent

		<p>pas leur participation et le fait de rester assis pendant plusieurs heures peut engendrer des douleurs dorsales. Ils admettent également que leur capacité de concentration se trouve raccourcie, ce qui les résigne à ne pas participer aux séances d'information ou à consulter un professionnel de santé.</p> <p>Les problèmes de vue empêchent certains participants de lire les documents imprimés en police de petite taille ou les textes affichés sur un écran d'ordinateur :</p> <p>"We are old now, sometimes we are forgetful. I do not want anything [health education]. I used to learn how to use a computer. When I learnt it, my eyes were not capable, my lower back was not capable. I cannot sit for a long time. So I want the simplest [health information], I don't want those complicated things." (Participant 22, female) (p. 8).</p>
33.	Limites mentionnées par les auteurs	<p>Premièrement, les autrices abordent le fait que les participants ont été recrutés dans des centres de santé communautaire, ainsi que dans des établissements pour personnes âgées, et que les participants sont des personnes âgées et des personnes d'âge mûr avec de faibles revenus économiques. Ainsi, ils ne représentent pas l'entièreté de la population migrante diabétique d'origine chinoise aux Etats-Unis.</p> <p>Deuxièmement, elles expliquent que le pourcentage d'hommes participant à l'étude (62%) est largement supérieur à celui des femmes (38%). De ce fait, l'échantillon n'est pas représentatif de la population cible en Californie, car le ratio de femmes-hommes migrants y est de 1 pour 1. Elles expliquent que ce phénomène est probablement dû au fait que de nombreuses femmes sont dépendantes de leurs proches pour le transport, et elles n'ont probablement pas pu se joindre à l'étude bien qu'elles y étaient invitées.</p> <p>Troisièmement, Les chercheuses soulignent que les barrières personnelles qui limitent l'accès à l'information concernant la santé peuvent varier entre les individus. Certaines barrières n'ont pas été investiguées dans l'étude, telles que le statut d'employé et financier, les conditions de logement, etc. Ainsi, de futures études devraient analyser ces barrières qui pourraient influencer la littératie en matière de santé.</p> <p>Finalement, elles affirment que le niveau de littératie en matière de santé des participants n'a pas été évalué dans l'étude. Néanmoins, il n'est pas certain que les participants eussent des niveaux différents parmi les groupes. Elles précisent qu'il n'existe pas d'outils pour mesurer le niveau de littératie en santé des minorités et que les outils communément utilisés à ces fins (le Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) et le Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)) ne sont pas adaptés à cette population. Par conséquent, elles proposent un exemple d'échelle évaluant la littératie basée sur les raisons pour lesquelles la personne n'a pas accès à de l'information sur la santé en lieu et place d'un outil basé sur ses compétences.</p>
34.	Limites observées	<p>Les chercheuses n'ont conduit qu'un seul entretien par groupe, ce qui, en général, n'est pas suffisant pour s'assurer que de nouvelles idées n'apparaissent pas dans les verbatims des participants (seuil de saturation).</p> <p>Il aurait été intéressant pour les chercheuses de prendre des notes de terrain lors des focus groups et des entretiens pour transcrire les comportements non verbaux et les interactions entre les participants. Cela aurait pu augmenter l'authenticité des données.</p>

10.17. Tableau de résumé Article n°8 – Leung et al.

Auteur, année, pays, titre	Leung, A. Y. M., Bo, A., Hsiao, H.-Y., Wang, S. S., & Chi, I. (2014). USA. <i>Health literacy issues in the care of Chinese American immigrants with diabetes: a qualitative study.</i>			
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention	Résultats	Commentaires
<p>Devis Étude qualitative phénoménologique</p> <p>But Comprendre pourquoi les personnes migrantes chinoises diabétiques de type 2 de première génération ont des difficultés à obtenir, à traiter et à comprendre des informations liées à leur diabète malgré l'existence de matériel traduit dans leur langue maternelle.</p>	<p>Nombre de participants 29 participants</p> <p>Sélection des participants Par échantillonnage dirigé</p> <p>Critères d'inclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être une personne immigrée d'origine chinoise de première génération, - Résider à Los Angeles, - Être âgé de plus de 45 ans, - Être diagnostiqué d'un diabète de type 2 depuis au moins un an. <p>Données démographiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen des participants = 63.6 ans, - 62% d'hommes, - 69% de mariés, - 42 % d'entre eux ont étudié au secondaire II. - Les participants ont immigré depuis 15 ans en moyenne, - 41% sont à la retraite, - 21% travaillent à plein temps, - 31% travaillent à temps partiel, - 34% ont été diagnostiqués diabétique depuis 1 à 5 ans, 34% depuis 6 à 10 ans et 31% depuis plus de 11 ans. - Tous les participants parlent soit le mandarin, soit le cantonais et parlent très peu, voire pas du tout l'anglais. 	<p>Méthode Six focus groups de 2-7 participants et deux entretiens individuels semi-structurés ont été effectués.</p> <p>Questions posées Douze questions ont structuré les entretiens et cherchaient à déterminer :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La date du diagnostic et les sources d'information à propos de l'autogestion du diabète. 2. Le support le plus efficace pour apprendre (les brochures et livres éducatifs, un enregistreur audio). 3. S'ils ont lu des informations à propos du diabète sur le web et sur les applications téléphoniques. 4. La participation à un groupe de parole sur la santé. 5. Les autres méthodes efficaces selon eux. 6. La préférence ou non à apprendre en groupe. 7. La préférence pour les cours ou l'apprentissage en faisant des activités. 8. L'intérêt pour des appels téléphoniques avec un médecin ou un infirmier pour effectuer des rappels concernant la gestion du diabète. 9. L'intérêt pour des appels téléphoniques avec un infirmier pour faire des rappels concernant la gestion du diabète. 10. Les informations qu'ils auraient voulu recevoir lors du diagnostic. 11. Ce qu'ils souhaiteraient apprendre le plus maintenant. 12. Les méthodes réalisables et non réalisables pour gérer leur diabète. 	<p>Thèmes principaux</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Les facteurs culturels, 2) Les barrières structurelles, 3) Les barrières personnelles. <p>Sous-thèmes développés</p> <ol style="list-style-type: none"> 1a) Une grande considération de l'autorité, 1b) La crainte d'être un fardeau pour les autres, 1c) Le désir d'être ensemble ou de suivre une approche collective, 2a) Les assurances font la différence, 2b) Les problèmes liés aux moyens de transport, 2c) Le manque d'informations reçues chez la communauté sinophone, 3a) La perplexité face à l'adoption d'un rôle proactif dans la gestion de son diabète, 3b) Les limitations liées à l'âge. 	<p>Limites mentionnées par les chercheuses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les participants sont des personnes âgées/d'âge mûr avec de faibles revenus économiques et ne représentent ainsi pas l'ensemble de la population migrante diabétique d'origine chinoise aux Etats-Unis. - Pourcentage d'hommes participant à l'étude (62%) largement supérieur à celui des femmes (38%). L'échantillon n'est pas représentatif de la population cible en Californie (ratio de femmes-hommes migrants de 1 pour 1). - Les barrières personnelles qui limitent l'accès à de l'information concernant la santé peuvent varier entre les individus. - Niveau de littératie en matière de santé des participants non évalué dans l'étude. <p>Limites perçues</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduite d'un seul entretien par groupe, ce qui, en général, n'est pas suffisant pour s'assurer que de nouvelles idées n'apparaissent pas dans les verbatims des participants (seuil de saturation). - Pas de notes de terrain prises lors des entretiens.

10.18. Grille COREQ Article n°9 – Smith-Miller et al.

N°	Item	
	Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	
	Caractéristiques personnelles	
1. 2. 3.	Enquêteur/ animateur, titres académiques et activités des chercheurs.	<p>Cheryl A. Smith-Miller : Infirmière chercheuse dans le domaine de la qualité des soins à l'Hôpital universitaire de Caroline du Nord et professeure associée à l'Institut de formation en soins infirmiers à Chapel Hill de l'Université de Caroline du Nord,</p> <p>Diane C. Berry : (pas de titre académique mentionné) Institut de formation en soins infirmiers à Chapel Hill de l'Université de Caroline du Nord,</p> <p>Cass T. Miller : (pas de titre académique mentionné) Département des Sciences Environnementales et de l'Ingénierie à la Gillings School of Global Public Health.</p>
4.	Genre	L'équipe de chercheurs comprend deux femmes et un homme.
5.	Expérience et formation	<p>L'expérience des chercheurs n'est pas mentionnée dans l'étude.</p> <p>Les sessions ont été menées en espagnol par un assistant de recherche bilingue et hispanophone.</p> <p>Une chercheuse de l'équipe de recherche (Cheryl A. Smith-Miller), est de langue maternelle anglaise, mais parle couramment l'espagnol. Ainsi, elle a participé aux entretiens et a posé des questions supplémentaires pour avoir plus de détails sur le point de vue des participants (ressentis, descriptions plus complètes ou précisions afin de mieux comprendre les problèmes / les sujets présentés par les participants).</p> <p>Les questions semi-structurées pour l'entrevue ont été élaborées en collaboration avec des universitaires ayant une expertise au sujet de la littératie en matière de santé, du diabète, des méthodologies de recherche qualitative et des études culturelles.</p>
	Relations avec les patients	
6.	Relation antérieure	Les participants et les enquêteurs ne se connaissaient pas avant l'étude.
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Les participants n'ont pas reçu d'informations particulières sur les enquêteurs. Ils ont reçu les informations concernant l'étude et ont donné leur consentement.
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Les enquêteurs ne mentionnent pas de risque de biais. Ils mentionnent avoir obtenu l'approbation du comité éthique pour mener leur recherche.
	Domaine 2 : Conception de l'étude	
	Cadre théorique	

9.	Orientation méthodologique et théorique	<p>L'objectif global de cette étude qualitative phénoménologique est de mieux comprendre les pratiques de soins dans l'autogestion du diabète de type 2 chez des immigrants hispaniques installés aux Etats-Unis récemment et ayant une maîtrise limitée de l'anglais.</p> <p>Les objectifs spécifiques consistent à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorer leurs habitudes et pratiques dans l'autogestion de leur diabète de type 2, - Identifier les barrières socioculturelles et les facteurs facilitant leur autogestion, - Examiner leurs niveaux d'hémoglobine glyquée comme valeur indicative de leur autogestion. <p>Ces objectifs ont pour finalité de suggérer des stratégies pour l'amélioration de la prise en soins de cette population.</p>
	Sélection des participants	
10.	Echantillonnage	<p>Des stratégies d'échantillonnage dirigé et en boule de neige ont été utilisées pour recruter les participants. Ceux-ci vivent dans deux comtés ruraux et suburbains de la Caroline du Nord.</p> <p>Les critères d'inclusion sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être une personne migrante originaire d'Amérique latine, • Avoir une maîtrise limitée de l'anglais, • Être diagnostiqué avec un diabète de type 2 depuis au moins 1 an, • Résider aux États-Unis depuis moins de 5 ans. <p>En outre, l'échelle d'acculturation brève en 4 points pour les hispaniques a été utilisée pour sélectionner les participants potentiels en fonction de leur niveau d'acculturation ; un score moyen inférieur à 2,99 était requis pour participer à l'étude.</p>
11.	Prise de contact	<p>Des dépliants et des cartes postales décrivant l'étude ont été distribués dans les <i>mercados</i> (marchés fréquentés par la population d'Amérique latine), les épiceries, les pharmacies locales, les blanchisseries, les campings, les cours d'apprentissage de l'anglais, les agences de services sociaux et les églises.</p> <p>Pour accroître la participation des hommes, les informations de l'étude ont été distribuées aux endroits où ils étaient susceptibles de se rendre (dans les entreprises de paysagisme, dans les services environnementaux et les entreprises de fournitures de peinture ; dans les chantiers de construction ; dans des restaurants mexicains ; dans des magasins de pièces automobiles ; dans des stations de lavage de voitures). Des cartes postales de participation à l'étude ont également été remises aux participants pour qu'ils puissent recommander des amis et des voisins s'ils le souhaitaient.</p>
12.	Taille de l'échantillon	Un total de 30 personnes a été recruté pour participer à l'étude
13.	Non-participation	Les personnes diagnostiquées avec des comorbidités qui influencent l'autogestion du diabète (p. ex. cécité, neuropathie périphérique) ont été exclues. Le nombre total de personnes exclues de l'étude n'est pas précisé.
	Contexte	
14.	Cadre de la collecte de données	Les entretiens ont été menés dans des salles de conférences privées sur l'un des deux sites (église, centre communautaire) familiers aux personnes de la communauté hispanique.
15.	Présence de non-participants	Il n'est pas précisé si des personnes autres que les participants étaient présentes lors des entretiens.

16.	Description de l'échantillon	<p>Pour les 30 participants (19 femmes et 11 hommes) :</p> <p>Concernant le niveau d'éducation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 ont été jusqu'à l'école primaire ou moins, • 11 ont terminé les études secondaires, • 5 ont fréquenté un collège, • 1 a été diplômé du collège, • 3 ont fait des études de niveau universitaire. <p>Pays d'origine :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 26 sont mexicains, • 4 proviennent d'autres pays d'Amérique latine. <p>Profession :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 sont retraités, • 2 sont sans emploi, • 10 sont femmes ou hommes au foyer, • 15 sont ouvriers, employés de service ou baby-sitters, • 1 est employé de bureau (professionnel diplômé). <p>Les participants ont entre 27 et 86 ans et leur hémoglobine glyquée se trouve entre 5,1 et 12,1% (la valeur cible étant <7%).</p>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	<p>Des entretiens semi-structurés individuels ont été organisés avec les différents participants. Les thèmes suivants ont été abordés : connaissances individuelles, environnement social et pratiques de soins dans la gestion de leur maladie. De ces thèmes découlent les questions suivantes :</p> <p>Recherche d'informations / acquisition de connaissances</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Je souhaite savoir comment vous vous êtes informé sur votre diabète. Parlez-moi de la première fois où vous avez reçu des informations sur le diabète : Où les avez-vous obtenues ? Quelle est la meilleure façon pour vous d'obtenir des informations ? 2. Pouvez-vous me parler d'une fois où vous avez reçu des informations sur le diabète ? De qui avez-vous reçu ces informations ? Qu'avez-vous fait de ces informations ? Comment les avez-vous utilisées ? Cela a-t-il été utile ? 3. Si vous aviez une question sur le diabète, à qui la poseriez-vous ? Pourquoi demanderiez-vous à cette personne ? <p>Influences familiales / apprentissage par procuration</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Parlez-moi d'un membre de votre famille ou d'un ami qui a eu le diabète de type 2. Quels souvenirs gardez-vous des membres de votre famille atteints de diabète ? 5. Comment ont-ils géré leur diabète (alimentation, régime, exercice / activité) ? Parlez-moi de leur santé maintenant / comment va leur santé maintenant 6. Qu'avez-vous appris d'eux sur le diabète ? <p>Pratiques d'autogestion</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Parlez-moi de la gestion de votre diabète en ce moment. Que faites-vous chaque jour en lien avec le diabète ? Qu'en est-il de la nourriture, du régime alimentaire, de l'activité ? 8. Qu'est-ce qui vous pose problème dans la gestion de votre diabète ? Qu'est-ce qui est le plus difficile dans l'alimentation / la pratique d'une activité physique ? 9. Quelles sont les habitudes que vous jugez bonnes pour la gestion de votre diabète ? Quelles choses trouvez-vous vraiment difficiles à faire, que devriez-vous faire plus souvent ?

		<p>10. Que pensez-vous de votre capacité à accomplir tout ce qu'il faut faire pour prendre soin de votre diabète ? Avez-vous confiance en votre capacité à accomplir tout ce qu'il faut faire pour prendre soin de votre diabète ?</p> <p>Des informations démographiques concernant le sexe, la nationalité, les résultats scolaires et l'emploi actuel ont été collectées et la valeur de l'HbA1c a été recueillie avant de commencer l'entretien.</p>
18.	Entretiens répétés	Un seul entretien par participant a eu lieu.
19.	Enregistrement audio/visuel	Les entretiens ont été audio enregistrés.
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont été prises pendant et après les entretiens pour les communications non verbales, les observations et d'autres éléments contextuels.
21.	Durée	Les entretiens individuels étaient prévus pour des périodes de 2 heures.
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation est mentionné comme non identifié par l'équipe de recherche pour cette taille d'échantillon.
23.	Retour des retranscriptions	Les chercheurs ne précisent pas s'ils ont demandé des retours sur les retranscriptions aux participants.
	Domaine 3 : Analyse et résultats	
	Analyse des données	
24.	Nombre de personnes codant les données	Le nombre de personnes ayant codé les données n'est pas précisé.
25.	Description de l'arbre de codage	L'arbre de codage est décrit par l'étude. Elle décrit le processus de codage manuel et de codage par le logiciel.
26.	Détermination des thèmes	<p>Les versions électroniques des transcriptions ont été importées dans le logiciel NVivo® V.11 pour faciliter l'organisation des données et l'analyse conjointe du texte.</p> <p>Des examens indépendants et simultanés des enregistrements et des transcriptions des entretiens ont servi dans le cadre des processus d'immersion et d'analyse de données.</p> <p>L'analyse dirigée de contenu s'appuie sur la théorie sociale cognitive (SCT) et a été utilisée pour guider le codage initial, identifier les schémas récurrents de concepts, de mots ou de thèmes au sein des données en fonction de leur pertinence par rapport aux domaines d'enquête prédéterminés : les connaissances individuelles, l'influence de la famille ou l'apprentissage par procuration, et les pratiques d'autogestion du diabète.</p>
27.	Logiciel	NVivo® V.11
28.	Vérification par les participants	L'étude ne fait pas mention d'une vérification des données par les participants.
	Rédaction	

29.	Citations présentées	Les verbatims des participants sont utilisés pour illustrer certains thèmes. Les verbatims identifient les participants par un numéro et par le taux d'hémoglobine glyquée de la personne, pour maintenir l'anonymat.
30.	Cohérence des données et des résultats	<p>Dans l'introduction, il est dit que plusieurs études soulèvent l'influence des facteurs suivants sur l'autogestion du diabète de type 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le statut d'immigration, • La maîtrise limitée de la langue, • Un faible niveau d'éducation, • Le stress, • Le faible statut économique. <p>Les personnes mexicaines ayant immigré aux Etats-Unis représentent un des plus grands pourcentages de diagnostic de diabète de type 2 : sur 21 millions de cas totaux, ceux-ci représentent 13,9% des diagnostics (y compris en réajustant la valeur concernant les nombreux cas pas encore diagnostiqués et estimés à 8,1 millions au total).</p> <p>Il y est dit aussi que la culture, les croyances et le familialisme au sein des populations hispaniques ont un impact. Cependant, le rapport des anciennes études concernant le familialisme est incohérent. Certaines expliquent que les familles ont une influence positive, d'autres soulignent l'inverse en expliquant que son influence est plutôt négative.</p> <p>Les résultats sont cohérents avec ces données.</p> <p>La cohérence interne des données a été renforcée par les données quantitatives et qualitatives collectées simultanément.</p>
31.	Clarté des thèmes principaux	<p>Quatre thèmes majeurs ont été mis en évidence suite aux entretiens :</p> <p>1. La recherche d'informations et les connaissances</p> <p>Pour 29 des 30 participants, recevoir leur diagnostic de diabète de type 2 était émotionnellement traumatisant et déstabilisant. Ils ont interprété le diagnostic comme une condamnation à mort. Les membres de la famille en ont aussi un souvenir douloureux. 21 participants ont explicitement parlé de la mort en relation avec le diabète de type 2. Ils disent avoir pris conscience de la gravité de la maladie et expliquent qu'ils ont été affectés par l'expérience de certains membres de leur famille. D'autres ont exprimé de manière poignante leur lassitude concernant cette pathologie et le besoin incessant de la contrôler.</p> <p>Par ailleurs, même si certains participants pensent avoir des connaissances suffisantes au sujet de l'autogestion du diabète, leur niveau de compréhension des informations diffère grandement d'une personne à une autre. Les auteurs établissent un lien entre le niveau de littératie des participants et leur niveau de formation. Les participants ayant un bas niveau de scolarité ont tendance à avoir plus de difficultés à comprendre des informations au sujet de la santé lors des entretiens avec les prestataires de soins. Ils ont ainsi plus tendance à "ne pas prêter attention", à "oublier", à "penser à autre chose" lors des consultations (p. 546).</p> <p>Certains se sentent également confus lors des entrevues, car certains professionnels de santé utilisent un vocabulaire de niveau trop élevé pour eux ou du jargon professionnel : "they tell me 'Don't eat carbohydrates'. . . I don't know what carbohydrates are" (Case 22 ; HbA1c 6.3). (p.546)</p> <p>Plusieurs participants ont également exprimé le désir de recevoir plus d'informations au sujet de leurs traitements. En effet, quelques participants souhaiteraient connaître les effets secondaires et le mode d'action de l'insuline : "She [physician] only tells me to take my medicine and to inject my insulin, and that's it. I would like for someone to tell me what</p>

		<p>is insulin ? What benefits does it have? Does it have good benefits?” (Case 11 ; HbA1c 12.1). (p.546)</p> <p>Le fait de ne pas connaître les effets secondaires de l’insuline ne favorise pas le contrôle de la glycémie et l’adoption de comportements favorables à leur santé.</p> <p>2. Autogestion La fréquence de la surveillance de la glycémie varie considérablement entre les participants, même parmi les personnes qui utilisent de l’insuline. Les autres pratiques de soins du diabète, telles que les soins des pieds ou des yeux, sont rarement mentionnées par les participants.</p> <p>3. Environnement social Il est décrit directement par le point 3a).</p> <p>4. Vivre avec le diabète Une majorité (n=25) des participants n’ont pas révélé leur diagnostic, excepté à leur conjoint, leurs enfants ou quelques membres de la famille sélectionnés, car plusieurs de leurs croyances à propos du diabète étaient fausses. En effet, le diabète de type 2 est souvent rattaché à la mort et réduit les personnes atteintes au seul statut de malade. “A lot of people keep it quiet, right? . . . I don’t know, maybe they are like me? I don’t tell my family, so they don’t [say], “Ay, she has diabetes!” . . . Because it is . . . very sad; it is a shock. And we [Hispanics] are that way. That’s why, if I have diabetes I don’t tell . . . because sometimes us as Hispanics, “she has diabetes” . . . People are bad.” Or we make fun, “why did she get it? Could it be because she is always getting mad? (Case 24; HbA1c 10.3) (p.549)</p>
32.	Clarté des thèmes secondaires	<p>Les thèmes secondaires développent certains thèmes principaux précédemment cités :</p> <p>2a) Médicaments Les participants considèrent la prise de médicaments comme l’élément le plus important dans la gestion du diabète de type 2. Cependant, le dosage des traitements prescrits n’est pas toujours respecté à cause des croyances des participants à propos des traitements telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Je prends trop de pilules” (p. 546). • “L’insuline aggrave le diabète” (p. 546). • “L’insuline cause des lésions aux organes” (p. 546). <p><i>“I was going to start taking pills and. . . it seemed like too many. . . four a day of 500 mg; but it was too many. . . on days I eat less, I’ll take three and on days I eat more I’ll take four.” (Cas 2; HbA1c 9.0) (p.546)</i></p> <p>D’autres ont peur de devoir utiliser de l’insuline à cause de mauvaises expériences vécues par leurs proches : “No, no, don’t take insulin,’ because she [her mother-in-law] knew someone in Mexico who died four months after starting insulin” (Case 8; HbA1c 7.9). (p.546)</p> <p>2b) Alimentation et activité physique Selon les participants, un mode d’alimentation sain et la pratique d’une activité physique sont les comportements recommandés les plus difficiles à suivre et à maintenir. Ils précisent que l’activité physique doit se pratiquer quotidiennement et sur le long terme. Ainsi, si leurs objectifs de perte de poids ne sont pas atteints, ils se découragent et perdent leur motivation.</p> <p>Également, les détails sur les portions et le déchiffrement des étiquettes alimentaires sont des données difficiles à retenir selon eux. Néanmoins, ils expliquent que quand ils réussissent à atteindre des valeurs de glycémie dans la norme grâce à la modification de</p>

leur alimentation, ils s'en retrouvent motivés et vont être plus enclins à préserver leurs comportements bénéfiques pour leur santé.

2c) Surveillance de la glycémie

Plusieurs participants qualifient la surveillance de la glycémie comme une source de frustration. Les participants ne comprennent pas pourquoi la valeur de leur glycémie reste élevée malgré tous les efforts qu'ils mettent en œuvre pour manger sainement et faire régulièrement de l'activité physique pour la faire diminuer. Ces résultats décevants leur font perdre toute motivation et leur font éprouver l'envie de tout arrêter. Si certains indiquent que la surveillance régulière de leur glycémie améliore le sentiment de contrôle de leur diabète, d'autres ont peur de faire face à la déception et prennent la décision de ne pas mesurer leur glycémie régulièrement : "Sometimes I check it, other times I do not because . . . I do not want to know about the sugar. Sometimes I feel desperate" (Cas 10; HbA1c 8.7). (p.548)

2d) Les professionnels de la santé

Les professionnels de la santé ont été identifiés comme des personnes-ressources pour augmenter leurs connaissances à propos du diabète et pour favoriser l'autogestion de leur maladie. Les participants perçoivent la qualité de la relation avec les soignants comme bonne, mais beaucoup montrent leur mécontentement à propos de la courte durée des rendez-vous et de la qualité des rencontres. Les participants perçoivent la manière d'être de certains soignants comme irrespectueuse, insensible, et ils attribuent parfois ces comportements à leur statut d'immigrant. Souvent, à la fin des rendez-vous médicaux, les participants expliquent qu'ils ne savent pas quoi faire, car ils n'ont pas eu le temps de poser toutes les questions qu'ils voulaient pour améliorer leurs pratiques de soins. Ils soulignent ainsi l'importance de la confiance avec un soignant pour établir une relation d'aide saine.

Les participants partagent plusieurs exemples d'expériences négatives qu'ils ont vécues, comme le fait de ne pas se voir expliquer les résultats de laboratoire ou le fait de ne pas se voir énoncer clairement le diagnostic de diabète de type 2. Certains d'entre eux ont aussi vécu de mauvaises expériences en interagissant avec les membres du personnel d'accueil des lieux de soins : « *They ask me, "Do you want to see someone now?" . . . then they tell me I have to pay 25 dollars now . . . to have a consultation! . . . I tell them, ". . . I do not have it." So they tell me, "Come back when you have it." They don't let you see someone . . . if I don't have 25 dollars, they don't let you see someone. I won't get a consultation [cries].* (Case 13; HbA1c 9.0) » (p.548)

2e) Influences socio-économiques sur l'autogestion

Les limitations financières ont eu un impact négatif sur la gestion du diabète des participants.

Bien que les participants travaillent de nombreuses heures, ils touchent un revenu économique bas, ne leur permettant pas de suivre les restrictions alimentaires qu'impose le diabète. En effet, une participante confie qu'elle achète plusieurs aliments en conserve lors des courses, car ils coûtent moins cher que les aliments sains : "My nutrition is, it is not that great because when one is poor and one does not have money to buy good things" (Case 16; HbA1c 7.0). (p.549)

Le manque de moyens économiques diminue également leur accès aux soins et les empêche de se payer leurs traitements.

3a) Influences familiales / apprentissage par procuration

Les participants décrivent les membres de la famille comme une source d'influence positive sur la gestion de leur diabète. En effet, certains participants imitent certains comportements et pratiques de soins de leurs proches, tels que la rigueur dans la prise de traitements, la pratique d'une activité physique et le suivi du régime alimentaire diabétique. Ils observent également les comportements néfastes à la gestion du diabète

		<p>dans leur entourage et évitent de les répéter dans leur pratique. Les membres de la famille leur proposent également plusieurs options de traitements non médicamenteux, tels que les massages, le thé, les fleurs d'hibiscus, pour soigner leur diabète.</p> <p>"My mother . . . more than anything from her I learned that I have to take my medicine and keep control. . ." and eschewing others, "To not follow the example of my friends or neighbors who do not want to take their medicine" (Cas 8; HbA1c 7.9). (p.549)</p>
33.	Limites mentionnées par les auteurs	<p>Selon les auteurs, les caractéristiques précises de l'échantillon limitent la transférabilité des résultats à d'autres populations partageant une culture similaire. Les résultats ne pourront pas s'appliquer à des populations hispanophones ayant immigré depuis longtemps.</p>
34.	Limites observées	<p>Une majorité de participants sont d'origine mexicaine. Ceci pourrait compromettre la généralisation des résultats à l'ensemble de la population originaire d'Amérique latine.</p> <p>Les auteurs n'ont pas demandé de retours aux participants, ce qui peut diminuer l'authenticité des résultats.</p>

10.19. Tableau de résumé Article n°9 – Smith-Miller et al.

Auteur, année, pays, titre	Smith-Miller, C. A., Berry, D. C., & Miller, C. T. (2017). USA. <i>Diabetes affects everything: Type 2 diabetes self-management among Spanish-speaking hispanic immigrants.</i>			
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention	Résultats	Commentaires
<p>Devis Étude qualitative phénoménologique</p> <p>But Mieux comprendre les pratiques de soins dans l'autogestion du diabète de type 2 chez des immigrants hispaniques installés aux États-Unis récemment et ayant une maîtrise limitée de l'anglais.</p> <p>Les objectifs spécifiques sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorer leurs habitudes et pratiques dans l'autogestion de leur diabète de type 2, - Identifier les barrières socioculturelles et les facteurs facilitant leur autogestion, - Examiner leurs niveaux d'hémoglobine glyquée comme valeur indicative de leur autogestion. <p>Ces objectifs ont pour finalité de suggérer des stratégies pour l'amélioration de la prise en soins de cette population.</p>	<p>Nombre de participants 30 personnes (19 femmes et 11 hommes).</p> <p>Critères d'inclusion Immigrant hispanophone, maîtrise limitée de l'anglais, diagnostiqué avec un diabète de type 2 depuis au moins 1 an et résidant aux États-Unis depuis moins de 5 ans. Niveau d'acculturation souhaité ; un score moyen inférieur à 2,99 était requis pour participer à l'étude.</p> <p>Données complémentaires Éducation : 10 ont été jusqu'à l'école primaire ou moins, 11 ont fini le cycle, 5 ont fréquenté un collège, 1 a été diplômé du collège, 3 ont été plus loin que le collège.</p> <p>Pays d'origine : 26 Mexicains, 4 d'autres pays d'Amérique latine.</p> <p>Métier : 2 sont retraités, 2 sont sans emploi, 10 sont femmes/hommes au foyer, 15 sont ouvriers, employés de service ou baby-sitters, 1 est employé de bureau (professionnel diplômé). Les participants ont entre 27 et 86 ans et leur hémoglobine glyquée se trouve entre 5,1 et 12,1% (la valeur cible étant <7%).</p>	<p>Méthode Des entretiens semi-structurés individuels ont été organisés avec les différents participants. Les thèmes suivants ont été abordés : connaissances individuelles, environnement social et comportements d'autogestion.</p> <p>Questions posées En lien avec la recherche d'informations / l'acquisition de connaissances, l'influence familiale / l'apprentissage par procuration et les pratiques d'autogestion.</p> <p>Des informations démographiques concernant le sexe, la nationalité, les résultats scolaires et l'emploi actuel ont été collectées et la valeur HBA1c a été recueillie avant de commencer l'entretien.</p>	<p>Thèmes principaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1) Recherche d'informations / connaissances • 2) Autogestion • 3) Environnement social • 4) Vivre avec le diabète <p>Thèmes secondaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2a) Médicaments • 2b) Alimentation et activité physique • 2c) Surveillance de la glycémie • 2d) Les fournisseurs de soins et de santé • 2e) Influences socio-économiques sur l'autogestion • 3a) Influences familiales / apprentissage par procuration 	<p>Limites perçues par les auteurs Les caractéristiques précises de l'échantillon limitent la transférabilité des résultats à d'autres populations partageant une culture similaire. Les résultats ne pourront pas s'appliquer à des populations hispanophones ayant immigré depuis longtemps.</p> <p>Limites observées Une majorité de participants est d'origine mexicaine. Ceci pourrait compromettre la généralisation des résultats à l'ensemble de la population originaire d'Amérique Latine.</p>

