

Migrants, réfugiés et déplacés dans les pays en contexte de crise : Biais en santé et défis humanitaires

Cas des déplacés Syriens au Liban

KHALIFEH, Riwa

Abstract

La délivrance de soins pour les migrants, réfugiés et déplacés est un défi, particulièrement quand des obstacles et des problèmes de discrimination apparaissent dans l'accès au système de santé et dans les interactions avec les professionnels de santé. Le Liban accueille 1.5 millions des déplacés Syriens fuyant la guerre. Cette thèse visait à comprendre les difficultés et obstacles ainsi que les causes des biais, leurs mécanismes, leurs formes et leurs conséquences sur l'accès et la qualité de l'offre des soins pour les déplacés Syriens au Liban. Les déplacés syriens sont sujets à la discrimination et à des préjugés de la part des médecins et infirmiers libanais. Les causes sous-jacentes de ces discriminations sont la fragilité du système de soins libanais, son infrastructure détruite par les guerres, le contexte historique, et les problèmes financiers. Le partage des ressources rares tant pour les déplacés syriens que les Libanais se traduit par une chute de l'équité dans les soins. De profonds changements aux niveaux micro (compétences culturelles) et macro (couverture sanitaire universelle, distribution équitable des ressources...) sont nécessaires pour permettre aux déplacés syriens l'accès à des soins de qualité.

Migrants, réfugiés et déplacés dans les pays en contexte de crise : Biais en santé et défis humanitaires

Cas des déplacés Syriens au Liban

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en sciences de la santé
publique

Secteur des sciences de la santé

Riwa Khalifeh

Septembre 2024

Bruxelles



Remerciements

“A dream doesn’t become a reality through magic...” Colin Powell

Le parcours-rêve que j’ai suivi a été marqué par des défis, des succès et des expériences inestimables. C'est avec une profonde reconnaissance et humilité que je médite sur le parcours qui m'a mené à la réalisation de ma thèse de doctorat et à la concrétisation de mon rêve... Je dois admettre qu'à chaque étape franchie, j'avais l'espoir d'avoir cette baguette magique capable de changer tout en une minute, voire une seconde... Après tout, j'ai compris que la baguette magique est entre les mains des personnes qui m'ont accompagné tout au long de cette aventure mystérieuse...

Le cheminement vers cette réalisation n'a pas été exempt d'obstacles. Il y a eu de nombreux moments de doute, des heures de recherche et des révisions. Cependant, j'ai réussi à surmonter les obstacles de ce parcours grâce aux prières, ma persévérance, mon dévouement et le soutien inébranlable de mes promoteurs, mentors, collègues, amis et famille.

Je suis extrêmement reconnaissante envers mon promoteur, le Professeur William D'Hoore, pour son leadership, son soutien, son accompagnement, sa disponibilité et surtout ses actions promptes lorsque la difficulté financière entrave mon parcours. Pr. D'Hoore, vous avez été et vous êtes toujours la lumière qui illumine la vie. Dr. Marie Dauvrin, ma co-promotrice, je vous remercie sincèrement pour tes connaissances partagées tout au long de ce parcours, tes précieux conseils malgré ton emploi du temps très chargé, ta présence et ton soutien lors de ma participation aux congrès, qui ont renforcé mon courage et mon estime de moi.

Je tiens également à exprimer ma gratitude envers les membres de mon comité d'accompagnement. Le président, Professeur Vincent Lorant, merci pour votre encouragement, votre professionnalisme et votre support continu. Merci Professeurs Pascale Salameh, Dominique Roberfroid et Vincent Legrand pour vos commentaires éclairés et vos critiques constructives tout au long de ce parcours doctoral. La qualité et la rigueur de mon travail ont été influencées par votre expertise et vos conseils d'une valeur inestimable.

Je tiens à remercier également, Professeur Christiane Saliba et Madame Mariem Abdelkerim-Spijkerman pour leurs conseils et remarques qui ont été une valeur ajoutée à ma thèse. Prof. Saliba, il n'y avait pas de publication possible sans votre dévouement, votre soutien et votre expertise pour améliorer le manuscrit à chaque fois que je perdais espoir...Je garde toujours en mémoire les moments où nous avons consacré

des heures et des heures à terminer les manuscrits. Je suis vraiment reconnaissante pour cela. Madame Mariem, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury. Vos contributions ont été d'une grande utilité pour le comité doctoral. Votre savoir-faire et votre expertise exceptionnelles dans le domaine de la santé et de la migration dans les pays en crise en ont fait un exemple remarquable.

J'exprime ma gratitude envers mes collègues et amis qui m'ont soutenu, encouragé et partagé leur camaraderie lors des périodes difficiles de mon parcours doctoral. Grâce à leur amitié et à leur camaraderie, la recherche s'est avérée plus plaisante et plus enrichissante. Merci Prof. Pierre Khoury, Dr. Katia Iskandar et Dr. Mimi Fleifel !

En fin de compte, je suis reconnaissante envers ma famille pour son amour, ses encouragements et sa compréhension tout au long de ce parcours doctoral. Je leur exprime ma gratitude pour leur soutien qui a été ma force et pour leur confiance en moi et en mes aspirations. Je vous remercie, Papa et Mama, pour vos prières incessantes. Excusez-moi pour le niveau de stress que je vous ai causé à chaque étape de ce parcours. William, ma sœur bien-aimée Zeina, Michel et Marc, votre amour me donne toujours de la motivation. La présentation au congrès SIDIEF au Canada n'aurait pas été aussi agréable sans votre précieux soutien et votre accueil chaleureux. Merci mon frère héro Tony, l'avocat de tous les temps, ta capacité à analyser et ton enthousiasme, et surtout ton optimisme qui envisage à chaque fois une lueur d'espoir, m'inspirent toujours et m'offrent une perspective apaisante. Merci pour tout, tu occupes toujours une place particulière. Elie (Lallouss) et Mary, les nouveaux mariés ! Merci pour vos encouragements...Lallous merci pour les « hints » techniques que tu partages chaque fois pour me sauver des obstacles techniques. Je vous remercie pour le voyage mémorable avec vous deux pour le congrès SIDIEF, même si vous avez ressenti de la douleur et des crampes musculaires après avoir réussi le Marathon à Toronto...

Last but not least, Carlos, ma raison d'être, mon tout... Ce parcours a débuté avec notre amour. Ce parcours n'aurait pas pu atteindre cette étape sans votre support et encouragement inconditionnels ainsi que tes conseils précieux malgré que tu sois loin de ce domaine...Merci de partager avec moi ce parcours ; je pense que tu mérites un « *doctorat honoris* » ! merci d'être le phare tout au long de ce parcours ! Carl, le cadeau qui a donné un nouveau sens à notre vie. Ton rire cristallin résonne dans mon esprit à chaque fois que je me sens faible. Tu as parcouru avec moi toutes les étapes de cette thèse...Tu as même participé à tous les entretiens (quand tu étais dans mon ventre !) et je pensais que tu as fait un stage pour ton futur...Tu te

réveillais la nuit avec moi pour me dire mais « *pourquoi tu travailles la nuit, nous dormons la nuit !...* ». Chaque seconde passée à tes cotés est un don inestimable que je chéris plus que tout. Carlos et Carl, vous êtes la boussole qui guide mes pas vers un avenir radieux à vos côtés ...Je vous aime au-delà des mots, au-delà du temps, pour l'éternité...

« Toute connaissance est vaine, s'il n'y a pas de travail. Et tout travail est vide, s'il n'y a pas amour...le travail est l'amour rendu visible » Gibran Khalil Gibran.

Promoteurs et membres du jury

Promoteurs

Professeur D'HOORE William (UCLouvain)

Docteure DAUVRIN Marie (KCE & UCLouvain), Copromoteur

Président du Jury

Professeur LORANT Vincent (UCLouvain)

Membres du comité d'accompagnement

Professeure SALAMEH Pascale (Université Libanaise)

Professeur ROBERFROID Dominique (KCE & UNamur)

Professeur LEGRAND Vincent (UCLouvain)

Membres extérieurs du jury

Professeure SALIBA Christiane (Université Libanaise)

Madame SPIJKERMAN ABDELKERIM Mariam (International Organization for Migration (IOM), Dakar, Senegal)

Table des matières

INTRODUCTION PERSONNELLE	8
1.1 Migration, accès aux soins et déterminants sociaux de la santé	12
1.1.1 Accès aux soins et déterminants sociaux de la santé	13
1.1.2 Accès aux soins, déterminants sociaux de la santé et résultats en matière de soins de santé pour les migrants, réfugiés et déplacés.....	16
1.2 Biais dans les soins de santé aux migrants	18
1.2.1 Solutions proposées pour réduire les biais dans les soins de santé aux migrants.....	21
1.3 Etat des lieux et contexte Libanais.....	24
1.3.1 Histoire et déplacement des Syriens vers le Liban	24
1.3.2 Politique libanaise vis-à-vis de la présence des Syriens	25
1.4 Système de santé libanais : fonctionnement, financement et couverture	28
1.4.1 Avant la crise économique et financière d’octobre 2019	28
1.4.2 Après la crise économique et financière d’octobre 2019	32
1.5 Situation des déplacés syriens au Liban	33
1.6 Structure de la thèse.....	34
Glossaire	37
Références bibliographiques	39
Chapter II Experiences of Cultural Differences, Discrimination, and Healthcare Access of Displaced Syrians (DS) in Lebanon: A Qualitative Study.....	49
CHAPITRE III Healthcare bias and health inequalities towards displaced Syrians in Lebanon: a qualitative study.....	75
Chapitre IV Les compétences culturelles comme solutions pour lutter contre les biais dans les relations thérapeutiques interculturelles : <i>Scoping Review</i>	116
Chapitre V Discussion	156
5.1 Discussion des principaux résultats de cette thèse.....	156
Recommandations.....	170
Limites de la thèse.....	174
Conclusion et Perspectives	176
CURRICULUM VITAE	181

INTRODUCTION PERSONNELLE

« *De quoi s'agit-il, ta thèse ?* », une question qui m'a été souvent posée ; vous imaginez le nombre de questions posées en 4 ans !!... Aborder le sujet de la présence des Syriens au Liban semble un sujet critique. Alors, que dire au sujet des biais et de la discrimination envers les Syriens dans les établissements de soins de santé libanais ? C'est exactement ce que j'ai tenté d'explorer durant les 4 ans de mes études doctorales.

De prime abord, permettez-moi d'exposer mon chemin doctoral. Après un parcours intense et une expérience singulière de plus que 14 ans dans le domaine hospitalier, débutant comme infirmière responsable au sein d'un service d'endoscopie, occupant par la suite des positions seniors, soit directrice de la formation continue, coordinatrice du bureau de qualité et surveillante générale à l'hôpital, j'ai fait une mutation complète en me tournant vers le monde académique. Un monde qui m'avait intriguée depuis mon enfance : le plaisir et l'ambition d'enseigner. Avant de m'engager à temps plein dans une université privée au Liban, j'y ai enseigné plus de 4 ans, au Département des Sciences infirmières. Je rêvais de m'investir davantage dans cet environnement et c'est en 2012 que j'ai eu l'opportunité d'être nommée coordinatrice du Département des Sciences infirmières et trois ans plus tard Vice-Doyenne et Directrice de la Faculté de Santé Publique. Une promotion bien stimulante pour continuer mes études doctorales. Après avoir postulé dans diverses universités européennes, j'ai eu la chance d'être acceptée en janvier 2019 comme doctorante à l'Université catholique de Louvain. Je vous avoue que 2019 a été pour moi une année exceptionnelle sur tous les plans ; commencer mes études doctorales, me marier et quitter mon Liban...

Pour ne pas m'attarder sur ma vie privée, je vous retrace les éléments clés qui ont marqué mon parcours doctoral. Au départ, j'ai présenté mon avant-projet sur les compétences culturelles (CC) des professionnels de santé œuvrant auprès des déplacés syriens (DS) au Liban. L'objectif était de comprendre si les professionnels de santé libanais étaient culturellement compétents pour réussir un dépistage précoce des maladies infectieuses chez les Syriens. A cet égard, il incombe d'évoquer la sensibilité particulière que les Libanais ressentent envers la présence des Syriens au Liban, vu que la Syrie a envahi et occupé le Liban entre 1976 et 2005, année du retrait de ses

troupes suite à l'assassinat de l'ex-Premier Ministre Rafic Hariri le 14 février 2005. En conséquence, la question des DS au Liban porte une signification particulière par rapport à d'autres pays du Moyen-Orient qui ont accueilli des Syriens, tels que la Turquie, la Jordanie, l'Irak et l'Égypte.

Cependant, au cours de la phase exploratoire, un changement d'orientation s'est produit. Il était évident que l'accès aux soins de santé et les biais envers les Syriens au Liban constituaient des problèmes sérieux qui méritaient d'être abordés. Les résultats préliminaires ont mis en évidence les disparités en matière d'accès aux soins de santé. Par conséquent, la recherche s'est élargie pour englober l'accès et les biais en soins de santé envers les Syriens au Liban, tout en accordant une attention particulière au rôle qu'exercent les CC pour atténuer ces problèmes.

Il est important de noter que la recherche a été menée dans un contexte unique, vu que le Liban est confronté depuis octobre 2019 à une crise économique et financière sans précédent qui a impacté profondément son système de santé. La portée de cette crise est naturellement perçue dans les résultats de cette thèse. Elle a également fourni l'occasion d'explorer les biais dans les soins de santé parmi les DS dans un contexte de crise, marquant ainsi l'originalité de notre recherche. L'exploration des biais dans les soins de santé offerts aux migrants et réfugiés a permis à notre thèse de contribuer à l'élaboration de pistes de développement d'interventions et de politiques fondées sur des preuves afin d'offrir des services de santé culturellement adaptés et réduire les biais en matière de soins de santé parmi les réfugiés et les migrants en temps de crise.

Vous allez découvrir à travers cette thèse l'accès des migrants aux soins de santé et les biais perçus par les migrants, l'histoire du déplacement des Syriens vers le Liban, le contexte libanais vis-à-vis la présence des Syriens, ainsi que les biais dans les soins de santé offerts aux DS. Il est important de noter qu'il existe une grande variété de définitions dans la littérature pour décrire les groupes de personnes qui ont fui leur pays d'origine. Par ailleurs, différents termes ont été utilisés pour désigner les différents biais dans les soins de santé ou pour décrire les CC. Les termes « migrants », « CC » et « biais en santé » ont été utilisés dans notre thèse en reflétant les différents vocables employés dans la littérature. Vous pouvez consulter la définition des termes dans le glossaire à la fin du chapitre 1.

CHAPITRE 1 INTRODUCTION GENERALE et PROBLEMATISATION

1.1 Migration, accès aux soins et déterminants sociaux de la santé

Kok (1997) (1) définit la migration comme le déplacement de personnes sur une certaine distance et d'un lieu de résidence habituel à un autre. Cette définition fait référence au franchissement des frontières d'une place prédéfinie et implique un changement de résidence (1). L'aspect temporel est ajouté à cette définition par la Commission Européenne. Elle considère la migration comme étant le mouvement des personnes, soit par migration internationale, soit par migration interne, et ayant une résidence actuelle dans un pays européen *de plus d'un an*, indépendamment de la cause et/ou la forme de migration (2).

L'International Organization for Migration (IOM) la définit plus largement comme le mouvement d'une personne ou d'un groupe de personnes, soit à travers une frontière internationale, soit à l'intérieur d'un Etat. Cette définition couvre tout type de mouvement de personnes, quelles qu'en soient la durée (long terme/court terme), la forme (volontaire/forcée) et la cause (politique/économique/conflit/ environnemental/ regroupement familial) (3). De ce fait, l'IOM inclut à travers cette définition la migration des réfugiés et des personnes déplacées (3). Quels que soient les raisons et motifs qui poussent les personnes à chercher une nouvelle destination, le classement de ces personnes peuvent changer d'une situation à l'autre et prendre plusieurs nominations soient, réfugiés, demandeurs d'asile, migrants ou personnes déplacées.

De prime abord, la migration est un déterminant essentiel (et positif, apparemment) de la santé et du bien-être. Selon le droit international, tous les migrants et réfugiés ont droit au « meilleur état de santé possible ». Cela dit qu'ils doivent avoir droit à un accès égal aux soins de santé, aussi bien aux conditions sociales, politiques, économiques sous-jacentes... Ces droits n'imposent pas simplement des obligations juridiques aux gouvernements, mais constituent des conditions préalables essentielles à l'intégration sociale et économique, à la prospérité, à la cohésion sociale et au bien-être dans toute société (4, 5). De ce fait, l'accès aux soins de santé est

reconnu comme un droit humain fondamental et est une préoccupation complexe et universelle. C'est un composant essentiel de la performance des systèmes de santé dans le monde entier ainsi que dans la recherche sur les politiques et services de santé (6). Les différentes définitions de l'accès aux soins font référence à l'entrée ou à l'utilisation du système de santé, tout comme les caractéristiques et facteurs qui les influencent (6-8). Mais que signifie en général l'accès aux soins de santé ?

1.1.1 Accès aux soins et déterminants sociaux de la santé

Pour simplifier, l'accès aux soins consiste à permettre à une personne en besoin, de recevoir les bons soins, du bon prestataire, au bon moment, au bon endroit, en fonction du contexte. Une définition qui fait référence aux "4 bons" pour l'accès aux soins. Passons un peu à l'histoire et la définition de l'accès aux soins tels que mentionnés dans la littérature.

En 1981, Penchansky et Thomas ont introduit la théorie de l'accès aux soins. Ils ont défini l'accès comme le degré d'adéquation entre le consommateur (ou l'utilisateur) et le service en tenant compte de chacune de ces cinq dimensions (6):

- L'accessibilité : un service est accessible lorsqu'il se situe à une proximité raisonnable du consommateur en termes de temps et de distance.
- La disponibilité : un service disponible dispose de services et de ressources suffisants pour répondre aux besoins des consommateurs et des communautés desservies.
- L'acceptabilité : un service acceptable répond aux préoccupations sociales ou culturelles du prestataire et du consommateur. La volonté d'un patient de consulter une femme médecin, par exemple, peut déterminer si un service est acceptable ou non.
- L'abordabilité ou la capacité financière : les services abordables examinent les coûts directs à la fois pour le fournisseur de services et pour le consommateur. C'est la relation entre le prix des prestations et la capacité du patient ou de sa famille ou de son assurance à payer ou à emprunter ou encore à recevoir une aide de son entourage.
- L'hébergement ou la prestation d'un service adéquat : les services sont bien organisés pour accueillir les clients qui peuvent en profiter. Les heures d'ouverture, les rendez-vous et les structures des installations (accès en fauteuil roulant) en sont des exemples.

En fait, Penchansky et Thomas considèrent que l'accès est optimisé en prenant compte des différentes dimensions citées. En d'autres termes, même si les dimensions sont indépendantes, elles sont interconnectées et chacune s'avère nécessaire et importante pour que l'accès soit réalisé dans les conditions les plus optimales. Dans ce sens, la preuve d'accès est l'utilisation d'un service de santé par ceux qui en ont besoin et qui en bénéficient.

Si Penchansky et Thomas se sont concentrés sur les déterminants de l'utilisation du service et la satisfaction du consommateur, Julio Frenk (9) a étendu leurs travaux et a considéré que l'*accès* est la capacité d'une personne à utiliser les services de santé en fonction de ses besoins et/ou son désir de les obtenir, tandis que l'*accessibilité* est le degré selon lequel une personne ayant besoin d'un service le recherche et le reçoit réellement. En outre, Andersen et ses collègues (10) se sont concentrés sur l'utilisation et sur la satisfaction des consommateurs comme mesures de résultats pour l'accès aux soins. Dans ce sens, ils ont identifié 5 composantes: (1) la politique de santé, (2) les caractéristiques du système de prestation de soins, (3) les caractéristiques de la population à risque, (4) l'utilisation des services de santé et (5) la satisfaction des consommateurs. Ils ont considéré que la preuve d'accès est l'utilisation du service et pas simplement la présence d'une installation, et que l'utilisation appropriée d'un service est l'indicateur clé de l'accès.

L'Institute of Medicine (2003)(7) y ajoute l'utilisation des services de santé en temps opportun dans le but d'obtenir des meilleurs résultats en matière de santé, alors que Levesque souligne la capacité de rechercher, d'atteindre, d'obtenir ou d'utiliser des services de santé (8). Ces définitions répètent l'accent mis sur l'utilisation des services de soins et se concentrent sur le lien établi entre les caractéristiques du système et son utilisation appropriée. Ceci reflète davantage le processus interactif décrits par les différents auteurs.

La capacité d'une population à « accéder » aux services de soins de santé dépend également des obstacles financiers, organisationnels, sociaux ou culturels qui entravent leur utilisation (11). Les personnes dépourvues d'assurance maladie ou disposant de ressources financières limitées peuvent alors avoir du mal à accéder aux services de santé nécessaires. Les obstacles organisationnels, tels que les longs temps d'attente ou la disponibilité limitée des prestataires de soins de santé, peuvent également entraver l'accès aux soins de santé.

Les barrières sociales, telles que la stigmatisation ou la discrimination, peuvent empêcher les individus de recourir aux services de santé par peur ou par honte. De plus, les barrières culturelles, comme les barrières linguistiques, peuvent créer des obstacles pour les personnes venues de divers horizons (11) et entraveraient une communication efficace entre les migrants/réfugiés et les prestataires de soins de santé (12-14). Des services d'interprétation inadéquats ou un manque de professionnels multilingues en santé conduisent souvent à des malentendus, à des diagnostics erronés et à des traitements inadéquats, compromettant ainsi les résultats en matière de santé des migrants (12, 15, 16).

Pour résumer, aucun service de santé ne peut être efficace s'il ne répond pas au contexte ou si la population visée ignore son existence. Dans ce contexte, la migration crée un groupe de personnes qui recherchent activement des soins, mais ignorent les services qui leur sont offerts dans les pays d'accueil. C'est plus que savoir qu'un service existe, c'est le fait de le comprendre et l'utiliser. Ceci implique d'avoir une bonne littératie en santé qui se définit comme le fait d'accéder à l'information, de la comprendre et de l'utiliser afin de prendre des décisions en matière de santé (17). Alors, que dire d'une personne nouvellement arrivée à une destination et requiert un soin ou recherche une consultation et qui n'est pas équipée des informations nécessaires pour y accéder et en profiter ? Le manque de familiarité peut entraîner chez les migrants, déplacés et réfugiés des difficultés à naviguer dans le système du pays d'accueil, à trouver les services appropriés et à comprendre le processus de référence (18). Par conséquent, ils peuvent retarder la recherche de soins jusqu'à ce que leur état s'aggrave, ce qui peut entraîner de moins bons résultats en matière de santé. De nombreux migrants et réfugiés ignorent même leurs droits aux services de santé ou sont confrontés à des difficultés pour y accéder en raison d'obstacles juridiques ou administratifs (15, 19)

En plus, différents facteurs et conditions influent sur la santé des migrants et constituent les déterminants sociaux de la santé (DSS), tels que des contextes socioéconomique, juridique, culturel, environnemental, aussi bien des facteurs personnels tels que l'âge, les facteurs héréditaires et comportementaux (20). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les DSS comme étant les facteurs structurels et les conditions quotidiennes qui sont à l'origine d'une grande partie des inégalités en matière de santé entre

pays et dans les pays. Ils sont déterminés par les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent. Un ensemble plus large de forces et de systèmes, y compris les politiques et les systèmes économiques, ainsi que les normes et les politiques sociales, ont un impact sur ces conditions (21). L'éducation, l'emploi, la sécurité sociale et le logement sont parmi les DSS qui ont un impact significatif sur la santé (20).

En conclusion, le manque d'accès aux soins reste un obstacle crucial à l'obtention de meilleurs résultats de santé chez les migrants (12, 22). De plus, par les incidences qu'elle peut avoir sur la santé, la migration fait partie des DSS et constitue un facteur majeur de l'inégalité d'accès aux soins de santé et de disparités en matière de résultats en santé (23). Dans ce cadre d'inégalités sociales en matière de santé des personnes sur un territoire du pays d'accueil à un certain moment de son histoire et de son développement économique, les études montrent que le besoin de fournir des soins de santé équitables constitue un défi pour les systèmes de santé à travers le monde (22, 24).

Dans le paragraphe suivant, nous détaillerons comment les DSS et l'accès aux soins sont différents pour les migrants, déplacés et réfugiés.

1.1.2 Accès aux soins, déterminants sociaux de la santé et résultats en matière de soins de santé pour les migrants, réfugiés et déplacés

Les études montrent que de nombreux risques sanitaires existent lorsque les migrants, déplacés et réfugiés se trouvent dans de nouveaux environnements (25-28). Ceci est en relation avec plusieurs facteurs qui interagissent et influencent sur la santé des migrants, tels que l'état de santé de la personne avant son départ, les conditions socio-économiques et environnementales, les schémas des maladies nationales, les normes et pratiques culturelles et l'accès aux thérapies préventives et curatives tout au long du processus de migration ou déplacement (29).

Dans l'ensemble et comme mentionné précédemment, l'accès aux soins de santé pour les personnes qui s'installent dans un nouveau pays est souvent restreint. De nombreux migrants ont du mal à accéder aux soins de santé (30) et sont connus pour être vulnérables à l'exposition à certains problèmes de santé (31) et ont de moins bons résultats

en matière de santé que les populations locales (32). Les migrants, réfugiés ou déplacés sont confrontés à de multiples obstacles pour accéder aux services de santé liés à la langue, à la culture, aux coûts élevés des services de soins, au manque d'assurance maladie, au statut socio-économique, au manque de politiques inclusives et au statut juridique (12, 16, 33, 34). A cela s'ajoute un accès limité aux services liés aux DSS tels que l'eau potable, des installations d'hébergement adéquates, l'hygiène et l'assainissement inadéquats dans des espaces de vie peuplés (13). Alors, comment les DSS et l'accès aux soins affectent-ils la santé des migrants ?

Les DSS affectent différemment les réfugiés et migrants aux différentes étapes de leur déplacement et de leur migration (35, 36). Par exemple, lorsque les migrants et réfugiés arrivent pour la première fois à leur destination, l'eau, l'assainissement, le logement et la nourriture sont des questions plus préoccupantes à cette phase. A mesure que la réinstallation progresse, d'autres DSS, tels que le revenu et le niveau d'éducation, peuvent prendre une plus grande importance. Les effets des DSS sont associés à de moins bons résultats en matière de santé chez ces populations. Quelques exemples peuvent en clarifier. Dans une étude canadienne de Lebenbaum et al. (2021), les auteurs ont montré qu'un niveau d'éducation plus élevée s'est avéré un facteur de protection chez les femmes migrantes contre les agressions physiques et contre une mauvaise santé mentale (37). Une étude transversale communautaire (2018) portant principalement sur de jeunes travailleurs migrants de sexe masculin en Ethiopie a déterminé qu'un niveau d'éducation inférieur était significativement plus élevé et associé au risque de paludisme (38). L'absence d'hébergement confortable était un facteur de risque favorisant une mauvaise santé mentale chez les jeunes réfugiés syriens (âgés de 18 à 32 ans) du camp de Za'atari en Jordanie (39). D'autres études menées au Liban, en Afrique du Sud et en Ouganda ont mis en évidence la relation négative entre l'insécurité alimentaire et la santé des migrants et réfugiés (40) (41) (42). En plus, le revenu et le statut social jouent également un rôle dans la santé des migrants surtout lorsque leur statut migratoire les exclut souvent des régimes d'assurance sociale (43).

En plus de l'accès limité aux soins de santé et les DSS, la littérature montre que les déplacés, réfugiés et migrants sont confrontés à des problèmes de santé et sont à risque de

développer des maladies plus que la population hôte ou les résidents permanents du pays d'accueil (44). Nous abordons quelques études qui montrent les problèmes fréquents de santé physique et mentale chez eux.

Les résultats de l'étude de Haukka et al. (45) indiquent qu'une mortalité plus élevée environ de 10% due à l'ischémie cardiaque était observée dans la population des déplacés. Les schémas de mortalité étaient globalement avantageux pour les réfugiés et migrants par rapport à la population danoise (46). Au Canada, il a été constaté que les migrants atteints d'un cancer ont un risque de mortalité plus élevée par rapport aux populations non migrantes (47). Les migrants du Ghana aux Pays-Bas ont une prévalence d'hypertension plus élevée par rapport à la population locale (48). Concernant la santé mentale des réfugiés, déplacés et demandeurs d'asile, la littérature suggère que la prévalence de la dépression et de l'anxiété peut être plus élevée à différentes étapes de l'expérience du déplacement et de migration, et ceci est en rapport avec divers facteurs individuels, sociaux et environnementaux (49). Une étude menée auprès des réfugiés rohingyas a montré des niveaux élevés de stress post-traumatique, de dépressions et de troubles de sommeil (50). Une autre étude montre que les femmes syriennes au Liban présentent des scores de dépression maternelle plus élevés que les mères libanaises à faible revenu (51).

En sus des problèmes de santé physique et mentale que les réfugiés, migrants et déplacés peuvent confronter, des traitements ou des attitudes discriminatoires peuvent aussi limiter leur accès aux soins et les mener à des mauvais résultats de santé. La section suivante détaille le sujet des biais dans les soins de santé aux migrants.

1.2 Biais dans les soins de santé aux migrants

Les biais constituent l'un des facteurs influençant l'accès aux soins des migrants et réfugiés. Ils sont définis comme étant une tendance à favoriser un groupe par rapport à un autre; ils peuvent être favorables ou défavorables, conscients (explicites ou intentionnels) ou inconscients (implicites ou non intentionnels) (52). Les biais dans les soins de santé peuvent prendre plusieurs formes, soit la xénophobie, la discrimination, les préjugés, le racisme et les stéréotypes que nous préciserons en abordant notamment les conséquences des biais sur l'accès des migrants à des soins de santé de qualité, les facteurs menant à la

présence des biais dans les soins interculturels, ainsi que les conséquences sur la santé des migrants.

Les migrants se retrouvent assujettis à des attitudes discriminatoires basées sur un ensemble de stéréotypes négatifs et des préjugés manifestés par les professionnels de santé entravant leur accès aux services des soins de santé (30). Notons que les stéréotypes sont une manière de penser par clichés, basée sur des croyances et par lesquelles nous catégorisons d'autres personnes ou d'autres groupes sociaux. Ils entretiennent une relation étroite avec les préjugés sociaux qui sont par ailleurs une attitude évaluative intégrant un ensemble de stéréotypes et amenant à des attitudes discriminatoires (53).

Ces préjugés et stéréotypes négatifs ajoutés à un manque de sensibilisation culturelle risquent d'entraîner des inégalités dans la qualité des soins offerts aux immigrants et des implications à long terme sur leur santé (54). Ainsi, comme le montre la littérature, la discrimination et les politiques hostiles au sein des communautés locales constituent un ensemble de biais dans les soins de santé offerts aux migrants et ont tendance à affecter négativement les résultats attendus en matière de santé (55).

Une autre forme des biais dans les soins de santé est la xénophobie. Elle désigne le traitement de personnes comme des étrangères en raison de leur langue, de leur culture, de leur apparence ou de leur lieu de naissance. La xénophobie peut exposer les réfugiés et les migrants dans les pays d'accueil à la discrimination, aux mauvais traitements ou à la violence. En plus de limiter l'accès aux services de santé, la xénophobie peut également conduire les migrants à développer un syndrome de stress chronique et divers autres problèmes, tels que l'anxiété, les troubles du sommeil et la dépression (56).

Par conséquent, les cas de discrimination dans les soins de santé constatés chez les personnes appartenant à des groupes minoritaires (en raison de leur statut migratoire, de la race / de l'ethnicité ou de la religion) peuvent constituer, de part une entrave à leur accès à des soins de qualité, et d'autre part impacter négativement leur santé et leur bien-être (57). Dans ce contexte, les études montrent que la discrimination relative à l'appartenance ethnique et/ou raciale conduit à des résultats de moindre qualité en santé physique (risque d'hypertension artérielle, maladies cardiaques et autres maladies liées au stress, ...)(58),

et mentale (détresse psychologique, dépression, anxiété...)(59, 60). Mais en fait, comment la discrimination est-elle perçue par les réfugiés, migrants et déplacés ?

Le sentiment de discrimination tel que perçu par les réfugiés, peut être induit, entre autres, par des attitudes de la part des professionnels de santé envers eux, tels que des menaces et agressions physiques (60), le port d'une paire de gants supplémentaire lors d'un acte de soin (61), un manque de respect (62), et des sentiments de rejet lors des rencontres médicales (63). Ces comportements provoquent des sentiments d'isolement et de manque de confiance durant la prestation des soins et envers les professionnels de santé, contribuant ainsi à une rupture dans la continuité des soins (57, 62) .

La littérature suggère notamment que les infirmiers et les médecins peuvent également manifester un certain racisme et de la discrimination lorsqu'ils sont en contact avec des patients migrants. Les médecins généralistes peuvent involontairement discriminer les patients migrants (64). Ces biais sont extériorisés notamment par un racisme involontaire et inconscient, tant sur le plan individuel qu'institutionnel, et sont renforcés par des stéréotypes et préjugés (65, 66). Par conséquent, une forme de racisme institutionnel entraînant un préjudice involontaire constitue le fondement d'une forme indirecte de discrimination institutionnelle (65) et fait référence à des politiques ou à des pratiques discriminatoires enracinées dans les systèmes organisationnels qui ont tendance à être indirects et relativement invisibles (66). Toutefois, les infirmiers et médecins ne sont pas souvent conscients du racisme institutionnel qu'ils provoquent et/ou ne comprennent pas leur contribution inconsciente à cette forme de racisme auquel les immigrants sont exposés (65, 67). Ce racisme interpersonnel englobe les agressions racistes verbales et physiques ainsi que le traitement injuste dans les services de santé offerts aux migrants (66, 68). Quelles sont les causes derrière ces biais ?

Plusieurs facteurs semblent contribuer à la présence des biais dans les soins interculturels de santé. Selon la revue systématique de Good et Hannah (2015) (69), des disparités persistent lors du traitement des minorités malgré les efforts déployés par les PS pour fournir des soins équitables, adéquats et adaptés à leur culture (69). Ceci a été expliqué par l'absence de politiques de santé dynamiques capables de servir un éventail complexe d'individus d'origines ethniques différentes, provenant de différentes classes sociales, parlant différentes langues, ayant des perspectives culturelles nuancées et des expériences

historiques compliquées ainsi qu'un assortiment d'identités raciales et ethniques (65, 66, 69-71). L'élément historique (colonisation) contribue également à la présence des disparités dans les soins de santé interculturels (71). Mladovsky et al. (2012) (70) ont révélé qu'il existe un sentiment accru « anti-immigration » dans plusieurs pays européens depuis la crise économique de 2008. Ce sentiment s'est exprimé par un rejet du multiculturalisme par les partis traditionnels, entraînant un échec quant à leur responsabilité envers les migrants. Signalons qu'une insensibilité culturelle ou un manque d'adaptation culturelle de la part des prestataires de soins pourraient engendrer des soins de qualité inférieure menant à des préjugés raciaux ou un traitement discriminatoire envers les patients migrants (72-75).

Cependant, compte tenu des causes, des facteurs et des types de biais, le personnel de santé doit être capable de fournir des soins culturellement compétents et de résoudre les problèmes de santé associés au déplacement et à la migration. Dans cette perspective, quelques solutions seront adressées pour contrer les biais dans les soins de santé aux migrants.

1.2.1 Solutions proposées pour réduire les biais dans les soins de santé aux migrants

Pour diminuer ou éliminer les biais dans les soins en contexte interculturel, les organismes de santé s'efforcent de délivrer des soins authentiques et centrés sur la personne pour s'assurer que les besoins des patients sont satisfaits, quelle que soit leur origine. Plusieurs solutions ont été proposées pour réduire davantage les biais de santé dans les soins interculturels. Ces solutions sont souvent regroupées sous le vocable de « compétences culturelles » (CC), dont la formation est une des dimensions. Elles comprennent, entre autres, la formation en compétences culturelles pour fournir des soins culturellement appropriés, sensibles et de bonne qualité aux réfugiés et migrants.

Les CC se définissent comme un ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques congruents qui se rassemblent dans un système ou un organisme, ou entre les professionnels et favorisent un travail efficace dans des situations transculturelles (76). Cette définition étend les CC au-delà des praticiens individuels pour inclure les institutions

et systèmes de santé, ainsi que les politiques et structures de ces systèmes. Elle implique le niveau « individuel » et concerne les attitudes ou comportements, aussi bien le niveau « organisationnel » ou « systémique » et concerne les politiques ou procédures(76).

Les CC constituent une approche principale pour lutter contre les disparités raciales et ethniques dans les soins de santé (73, 77). La formation aux CC renforce la capacité des professionnels de santé à établir des liens avec les réfugiés et migrants pour prester des soins centrés sur la personne. En d'autres termes, les réfugiés et migrants bénéficieront des soins personnalisés lorsque, malgré les différences culturelles, les professionnels de santé prennent le temps d'expliquer les procédures, d'apprécier les besoins des patients et de les impliquer dans la prise de décision (77). Il a été montré que les CC peuvent réduire les inégalités de soins de santé et encouragent les professionnels de santé à être ouverts et à répondre aux divers besoins de leurs patients (78).

La prestation de soins culturellement compétents a été associée à des résultats positifs pour les patients, particulièrement une meilleure communication (72, 79, 80), une plus grande satisfaction des patients (81, 82), un meilleur état de santé (71, 75) avec une réduction des disparités de santé et une amélioration de l'équité en santé (83, 84). En revanche, des soins culturellement indifférents peuvent conduire à une mauvaise interprétation des besoins des patients, à des diagnostics inexacts et à des erreurs de traitement (85, 86).

Toutefois, selon la littérature, les prestataires de soins ont identifié des obstacles structurels quant à la fourniture des soins adaptés aux migrants, tels que l'inefficacité du système de santé, une défaillance dans l'infrastructure, un manque de personnel ou de soutien du personnel, et une surcharge de travail (87, 88). Pour cela, des améliorations structurelles sont nécessaires pour réduire les disparités en matière de santé des migrants, telles que la fourniture de matériel d'information facile à comprendre et disponible en plusieurs langues, éventuellement en utilisant les nouvelles technologies (89). Aussi, des politiques et procédures claires et bien spécifiques semblent importantes afin d'unifier l'approche avec une population qui présente une culture différente de celle de la population locale. En particulier, les inégalités dans les soins de santé peuvent résulter d'un traitement discriminatoire de la part des PS et par la suite peuvent les mettre dans des situations conflictuelles face aux bénéficiaires des soins lors d'une dominance culturelle (78).

D'autres solutions ont été envisagées et consistent à inclure des agents de liaison culturels, des médiateurs interculturels, des éducateurs pairs, des agents de santé communautaires ou des bénévoles issus des communautés de réfugiés et migrants afin de réduire les barrières linguistiques et culturelles entre le personnel de santé et les migrants. Même si la dénomination diffère entre les pays, les médiateurs interculturels sont employés pour remplir diverses fonctions, par exemple (1) faciliter l'interprétation, (2) combler les écarts socioculturels, (3) prévenir les conflits et soutenir la résolution entre les prestataires de santé et les patients, (4) soutenir l'intégration et l'autonomisation, (5) fournir un soutien psychosocial, une éducation sanitaire et des conseils ; et, (6) selon la situation, proposer une médiation interculturelle plutôt qu'une interprétation (90-92). Pour mieux comprendre ces différents rôles et fonctions, nous en avons recueilli quelques-uns de la littérature. Le système de santé thaïlandais, par exemple, inclut un service d'interprétation et culturel depuis 2003 par l'intermédiaire des agents de santé communautaire qui servent de médiateurs culturels au sein des communautés des migrants (90). Au Chili, des facilitateurs interculturels ont réduit les écarts de communication causées par les différences culturelles et linguistiques entre les patients haïtiens et leurs prestataires de santé (93). Une étude en Slovaquie a décrit l'introduction d'un médiateur interculturel pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins pour les femmes de langue albanaise et accroître la réactivité des programmes de prévention nouvellement conçus aux besoins de ces femmes. Cette étude de cas illustre les rôles du médiateur interculturel dans la facilitation linguistique, en comblant les écarts socioculturels et en intégrant la communauté aux soins de santé et aux services sociaux (94). Un autre rôle des médiateurs interculturels en milieu médical a été observé dans un hôpital à Montréal et des cliniques de consultation ethnopsychiatrique en France et en Italie. Leur rôle est d'anticiper, de prévenir, de négocier et de résoudre les points de vue divergents ou les conflits entre les prestataires de soins de santé et les patients (95). En Belgique, vu que les institutions de santé sont de plus en plus confrontées à des patients qui ne parlent pas le néerlandais, le français ou l'allemand, les fonctions de médiateur interculturel et coordinateur de la médiation interculturelle ont été créées pour résoudre ces types de problèmes. Le but de la médiation interculturelle est de limiter le plus

possible les barrières linguistiques, les barrières socio-culturelles et les tensions interethniques dans le contexte de l'assistance médicale (96-98).

Après avoir fait un tour de la littérature sur l'accès des migrants aux soins de santé et détailler les différentes barrières qui peuvent entraver leur accès à des soins de qualité, nous abordons dans la section suivante l'état des lieux libanais, l'accès des déplacés Syriens au système de santé libanais et les conséquences qui en découlent.

1.3 Etat des lieux et contexte Libanais

1.3.1 Histoire et déplacement des Syriens vers le Liban

En raison de sa proximité géographique, le Liban fut une des destinations les plus ciblées par les Syriens qui tentaient d'échapper à la guerre civile (99). Pourtant, le Liban avec une population d'environ 4 millions d'habitants et une histoire de relations troublées avec la Syrie et le régime de Damas peut ne pas apparaître comme un refuge idéal (99). Même avant le soulèvement syrien de 2011, entre 300 000 et 400 000 Syriens vivaient au Liban, occupant principalement des emplois à faible revenu dans la construction et l'agriculture. Le soulèvement syrien a provoqué un afflux d'autres profils de Syriens. Les premiers réfugiés ont commencé à se rendre au Liban dès mai 2011, fuyant les attaques du régime en place dans la ville syrienne de Talkalakh et prenant refuge dans la région d'Akkar au Nord du Liban. Les flux ont augmenté régulièrement durant la période des combats (2011-2012) dans les villes de Homs, Hama, Idlib et, finalement, Alep et Damas. En plus des personnes venant des zones précitées, s'ajoutent des dizaines de milliers de DS hébergés chez des amis ou parents déjà au Liban, ou ceux dont les moyens financiers permettaient de séjourner à l'hôtel ou louer un logement à travers tout le pays où ils se sont installés temporairement (100).

Progressivement, le Liban est passé d'une politique de «portes ouvertes» aux DS à la limitation de l'accès jusqu'à la fermeture des frontières en 2012 (101). Cette situation a engendré la création de deux groupes de résidents Syriens au Liban. Le premier comprend ceux qui bénéficient du parrainage d'un employeur libanais. Ceux-ci n'ont généralement

pas de problèmes majeurs d'entrée et de séjour dans le pays, à condition qu'ils fournissent une pièce d'identité à la frontière et disposent de la documentation nécessaire concernant leur statut d'emploi. Tant qu'ils peuvent renouveler leur permis et rester employés, leur séjour au Liban est considéré comme légal. Il en est de même pour les Syriens disposant de fonds suffisants et certifiés tels que les hommes d'affaires, les propriétaires de biens immobiliers au Liban, ou ceux qui sont en possession d'un contrat de location régulier (101).

Le deuxième groupe comprend les Syriens qui sont venus au Liban pour échapper au conflit, mais qui ne bénéficient pas de parrainage à travers un emploi régulier et ne rentrent dans aucune des catégories susmentionnées. Jusqu'en 2015, ils étaient soumis au régime de visa ordinaire applicable à tous les étrangers, qui accorde une période de séjour de six mois, renouvelable par la suite pour un an (101). Tous les Syriens pouvaient s'enregistrer auprès du Haut-Commissariat des Réfugiés des Nations Unies (UNHCR) suite à une inscription qui comprend une courte entrevue et certaines formalités, et, du fait de cet enregistrement, avoir accès à l'aide fournie par l'UNHCR en fonction de leurs besoins spécifiques (101). Malgré le grand nombre de Syriens entrés dans le pays, l'État libanais a interdit les camps organisés (102), une décision influencée par 70 ans de présence des réfugiés palestiniens (103). Les DS se sont ainsi installés de manière informelle dans différents types de maisons et d'abris. Ils se sont concentrés dans des zones où les municipalités ont adopté une approche indulgente et empathique, ce qui a entraîné une pression sans précédent sur les systèmes publics, urbains et socio-économiques de ces zones (104, 105). Les municipalités, les antennes locales des bureaux de l'administration de la justice ainsi que les institutions locales d'éducation et de santé sont devenues de véritables structures d'accueil pour des centaines de milliers de Syriens. Cependant, la pression de la présence syrienne a affecté la communauté locale, dont les capacités étaient déjà limitées (101, 104, 105).

1.3.2 Politique libanaise vis-à-vis de la présence des Syriens

Bien qu'il ne soit pas signataire des Conventions sur les réfugiés, le Liban a signé la plupart des autres traités relatifs aux droits de l'homme (106). Selon la Constitution, ces

derniers prévalent sur la législation nationale, mais cette disposition est rarement prise en compte par les tribunaux. Le Liban ne s'est pas doté de procédures législatives ou administratives pour répondre aux besoins spécifiques des réfugiés et des demandeurs d'asile, qui sont passibles de détention et d'expulsion pour avoir pénétré et séjourné illégalement sur le territoire (106).

Le document sur la politique des réfugiés que le gouvernement libanais a autorisé le 23 octobre 2014 a été le premier du genre à être produit depuis que les Syriens ont commencé à affluer au Liban en 2011. Le préambule de l'article affirmait que le Liban était un exemple à l'échelle mondiale en matière de respect des principes humanitaires envers ses « voisins et frères, le peuple syrien ». Il ajoutait également que le pays est sur le point d'une explosion sociale, économique et sécuritaire qui met en péril son existence s'il ne mettait pas en place une politique responsable pour réduire le nombre de réfugiés syriens sur son territoire (107).

Le gouvernement libanais a l'obsession de remplacer la terminologie « *réfugiés syriens* » par des mots différents dans tous les documents et communications officiels (107, 108). L'exemple le plus évident en est le remplacement du mot *laji'* (réfugié) par *nazih*. Le *nazih* est une personne qui quitte une région pour une autre à l'intérieur des frontières d'un seul État ou en traversant les frontières de l'État en préservant son droit de retourner dans son pays d'origine (107, 109)(c'est-à-dire une « *personne déplacée* » ou ce qui est appelé conventionnellement un « *muhajir* » au Liban). Un *laji'* est quelqu'un qui traverse les frontières de l'État et fuit d'un pays à l'autre. Le Liban réaffirme son rejet total de toute forme de demande d'asile et déclare qu'il n'est « pas un pays de réfugiés », et se réserve ainsi le droit de réexaminer à tout moment la légalité de la présence de réfugiés Syriens (107, 108). Par conséquent, il adopte le terme de « déplacés Syriens » au lieu de « réfugiés Syriens » adopté par les organisations internationales.

La position officielle libanaise sur ce point est en parfait accord avec la politique libanaise antérieure telle qu'énoncée dans un accord international (un protocole d'accord) avec le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés en 2003, publiée le 7 septembre 2010 (110). Elle est également en accord avec le refus total du Liban de reconnaître la Convention de Genève de 1951 relative aux réfugiés. Le refus libanais de

ratifier la Convention de Genève découle de l'incapacité du Liban d'apprécier la possibilité de garantir les droits fondamentaux des réfugiés en vertu de la Convention, sans que cela implique automatiquement de leur accorder la citoyenneté au Liban (107). Sur ce point, il convient de noter que dans ses communications en langue anglaise, notamment celles liées aux dons internationaux, le mot « réfugiés » est utilisé pour désigner les déplacés Syriens (le mot « *laji'* » se retrouve même dans certaines communications en langue arabe relatives aux procédures de dons). L'utilisation de *nazih*/déplacé est destinée à un public syrien par rapport au gouvernement libanais. Le gouvernement semble avoir relevé cette divergence, demandant récemment à l'ONU de remplacer le terme « réfugiés » par « personnes déplacées » lorsqu'il fait référence aux Syriens au Liban (103, 107).

1.3.3 Contexte socio-économique et politique au Liban (octobre 2019)

Depuis le 17 octobre 2019, le Liban a été ébranlé par un important mouvement de contestation populaire. Les manifestations ont commencé partout au Liban contre la classe dirigeante, jugée inefficace et corrompue. Ce mouvement a débuté une semaine après que les autorités ont démontré leur impuissance à gérer d'importants incendies et à la suite de l'instauration d'une taxe sur l'utilisation de l'application téléphonique WhatsApp. Ces manifestations ont notamment mené à la démission du gouvernement en 2019 (111). La Banque mondiale a décrit la crise économique libanaise, qui en est maintenant à sa quatrième année, comme l'une des 10 crises mondiales les plus importantes depuis le milieu du XIXe siècle, avec une inflation atteignant 172 % en 2023 (112).

La pandémie de Covid-19 a mis un coup d'arrêt à la mobilisation citoyenne. Les manifestations ont repris mi-juin 2021 à Beyrouth et dans d'autres villes du pays. Ces mouvements de protestation font suite à une nouvelle dépréciation record de la monnaie nationale, la livre libanaise, sur le marché noir. Les militants dénoncent toujours l'inaction des dirigeants d'un pays qui s'enfonce dans la crise (111).

Le Liban croule en effet sous une dette de plus de 86 milliards de dollars, soit un peu plus de 150 % du PIB (Produit Intérieur Brut). Cette crise de la dette entraîne également une crise de liquidités. Avec l'endettement du pays, la monnaie nationale est en effet fragilisée. Dans un contexte où l'économie libanaise était déjà gravement affaiblie, les

troubles civils, l'explosion du port de Beyrouth (le 4 août 2020) et la crise sanitaire de Covid-19 viennent s'y ajouter et vont avoir un impact profond et à long terme sur la résilience socio-économique du pays (113, 114).

En juin 2021, le gouverneur de la Banque nationale du Liban annonce l'épuisement prochain des réserves monétaires de la Banque du Liban qui finançaient jusqu'à présent le programme de subvention à l'achat des produits de première nécessité (111). Le pays traverse toujours (au moment de la rédaction de cette thèse) une crise aux facettes multiples : la moitié de la population sous le seuil de pauvreté, la raréfaction du dollar, la dépréciation de la livre libanaise (la livre libanaise a perdu 90% de sa valeur face au dollar), les retraits bancaires fortement limités, l'élévation permanente du coût de la vie, un haut degré de corruption, les pénuries de carburants, les coupures d'électricité, la suspension des services de l'Etat faute de moyens, les pénuries de médicaments, un taux de chômage de plus de 40%... (113, 114). C'est donc dans un contexte particulièrement sous pression que le système de santé est amené à prendre soin des DS.

1.4 Système de santé libanais : fonctionnement, financement et couverture

1.4.1 Avant la crise économique et financière d'octobre 2019

1.4.1.1 Financement privé et public du système de santé

Le financement du système de santé libanais fait partie d'un mélange de financement et se présente comme étant public (ou fiscalisé), privé et parapublic (ou socialisé) (115, 116). Il implique le Trésor public, les cotisations des employeurs et des salariés et les dépenses directes des ménages ainsi qu'une multiplicité d'intermédiaires de financement parmi lesquels les organismes publics, les assurances privées, les mutuelles et le Ministère de Santé Publique (MSP). Cette fragmentation du financement est marquée par la diversité des autorités de contrôle, ce qui rend la régulation et la coordination très compliquées. Il existe six fonds d'assurance sociale basés sur l'emploi et gérés publiquement au Liban dont le plus important est la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) qui est une assurance obligatoire pour les employés du secteur privé (115). Presque 47% des citoyens libanais ont une couverture d'assurance maladie : environ 23% sont

couverts par la CNSS, 9% par des régimes militaires, 7% par des assurances privées, 4% par la Coopérative des Fonctionnaires et 4% par les régimes des forces de sécurité intérieure et de sûreté générale. Les 53% restants n'ont aucune couverture officielle et sont couverts par le Ministère de Santé Publique (MSP), qui agit en assureur de dernier recours (117). Le secteur privé représente 71% du financement des soins de santé, dont 37% sont pris en charge directement par les ménages. Bien que le secteur public soit le principal payeur des soins hospitaliers restants, le secteur privé domine en termes de prestation de services (116, 117).

1.4.1.2 Services hospitaliers et ambulatoires et problèmes de financement

Le système de santé libanais est un modèle hospitalo-centré. Il existe 165 hôpitaux au Liban, dont 82% sont privés et gérés par des médecins ou par des organisations caritatives, souvent religieuses (117). Les hôpitaux publics et privés ont des capacités de lits similaires. Les hôpitaux publics fonctionnent suivant un modèle semi-autonome avec, à la tête, des conseils d'hôpitaux composés de différents acteurs impliqués dans le domaine de santé, favorisant ainsi un certain degré d'autonomie (117).

L'enjeu considérable des ménages libanais non-assurés est une autre réalité alarmante en plus du budget d'hospitalisation insuffisant alloué par le MSP. En effet, la part des non-assurés est estimée entre 35% et 45% de la population libanaise (118). Ces ménages sont généralement traités aux frais du MSP dans les hôpitaux privés et publics. À noter que le MSP alloue un budget annuel par hôpital pour admettre les patients non assurés, à la discrétion du Ministre. Une fois le budget par hôpital entièrement décaissé, généralement vers le milieu du mois, les hôpitaux privés ont tendance à accepter des cas d'urgence comportant des risques de retard de paiement de la part du Ministère ou à les transférer vers les hôpitaux publics qui ne peuvent éloigner aucun patient (118).

Les hôpitaux publics, qui représentent près de 18,6% du nombre total des hôpitaux (24 hôpitaux publics), souffrent principalement de trois types de problèmes : les problèmes de gestion, financiers et politiques. Les conseils d'administration des hôpitaux publics sont hautement politisés car ils sont nommés par décret gouvernemental. Par conséquent, une mauvaise gestion conduit à un équipement obsolète et à une maintenance fragile. En outre,

les engagements non respectés par les garants de la santé, en particulier le MSP, conduit à des cas fréquents de salaires impayés dans les hôpitaux publics et à une insuffisance dans la délivrance des soins de base offerts aux patients. Le manque de moyens appropriés dans les hôpitaux publics mène les patients, à la recherche d'une meilleure qualité de service, vers les hôpitaux privés en dépit de leurs tarifs élevés et le long trajet qu'ils ont à faire pour accéder à des hôpitaux de confiance (117, 118).

En effet, au Liban, les patients peuvent recevoir des services médicaux dans les hôpitaux publics pour une contribution de 5% de la facture contre un paiement de 15% dans les hôpitaux privés (117, 118). Le montant restant doit être couvert soit par les garants de santé pour les patients assurés, soit par le MSP lorsque le patient n'est pas assuré. L'augmentation du nombre des DS a augmenté la demande d'hospitalisation dans un contexte d'approvisionnement constant. Cette demande supplémentaire a eu un impact négatif sur la qualité et les délais de livraison des services, et a soumis les hôpitaux à des difficultés financières (119). Sur une note différente, une subvention de 75% est généralement fournie par l'UNHCR pour les DS, qu'ils soient des patients ambulatoires ou des patients hospitalisés présentant des conditions à grand risque (120). La plus grande préoccupation des hôpitaux libanais est les 25% restants de la facture qui devraient être couverts par les DS eux-mêmes. En effet, sans une autorisation de couverture complète accordée par le MSP ou un soutien fourni par les Organisations Non Gouvernementales (ONG), de nombreux patients Syriens reçoivent des soins sans payer les frais hospitaliers restants, ce qui pèse lourdement sur les finances des hôpitaux (118).

1.4.1.3 Soins de santé primaires et couverture de santé

La moitié de la population au Liban est sans couverture formelle de santé. Ceux qui n'ont aucune couverture médicale ont droit à la couverture du MSP pour les soins hospitaliers et les traitements coûteux. Cela a été conçu pour protéger les ménages de l'appauvrissement résultant des dépenses de santé. Par contre, le MSP ne rembourse pas les soins ambulatoires (121). Il offre cependant une alternative pour les plus défavorisés en subventionnant un ensemble complet de services de soins de santé primaire (SSP) à travers un vaste réseau de centres de soins de santé primaire. Ce réseau est devenu de plus en plus crédible auprès des communautés locales, ce qui conduit à une diminution significative des

dépenses directes que les ménages consacraient principalement aux soins ambulatoires et aux médicaments. Les données sur la provision et l'utilisation révèlent que les plus défavorisés utilisent davantage de services ambulatoires et hospitaliers que les plus aisés et que l'accessibilité équitable n'est pas une préoccupation majeure pour l'instant. Par contre, c'est la surconsommation de médicaments et la surutilisation des services de santé qui constituent plutôt un problème (121).

1.4.1.4 Services de soins de santé primaires aux DS : entre MSP et ONG nationales et internationales

Presque 68% des centres de soins de santé primaires au niveau national appartiennent à des ONG (119). Se basant sur un principe humanitaire, plusieurs réseaux d'aide aux DS se sont constitués : d'abord un réseau officiel, le Haut-Commissariat de Secours, un organisme d'urgence qui dépend du Premier Ministre libanais, qui œuvre en étroite collaboration avec l'UNHCR, joue un rôle coordinateur entre les autres instances concernées (ONG, organisations internationales et autres)(119).

Parallèlement, la société civile a toujours joué un rôle crucial : une coalition de 28 ONG nationales caritatives s'est constituée au Nord du Liban pour optimiser l'aide aux DS (122). Ces associations ont, dans un premier temps, aidé à financer les loyers. De nombreuses ONG, comme Caritas (ONG catholique agissant sur tout le territoire libanais à toute population) et International Medical Corps (ONG internationale), assurent également des soins de santé et ont un rôle important dans la communication avec la communauté. Des dispensaires et des cliniques privées sont disponibles dans toutes les régions, mais étant donné le grand nombre des DS, ils sont dans l'incapacité de satisfaire la réponse à tous les besoins (122). Outre les précédents, d'autres organisations telles que le Comité International de la Croix Rouge (CICR), Médecins Sans Frontières (MSF)-Suisse, MSF-Belgique et MSF-France apportent un soutien supplémentaire aux DS ainsi qu'aux autres groupes de la population (120, 122). A noter que malgré une offre excédentaire de médecins, il existe au Liban une pénurie d'infirmiers pouvant répondre aux besoins de la population locale (119).

1.4.2 Après la crise économique et financière d'octobre 2019

Le système de santé au Liban a été considérablement touché par la crise économique actuelle du pays, qui a encore exacerbé les difficultés auxquels sont confrontées les populations libanaise et syrienne. Le ralentissement socio-économique associé à la pandémie de COVID-19 et à l'explosion de Beyrouth (août 2020) ont contribué à ce que neuf DS sur dix vivent dans une extrême pauvreté (123, 124). Alors que le système de santé fonctionnait déjà aux limites de ses capacités, l'explosion de Beyrouth l'a encore ébranlé, mettant hors service 500 lits d'hôpitaux pendant près d'un an et détruisant partiellement ou totalement plus de 50 centres de soins de santé primaires (123). Même avant la crise, étant donné que la majorité des Libanais ne disposaient pas d'une assurance maladie, les soins de santé étaient déjà chers et inaccessibles à une grande partie de la population. Avec la crise, plus de la moitié de la population libanaise n'a plus bénéficié d'aucune forme de couverture médicale, ce qui limita l'accès à des services de santé abordables et complets et augmenta les dépenses de santé directes à plus de 85 % du revenu des ménages. La CNSS ne peut plus couvrir que 10 % du coût des services de santé, les 90 % restants étant payés par le bénéficiaire (112). Par conséquent, les bénéficiaires ont eu recours à des compagnies d'assurance privées ou à des paiements directs, qui sont passés de 33,1 % en 2018 à plus de 85 % en 2022 (125). Les assureurs privés ont commencé à accepter uniquement les paiements en dollars américains, limitant ainsi l'accès aux milieux socio-économiques plus élevés, tandis que les fonds d'assurance publics continuaient d'accepter les souscriptions en livre libanaise, qui perdait rapidement de sa valeur et renvoyait à la baisse de couverture des frais médicaux des bénéficiaires (112). Malgré les efforts du MSP pour soutenir et accroître la disponibilité des soins de santé primaires et secondaires pour les DS, le coût des consultations, des tests de laboratoire et des médicaments restait un obstacle important. Certaines personnes sont retournées en Syrie pour se faire soigner, en raison du coût élevé des services de soins au Liban (125).

La détérioration de la situation économique au Liban a eu un impact négatif sur l'accès aux soins de santé et aux médicaments pour les DS et les Libanais vulnérables à la fois (126). Les stocks de médicaments ont chuté de 50 % depuis le début de la crise, ce qui fait que plus de 70 % de la population libanaise n'a pas accès aux médicaments essentiels

(112). Etant donné que le système de santé libanais soit dominé par le secteur privé, largement axé sur les soins hospitaliers et curatifs, le MSP s'est associé à des ONG et à des entités privées pour étendre le réseau de centres de soins de santé primaires, pour atteindre 245 centres en 2021. De plus et en raison de l'absence d'incitations financières et du manque de programmes pertinents, les professionnels de santé, notamment les infirmiers et médecins, subissant les conséquences de la crise se voient émigrer et /ou sont partis à la recherche d'emplois offrant de meilleurs avantages financiers et de meilleures conditions de travail (112).

Dans ce contexte particulier avec la présence d'un système de santé défaillant, nous explorons dans la section suivante la situation des Syriens au Liban.

1.5 Situation des déplacés syriens au Liban

Le Liban occupe la septième place parmi les pays d'accueil des DS fuyant la guerre dans leur pays. Il compte 156 déplacés pour 1000 habitants (30). Les données du gouvernement libanais indiquent que le pays accueille 1.5 millions des DS, soit 25% de la population libanaise (127). Comme mentionné antérieurement, rappelons que pour des raisons historiques et juridiques notamment suite à la présence palestinienne au Liban après le conflit israélo-arabe en 1948-49 et les conséquences du déplacement et de l'installation des Palestiniens, le Liban n'a jamais ratifié la Convention de Genève de 1951. Par conséquent, le gouvernement libanais a refusé d'accorder le statut de réfugiés aux populations fuyant les combats par le régime de Damas. Officiellement, le mot « déplacé » est utilisé pour désigner les populations en demande de protection plutôt que le vocable officiel de « réfugié » (109).

A ce jour, des efforts importants ont été déployés par le gouvernement libanais avec le soutien de l'UNHCR et d'autres organisations humanitaires non gouvernementales pour aider les DS au Liban. Cependant, en dépit des efforts substantiels déployés par les acteurs locaux et internationaux au cours de la dernière décennie, les DS au Liban font toujours face à d'énormes défis affectant, entre autres, leur accès aux services de base, notamment

les services de santé(127). En raison de la nature fragmentée et privatisée du système de santé au Liban, les DS sont confrontés à de multiples obstacles pour accéder aux soins de santé, tels que les frais élevés et des difficultés de transport (127). De plus, des tensions sociales accrues existent entre les DS et la communauté d'accueil en raison de la concurrence pour des moyens de subsistance et des opportunités d'emploi étroits dans un pays aux ressources limitées comme le Liban(128) , aussi bien que pour des facteurs historiques en relation avec l'hégémonie syrienne au Liban pendant trente ans (129). Au fil des années, cette situation a aggravé les conditions de vie des Syriens et les a exposés à différentes formes de discrimination et des préjugés de la part de la population libanaise, qui les considèrent comme des boucs émissaires de la détérioration économique et politique (128).

Près de 10 ans après l'arrivée des DS au Liban et au regard de l'insuffisance des financements humanitaires pour répondre à la demande croissante de leurs besoins, il est à craindre que la situation des DS devienne de plus en plus précaire, notamment suite aux difficultés pour faire face à l'impact cumulés des crises économique, financière, politique et sanitaire reliée à la pandémie de COVID-19 (112, 125).

Sachant que les DS font partie des groupes les plus vulnérables au Liban, la délivrance de soins à cette population est (et sera) plus que jamais un défi, notamment en raison des obstacles et des problèmes de discrimination pouvant apparaître lors de l'accès et l'utilisation du système de santé Libanais.

L'originalité de cette thèse consiste à aborder l'accès et l'offre des soins aux déplacés dans un contexte de crise du pays d'accueil. La structure est détaillée dans le paragraphe suivant.

1.6 Structure de la thèse

La question de la prise en charge en matière des soins de santé pour les DS au Liban est plus que jamais préoccupante, particulièrement avec la crise économique et la présence d'un système de santé sous-financé. Ajoutons que la situation interne au Liban est très complexe vis-à-vis des DS, notamment que la politique et les différents partis religieux et ethniques ont des choix et des avis différents sur le sujet (100), ce qui peut influencer le

comportement des professionnels de santé libanais et par la suite la prise en charge des patients syriens. Avec la présence d'un système de santé défaillant et des conditions politiques et économiques particulières du Liban, la prestation des soins de santé est devenue un défi. Les questions des différences socio-culturelles compliquent également les interactions entre les acteurs de santé libanais et les DS et mènent à une inégalité dans la prestation des soins.

Afin d'explorer les difficultés rencontrées par les DS lors de l'accès aux services de santé libanais, une enquête exploratoire **qualitative** a été menée. Elle visait aussi à comprendre la relation des professionnels de santé libanais avec les DS et leurs attitudes lors de la fourniture des soins de santé et leur accès à des soins équitables avec la présence d'un système de santé défaillant (**Chapitre 2**).

L'enquête exploratoire qualitative menée entre le mois de juin et d'août 2020 a mis en lumière la présence des biais dans la délivrance de soins de santé aux DS par les professionnels libanais de santé. Sur la base des résultats de l'étude exploratoire, compte-tenu du contexte libanais, nous avons mené une étude **qualitative** confirmatoire, nous nous sommes focalisée sur la question des biais dans le système de santé libanais lors de la prestation des services aux DS. Cette étude visait à explorer les causes des biais dans les soins de santé libanais offerts aux DS et les conséquences qui en découlent (**Chapitre 3**).

Étant donné que les CC ont été ressorties comme une réponse possible aux problèmes pouvant survenir entre patients et soignants dans un contexte de relations thérapeutiques interculturel, il est légitime de poser la question de la pertinence des CC comme prévention des biais et de la discrimination dans la relation de soins. Pour répondre à cette préoccupation, nous avons mené une **scoping review** (SR) de la littérature internationale. Cette revue avait pour objectifs 1) d'identifier si les CC ont été précédemment utilisées pour répondre à des problèmes de biais et de discrimination dans la relation thérapeutique et 2) de comprendre comment les CC peuvent réduire les biais et la discrimination dans les relations de soins, y compris dans des situations interculturelles. Un troisième objectif de cette revue de la littérature était de questionner le concept de CC en lui-même : en effet, le

Chapitre 1

cadre des CC et la plupart des référentiels proposant leur implémentation ont été développés dans le contexte occidental, plus spécifiquement anglo-saxon (**Chapitre 4**).

La thèse se termine par le **chapitre 5** qui aborde les discussions, recommandations et conclusion générale de la thèse.

Glossaire

Biais : Les biais dans les soins de santé, qu'ils soient implicites ou non, décrivent des attitudes qui modifient les perceptions de la personne et affectent le comportement, les interactions et la prise de décision (130).

Compétences culturelles (CC) : Un ensemble congruent de comportements, d'attitudes et de politiques qui se combinent dans un système ou une organisation ou entre les professionnels, et favorisent un travail efficace dans des situations transculturelles (76).

Demandeur d'asile : Un demandeur d'asile est une personne qui dépose (ou se prépare à déposer) une demande d'asile dans un autre pays en vue d'obtenir une protection internationale. Bien que tous les demandeurs d'asile ne soient pas systématiquement reconnus en tant que réfugiés, ils ne peuvent pas être renvoyés dans leur pays d'origine tant qu'il n'a pas été statué en dernier recours sur leur demande (131).

Déplacé : Personnes ou [des] groupes de personnes qui ont été forcés ou contraints à fuir ou à quitter leur foyer ou leur lieu de résidence habituel, notamment en raison d'un conflit armé, de situations de violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme ou pour en éviter les effets, et qui n'ont pas franchi les frontières internationalement reconnues d'un Etat (131).

Discrimination : La discrimination dans les soins de santé peut être définie comme des actions négatives ou un manque de considération accordé à un individu ou à un groupe en raison d'une opinion préconçue et injustifiée. Un groupe peut être victime de discrimination s'il reçoit des services de moindre valeur qu'un autre groupe uniquement en raison de sa race, son origine ethnique, son sexe, un handicap, sa classe sociale, son statut socio-économique, son orientation sexuelle, son identité de genre, sa langue parlée ou son lieu de résidence. (132, 133).

Equité en santé : L'absence de différences injustes, évitables ou réparables en matière de santé entre des groupes de population définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement (134).

Inégalité sociale en santé : variations entre les groupes (135) (136), et fait référence aux différences structurelles entre des personnes se trouvant dans des situations socio-économiques différentes sur un territoire spécifique à un certain moment de son histoire et de son développement économique (116).

Migrants : La plupart des experts sont d'accord sur le fait qu'un migrant international est une personne qui change de pays de résidence habituelle, quelle que soit la raison de sa migration ou son statut juridique, malgré le fait qu'il n'existe pas de définition juridique officielle d'un migrant international. Généralement, une distinction est faite entre la migration de longue durée ou permanente, qui implique un changement de pays de résidence pour une durée d'un an ou plus, et la migration de courte durée ou temporaire, qui implique des mouvements de trois à douze mois. (131).

Préjugés : Les préjugés sont un biais négatif envers une catégorie sociale de personnes, avec des composants cognitives, affectives et comportementales (137).

Racisme : Le racisme est un système social organisé, dans lequel le groupe racial dominant, basé sur une idéologie de hiérarchie, catégorise et classe les individus en groupes sociaux appelés «races», et utilise son pouvoir pour dévaloriser, marginaliser et attribuer différemment les ressources et les opportunités de la société (133).

Réfugié : En vertu du droit international, un réfugié est une personne qui a été contrainte de fuir son pays pour échapper à la persécution ou à de graves menaces pour sa vie, son intégrité physique ou sa liberté, que ce soit en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de ses opinions politiques ou de son appartenance à un certain groupe social. Cette fuite peut aussi être motivée par des situations de conflit, des violences ou des troubles de l'ordre public. Les réfugiés sont protégés par le droit international et ne peuvent être renvoyés dans leur pays s'il y existe un risque pour leur vie ou leur liberté (131).

Stérotypes : Sont un processus universel de catégorisation sociale par lequel les individus utilisent des éléments physiques saillants (par exemple, la race, l'ethnicité et le sexe) pour acquérir, traiter et se souvenir d'informations sur les autres, qui sont aussi efficaces que possible, afin de répondre à une situation d'une manière qu'ils jugent appropriée (138).

Références bibliographiques

1. Kok P. THE DEFINITION OF MIGRATION AND ITS APPLICATION: MAKING SENSE OF RECENT SOUTH AFRICAN CENSUS AND SURVEY DATA. *Southern African Journal of Demography*. 1997;7(1):19-30.
2. Commission E. Migration https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary/glossary/migration_en.
3. IOM. IOM Definition of "Migrant", <https://www.iom.int/about-migration>.
4. Nations U. Treaty Series. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. OHCHR 1976; 993: 3. 1976.
5. 14. CESCR General Comment No. 14 (2000) on the Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12). In: Scott L, Anne G, editors. *Economic, Social, and Cultural Rights*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2006. p. 359-76.
6. Penchansky. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, Feb, 1981, Vol 19, No 2 (Feb, 1981), pp 127-140 Published by: Lippincott Williams & Wilkins Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/3764310>. 1981.
7. Medicine Io. Committee on, Understanding Eliminating, Racial Ethnic Disparities in Health, Care. In: Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, editors. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington (DC): National Academies Press (US) Copyright 2002 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.; 2003.
8. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*. 2013;12(1):18.
9. J. F. The concept and measurement of accessibility. KL White (Ed), *Health Services Research: an Anthology*, Pan American Health Organization, Washington, DC (1992), pp 842-855, Vol Scientific Publication No 534 1992.
10. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1973;51(1):95-124.
11. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research & Policy*. 2002;7(3):186-8.
12. Akhtar SS, Heydon S, Norris P. Access to the healthcare system: Experiences and perspectives of Pakistani immigrant mothers in New Zealand. *J Migr Health*. 2022;5:100077.
13. Baggio S, Jacquerioz F, Salamun J, Spechbach H, Jackson Y. Equity in access to COVID-19 testing for undocumented migrants and homeless persons during the initial phase of the pandemic. *J Migr Health*. 2021;4:100051.
14. Barlow P, Mohan G, Nolan A. Utilisation of healthcare by immigrant adults relative to the host population: Evidence from Ireland. *J Migr Health*. 2022;5:100076.
15. Mangrio E, Persson K. Immigrant parents' experience with the Swedish child health care system: A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):32.
16. Fang ML, Sixsmith J, Lawthom R, Mountian I, Shahrin A. Experiencing 'pathologized presence and normalized absence'; understanding health related experiences and access to health care among Iraqi and Somali asylum seekers, refugees and persons without legal status. *BMC public health*. 2015;15:923.
17. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80.

18. Fernández-Gutiérrez M, Bas-Sarmiento P, Albar-Marín MJ, Paloma-Castro O, Romero-Sánchez JM. Health literacy interventions for immigrant populations: a systematic review. *International nursing review*. 2018;65(1):54-64.
19. Mangrio E, Carlson E, Zdravkovic S. Newly arrived refugee parents in Sweden and their experience of the resettlement process: A qualitative study. *Scand J Public Health*. 2020;48(7):699-706.
20. IOM. Migration Health Annual Report, https://publications.iom.int/system/files/pdf/mhd_ar2017.pdf. 2017.
21. WHO. Social Determinants of Health, https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.
22. Ahmed S, Shommu NS, Rumana N, Barron GR, Wicklum S, Turin TC. Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *J Immigr Minor Health*. 2016;18(6):1522-40.
23. Hill J, Rodriguez DX, McDaniel PN. Immigration status as a health care barrier in the USA during COVID-19. *J Migr Health*. 2021;4:100036.
24. Chen JA, Shapero BG, Trinh NHT, Chang TE, Parkin S, Alpert JE, et al. Association between stigma and depression outcomes among Chinese immigrants in a primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2016;77(10):e1287-e92.
25. Carballo M, Nerukar A. Migration, refugees, and health risks. *Emerg Infect Dis*. 2001;7(3 Suppl):556-60.
26. Daynes L. The health impacts of the refugee crisis: a medical charity perspective. *Clin Med (Lond)*. 2016;16(5):437-40.
27. Abbas M. After crisis: health, politics and reflections on the European refugee crisis. *Med Confl Surviv*. 2019;35(4):295-312.
28. Kalipeni E, Oppong J. The refugee crisis in Africa and implications for health and disease: a political ecology approach. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1637-53.
29. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet*. 2018;392(10164):2606-54.
30. IOM. World migration report 2020 2019 [Available from: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf].
31. Burns R, Zhang CX, Patel P, Eley I, Campos-Matos I, Aldridge RW. Migration health research in the United Kingdom: A scoping review. *J Migr Health*. 2021;4:100061.
32. Cantor D, Swartz J, Roberts B, Abbara A, Ager A, Bhutta ZA, et al. Understanding the health needs of internally displaced persons: A scoping review. *J Migr Health*. 2021;4:100071.
33. Mangrio E, Sjögren Forss K. Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):814.
34. Wang L, Guruge S, Montana G. Older Immigrants' Access to Primary Health Care in Canada: A Scoping Review. *Can J Aging*. 2019;38(2):193-209.
35. Migration IOF. Migration health assessments and travel health assistance: 2019 overview of pre-migration health activities. Geneva: . <https://publicationsiomint/system/files/pdf/migration-health-assessmentspdf>. 2020.
36. Gushulak BD, MacPherson DW. The basic principles of migration health: Population mobility and gaps in disease prevalence. *Emerging Themes in Epidemiology*. 2006;3(1):3.
37. Lebenbaum M, Stukel TA, Saunders NR, Lu H, Urquia M, Kurdyak P, et al. Association of source country gender inequality with experiencing assault and poor mental health among young female immigrants to Ontario, Canada. *BMC Public Health*. 2021;21(1):739.

38. Aschale Y, Mengist A, Bitew A, Kassie B, Talie A. Prevalence of malaria and associated risk factors among asymptomatic migrant laborers in West Armachiho District, Northwest Ethiopia. *Res Rep Trop Med*. 2018;9:95-101.
39. Al Hourani M, Azzam AB, Ahmad Jaber R. MANIFESTATIONS OF LIFEWORLD CRISIS AMONG SYRIAN MALE YOUTH IN JORDANIAN REFUGEE CAMPS. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*. 2019;10:3-23.
40. Logie CH, Okumu M, Mwima S, Hakiza R, Chemutai D, Kyambadde P. Contextual factors associated with depression among urban refugee and displaced youth in Kampala, Uganda: findings from a cross-sectional study. *Conflict and Health*. 2020;14(1):45.
41. Maharaj V, Tomita A, Thela L, Mhlongo M, Burns JK. Food Insecurity and Risk of Depression Among Refugees and Immigrants in South Africa. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(3):631-7.
42. Salti N, Ghattas H. Food insufficiency and food insecurity as risk factors for physical disability among Palestinian refugees in Lebanon: Evidence from an observational study. *Disabil Health J*. 2016;9(4):655-62.
43. A. A. The socio-economic impact of Syrian refugees on labor in Jordan: a case study on local communities in Mafraq governorate. *J Islam Thought Civiliz* 2020;10(1):1–23 doi:1032350/jitc10101. 2020.
44. Thordardottir EB, Yin L, Hauksdottir A, Mittendorfer-Rutz E, Hollander A-C, Hultman CM, et al. Mortality and major disease risk among migrants of the 1991–2001 Balkan wars to Sweden: A register-based cohort study. *PLOS Medicine*. 2020;17(12):e1003392.
45. Haukka J, Suvisaari J, Sarvimäki M, Martikainen P. The Impact of Forced Migration on Mortality: A Cohort Study of 242,075 Finns from 1939–2010. *Epidemiology*. 2017;28(4):587-93.
46. Norredam M, Olsbjerg M, Petersen JH, Juel K, Krasnik A. Inequalities in mortality among refugees and immigrants compared to native Danes – a historical prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2012;12(1):757.
47. Cheung MC EC, Fischer HD, Camacho X, Liu N, Saskin R et al. . Impact of immigration status on cancer outcomes in Ontario, Canada. *J Oncol Pract* 2017;13(7):e602–12 doi:101200/JOP2016019497. 2017.
48. Agyemang C, Nyaaba G, Beune E, Meeks K, Owusu-Dabo E, Addo J, et al. Variations in hypertension awareness, treatment, and control among Ghanaian migrants living in Amsterdam, Berlin, London, and nonmigrant Ghanaians living in rural and urban Ghana - the RODAM study. *J Hypertens*. 2018;36(1):169-77.
49. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2020;17(9):e1003337.
50. Riley A, Varner A, Ventevogel P, Taimur Hasan MM, Welton-Mitchell C. Daily stressors, trauma exposure, and mental health among stateless Rohingya refugees in Bangladesh. *Transcult Psychiatry*. 2017;54(3):304-31.
51. Stevenson K, Alameddine R, Rukbi G, Chahrouri M, Usta J, Saab B, et al. High rates of maternal depression amongst Syrian refugees in Lebanon - a pilot study. *Sci Rep*. 2019;9(1):11849.
52. Gopal DP, Chetty U, O'Donnell P, Gajria C, Blackadder-Weinstein J. Implicit bias in healthcare: clinical practice, research and decision making. *Future Healthc J*. 2021;8(1):40-8.
53. Herzlich. Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social, in W. Doise, A. Palmonari (éds), *L'Etude des représentations sociales*. 1986.
54. Mbanya VN, Terragni L, Gele AA, Diaz E, Kumar BN. Access to Norwegian healthcare system - challenges for sub-Saharan African immigrants. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):125.

55. Garcini LM, Daly R, Chen N, Mehl J, Pham T, Phan T, et al. Undocumented immigrants and mental health: A systematic review of recent methodology and findings in the United States. *J Migr Health*. 2021;4:100058.
56. Suleman S, Garber KD, Rutkow L. Xenophobia as a determinant of health: an integrative review. *J Public Health Policy*. 2018;39(4):407-23.
57. Rivenbark JG, Ichou M. Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health*. 2020;20(1):31.
58. Albahsahli B, Bridi L, Aljenabi R, Abu-Baker D, Kaki DA, Godino JG, et al. Impact of United States refugee ban and discrimination on the mental health of hypertensive Arabic-speaking refugees. *Front Psychiatry*. 2023;14:1083353.
59. Thurber KA, Walker J, Batterham PJ, Gee GC, Chapman J, Priest N, et al. Developing and validating measures of self-reported everyday and healthcare discrimination for Aboriginal and Torres Strait Islander adults. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):14.
60. Ziersch A, Due C, Walsh M. Discrimination: a health hazard for people from refugee and asylum-seeking backgrounds resettled in Australia. *BMC Public Health*. 2020;20(1):108.
61. Chen YY, Li AT, Fung KP, Wong JP. Improving Access to Mental Health Services for Racialized Immigrants, Refugees, and Non-Status People Living with HIV/AIDS. *J Health Care Poor Underserved*. 2015;26(2):505-18.
62. Heydari A, Amiri, R., Nayeri, N. D., & AboAli, V. . Afghan refugees' experience of Iran's health service delivery. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(2), 75-85. 2016;9 (2):75-85.
63. Schein YL, Winje BA, Myhre SL, Nordstoga I, Straiton ML. A qualitative study of health experiences of Ethiopian asylum seekers in Norway. *BMC Health Services Research*. 2019;19(1):1-12.
64. Dubeau C, Demoulin S, Dauvrin M, Lepièce B, Lorant V. Implicit and explicit ethnic biases in multicultural primary care: the case of trainee general practitioners. *BMC primary care*. 2022;23(1):91.
65. Boyle PJ. An assessment of cultural competence of community public health nursing in Liffeside Health Service Area, Dublin: Middlesex University (United Kingdom); 2014.
66. Oda K, Rameka M. STUDENTS' CORNER: Using Te Tiriti O Waitangi to identify and address racism, and achieve cultural safety in nursing. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 2012;43(1):107-12.
67. Camille D, Wets C, Delaruelle K, Demoulin S, Dauvrin M, Lepiece B, et al. Factors associated with discrimination in GPs' decisions towards migrants with mental health problems. *European Journal of Public Health*. 2023;33.
68. Jones RA, Hirschey R, Campbell G, Cooley ME, Lally R, Somayaji D, et al. Update to 2019–2022 ONS Research Agenda: Rapid Review to Promote Equity in Oncology Healthcare Access and Workforce Development. *Oncology Nursing Forum*. 2021;48(6):604-12.
69. Good MJ, Hannah SD. "Shattering culture": perspectives on cultural competence and evidence-based practice in mental health services. *Transcult Psychiatry*. 2015;52(2):198-221.
70. Mladovsky P, Ingleby D, McKee M, Rechel B. Good practices in migrant health: The European experience. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*. 2012;12(3):248-52.
71. Theunissen KE. The nurse's role in improving health disparities experienced by the indigenous Māori of New Zealand. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 2011;39(2):281-6.
72. Cuevas AG, O'Brien K, Saha S. What is the key to culturally competent care: Reducing bias or cultural tailoring? *Psychology & Health*. 2017;32(4):493-507.
73. Betancourt JR, Green AR. Commentary: linking cultural competence training to improved health outcomes: perspectives from the field. *Acad Med*. 2010;85(4):583-5.

74. Blair IV, Steiner JF, Fairclough DL, Hanratty R, Price DW, Hirsh HK, et al. Clinicians' Implicit Ethnic/Racial Bias and Perceptions of Care Among Black and Latino Patients. *Annals of Family Medicine*. 2013;11(1):43-52.
75. Weech-Maldonado R, Elliott M, Pradhan R, Schiller C, Hall A, Hays RD. Can hospital cultural competency reduce disparities in patient experiences with care? *Med Care*. 2012;50 Suppl(0):S48-55.
76. Health OoM. National Standards for Culturally and Linguistically appropriate Services in Health Care. . Final Report, Washington DC: US Department of Health and Human services. 2001.
77. F F, H S, L R, Y vS, E S, M P, et al. Midwives' experiences of cultural competency training and providing perinatal care for migrant women a mixed methods study: Operational Refugee and Migrant Maternal Approach (ORAMMA) project. *BMC pregnancy and childbirth*. 2021;21(1):340.
78. McCalman J, Jongen C, Bainbridge R. Organisational systems' approaches to improving cultural competence in healthcare: a systematic scoping review of the literature. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):78.
79. Kelly F, Papadopoulos I. Enhancing the cultural competence of healthcare professionals through an online course. *Diversity in Health and Care*. 2009;6:77-84.
80. Carter BM, Phillips BC. Revolutionizing the Nursing Curriculum. *Creative Nursing*. 2021;27(1):25-30.
81. Tang C, Tian B, Zhang X, Zhang K, Xiao X, Simoni JM, et al. The influence of cultural competence of nurses on patient satisfaction and the mediating effect of patient trust. *J Adv Nurs*. 2019;75(4):749-59.
82. Shepherd SM. Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):14.
83. Cruz JP, Aguinaldo AN, Estacio JC, Alotaibi A, Arguvanli S, Cayaban ARR, et al. A Multicountry Perspective on Cultural Competence Among Baccalaureate Nursing Students. *J Nurs Scholarsh*. 2018;50(1):92-101.
84. Wang Y, Xiao LD, Yan P, Wang Y, Yasheng A. Nursing students' cultural competence in caring for older people in a multicultural and developing region. *Nurse Educ Today*. 2018;70:47-53.
85. Alpers LM. Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study. *Nurs Ethics*. 2018;25(3):313-23.
86. Dias S, Gama A, Cargaleiro H, Martins MO. Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. *Human Resources for Health*. 2012;10(1):14.
87. Schininá G NN, Birot P, Giardinelli L, Kios G. Mainstreaming mental health and psychosocial support in camp coordination and camp management. The experience of the International Organization for Migration in the north east of Nigeria and South Sudan. *Intervention*2016;14(3):232–4
88. Abbott KL, Woods CA, Halim DA, Qureshi HA. Pediatric care during a short-term medical mission to a Syrian refugee camp in Northern Jordan. *Avicenna J Med*. 2017;7(4):176-81.
89. Schmidt NC, Fagnoli V, Epiney M, Irion O. Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. *Reproductive Health*. 2018;15:1-.
90. Kosiyaorn H, Julchoo S, Phaiyarnom M, Sinam P, Kunpeuk W, Pudpong N, et al. Strengthening the migrant-friendliness of Thai health services through interpretation and cultural mediation: a system analysis. *Glob Health Res Policy*. 2020;5(1):53.
91. Merino Orozco A, Calvo Ruiz M, Di Giusto Valle C, Pérez de Albéniz Garrote G, Medina Gómez B, Gutiérrez García A, et al. Accompaniment in the Gender and Social Discrimination of Migrant Women Victims of Gender-Based Violence: From Bibliography to Situated Key in Burgos, Spain. *Social Sciences*. 2023;12(6):325.
92. H. V. What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in

the WHO European Region? . Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 64). 2019.

93. Sepúlveda C CB. Rol del facilitador intercultural para migrantes internacionales en centros de salud chilenos: perspectivas de cuatro grupos de actores clave [Role of the intercultural facilitator for international migrants in Chilean health centres: perspectives from four groups of key actors]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2019;36(4):592–600 doi:1017843/rpmesp20193644683

94. Čebbron U PS, Jazbinšek S, Farkaš-Lainščak J. Case study: evaluation of the implementation of intercultural mediation in preventive health-care programmes in Slovenia. *Public Health Panorama* 201731114–19. 2020.

95. Miklavcic A, Leblanc MN, editors. *Culture Brokers, Clinically Applied Ethnography, and Cultural Mediation* 2014.

96. Cornet A. TC, Uzun A., Matamba P. . La médiation interculturelle en milieu hospitalier en Belgique : une recherche de reconnaissance. *Management & sciences sociales*, 2017, La diversité : regards croisés Aujourd'hui et demain, 23, pp4-14 hal-01856602 2017.

97. Chbaral Z, & Verrept, H. . La médiation interculturelle en milieu hospitalier. *Médiations & sociétés*, 24-27. 2004.

98. Dauvrin M, Derluyn, I., Coune, I., Verrept, H., & Lorant, V. . Towards fair health policies for migrants and ethnic minorities: The case-study of ETHEALTH in Belgium. *BMC Public Health* 12 (1), 726. 2012.

99. Berti B. The Syrian Refugee Crisis Regional and Human Security Implications. *Startegic Assessment*. 2015;17(4):41-53.

100. Salem P. Can Lebanon survive the syria crisis. *Carnegie Endowment for International Peace*. 2012.

101. Dionigi F. The Syrian Refugee Crisis in Lebanon: State Fragility and Social Resilience. *LSE Middle East Centre Paper Series*. 2016;15.

102. UNHCR. Lebanon: Shelter. <https://www.unhcr.org/lb/shelter>, (accessed November 2019). 2017.

103. Janmyr M. Precarity in Exile: The Legal Status of Syrian Refugees in Lebanon. *Refugee Survey Quarterly*. 2016;35(4):58-78.

104. LOVELESS J. Crisis in Lebanon: Camps for Syrian Refugees?' *Forced Migration Review* 43: 66–68. 2013.

105. THIBOS C. One million Syrians in Lebanon: A Milestone Quickly Passed. *Migration Policy Center Policy Brief* 2014/03 [Online], http://cadmuseuieu/bitstream/handle/1814/31696/MPC_THIBOS_2014_pdf (accessed November 2019). 2014.

106. UNHCR. Appel global 2013 du HCR (actualisation) - Liban, <https://www.unhcr.org/fr/media/appe-global-2013-du-hcr-actualisation-liban>. 2013.

107. Saghie N, & Frangieh, G. . The most important features of Lebanese policy towards the issue of Syrian refugees: From hiding its head in the sand to “soft power”. *Heinrich Böll Stiftung* [Online], <https://lb.boell.org/en/2014/12/30/most-important-features-lebanese-policy-towards-issue-syrian-refugees-hiding-its-head> (accessed November 2019). 2014.

108. EL MUFTI K. Official Response to the Syrian Refugee Crisis in Lebanon, the Disastrous Policy of No-Policy. *Civil Society Knowledge Centre, Lebanon Support*, <https://civilsociety-centre> 2014.

109. Geisser V. La question des réfugiés syriens au Liban : le réveil des fantômes du passé. *Confluences Méditerranée*. 2013;N° 87(4).

110. LENNER KS, S. . Syrian Refugees in Jordan and Lebanon: Between Refuge and Ongoing deprivation'. In *European Institute of the Mediterranean. Yearbook* 2016 (pp122–126), <https://www.iemed.org/observatori/arees-danalisi/arxiu-adjunts/anuari/med2016/>

2016.

111. INTERNATIONAL A. Lebanon's October 2019 protests weren't just about the 'WhatsApp tax'. <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2021/10/lebanons-october-2019-protests-werent-just-about-the-whatsapp-tax/>. 2021.
112. El-Jardali F. MRSZ. Rethinking Lebanon's Healthcare System Amid the Economic Crisis. <https://www.lcps-lebanon.org/articles/details/4799/rethinking-lebanon%E2%80%99s-healthcare-system-amid-the-economic-crisis>. 2023.
113. ESCWA U. Multidimensional poverty in Lebanon: A proposed measurement framework, and an assessment of the socioeconomic crisis UNESCWA; 2021 [Available from: <https://www.unescwa.org/publications/multidimensional-poverty-lebanon>]
114. Bank W. Lebanon: Multi-dimension Poverty Index shows 53% of residents were poor before crisis 2022 [Available from: <https://blogs.worldbank.org/arabvoices/lebanon-multi-dimension-poverty-index-shows-53-residents-were-poor-crisis>].
115. Ammar W, Mechbal Ae-H, Awar M. Health financing in Lebanon. I. Organization of health care services, coverage system and contribution of the Ministry of Public Health. J Med Liban. 1998;46(3):149-55.
116. Saliba S. C. . Recours aux soins et couverture médicale au Liban. : L'Harmattan; collection Logiques Sociales. Paris. 2016.
117. Khalife J, Rafeh N, Makouk J, El-Jardali F, Ekman B, Kronfol N, et al. Hospital Contracting Reforms: The Lebanese Ministry of Public Health Experience. Health Syst Reform. 2017;3(1):34-41.
118. Mikhael C. Lebanese Hospital Care Structural Deficiencies hindering development, <https://blog.blominvestbank.com/19224/lebanese-hospital-care-structural-deficiencies-hindering-development/>. 2016.
119. Ammar Z. <HealthResponseStrategy-updated.pdf>. 2016.
120. UNHCR. <3RP-Progress-Report-17102017-final.pdf>. 2017.
121. Awar Ammar M. Health insurance reform: labor versus health perspectives. publication date Jan 2012 publication description J Med Liban 2012 Jan-Mar;60(1):1-3. 2018.
122. NAUFAL H. Les réfugiés syriens au Liban : entre l'approche humanitaire et les divisions politiques, Migration Policy Centre Research Report, 2012/12 - <https://hdl.handle.net/1814/24834>, Retrieved from Cadmus, EUI Research Repository. 2012.
123. WHO. Annual report 2020: leveraging emergency health support for health system development. <https://www.emrow.int/lbn/lebanon-infocus/lebanon-publishes-2020-annual-report.html>. 2020.
124. Mjaess G, Karam A, Chebel R, Tayeh GA, Aoun F. COVID-19, the economic crisis, and the Beirut blast: what 2020 meant to the Lebanese health-care system. Eastern Mediterranean Health Journal. 2021;27(6):535-7.
125. C. H-A. Syrian refugee access to healthcare in Lebanon. OCHA, <https://reliefweb.int/report/lebanon/syrian-refugee-access-healthcare-lebanon>. 2020.
126. UNHCR. UNHCR Lebanon: Fact sheet, August 2023. <https://www.unhcr.org/lb/wp-content/uploads/sites/16/2023/10/UNHCR-Lebanon-FactSheet-August-2023.pdf>. 2023.
127. UNHCR. Middle East and North Africa, <https://reporting.unhcr.org/globalreport/middle-east-and-north-africa> 2021.
128. Thorleifsson C. The limits of hospitality: coping strategies among displaced Syrians in Lebanon. Third World Quarterly. 2016;37(6):1071-82.
129. Baron X. Chapitre 21. La mainmise syrienne sur le Liban. Histoire de la Syrie. Paris: Tallandier; 2014. p. 235-48.

130. Marcelin JR, Siraj DS, Victor R, Kotadia S, Maldonado YA. The Impact of Unconscious Bias in Healthcare: How to Recognize and Mitigate It. *J Infect Dis.* 2019;220(220 Suppl 2):S62-S73.
131. UNHCR. Compact for Migration, Definitions, <https://refugeesmigrants.un.org/definitions/https://www.unhcr.org/fr/questions-frequeemment-posees.html?query=refugies%20definition#Questcequunr%C3%A9fugi%C3%A9>.
132. Williams IC, Clay OJ, Ovalle F, Atkinson D, Crowe M. The Role of Perceived Discrimination and Other Psychosocial Factors in Explaining Diabetes Distress Among Older African American and White Adults. *Journal of Applied Gerontology.* 2020;39(1):99-104.
133. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA, Vu C. Understanding how discrimination can affect health. *Health Serv Res.* 2019;54 Suppl 2(Suppl 2):1374-88.
134. WHO C. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, World Health Organization. WHO website: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html. 2008.
135. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action.* 2015;8(1):-1-N.PAG.
136. McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. *Public Health.* 2019;172:22-30.
137. Paluck EL, Green DP. Prejudice reduction: what works? A review and assessment of research and practice. *Annu Rev Psychol.* 2009;60:339-67.
138. Dovidio JF, Gaertner SL. Reducing Prejudice: Combating Intergroup Biases. *Current Directions in Psychological Science.* 1999;8(4):101-5.

**CHAPITRE 2 Experiences of cultural differences,
discrimination, and healthcare access of displaced Syrians
(DS) in Lebanon: a qualitative study**

Chapter II Experiences of Cultural Differences, Discrimination, and Healthcare Access of Displaced Syrians (DS) in Lebanon: A Qualitative Study

Khalifeh, R.; D'Hoore, W.; Saliba, C.; Salameh, P.; Dauvrin, M. Experiences of Cultural Differences, Discrimination, and Healthcare Access of Displaced Syrians (DS) in Lebanon: A Qualitative Study. *Healthcare* **2023**, *11*, 2013. <https://doi.org/10.3390/healthcare11142013>

Abstract: The study aims to examine cultural differences and discrimination as difficulties encountered by DS when using the Lebanese healthcare system, and to evaluate the equity of DS access to health services in Lebanon. This is a qualitative study using in-depth semi-structured interviews with DS and Lebanese healthcare professionals. The participants were selected by visiting two hospitals, one public Primary Healthcare Center, and three PHCs managed by Non-Governmental Organizations. The recruitment of participants was based on reasoned and targeted sampling. Thematic analysis was performed to identify common themes in participants' experiences of DS in accessing Lebanese healthcare. Twenty interviews took place with directors of health facilities ($n = 5$), health professionals ($n = 9$), and DS ($n = 6$) in six different Lebanese healthcare institutions. The results showed barriers of access to care related to transportation and financial issues. Healthcare services provided to the DS appear to be of poor quality due to inequitable access to the health system, attributable to the discriminatory behavior of healthcare providers. Among the several factors contributing to the presence of discrimination in the Lebanese healthcare system, the persisting fragility of the healthcare system—facing a humanitarian crisis—emerged as the major driver of such unequal treatment. The number of DS in Lebanon is roughly equal to a quarter of its citizens; there is an urging need to restore the Lebanese health system to ensure the equitable provision of health services for DS and appropriate working conditions for health professionals.

Keywords: Syrians refugees; health equity; discrimination; access to health services; Lebanon; qualitative study

1. Introduction

In recent years, migration increased significantly to an unprecedented level, with a documented 3.5% of the world population now living outside their native land [1], creating ethnically and racially diverse communities in various parts around the world [2]. In 2011, the Syrian civil war led to a massive influx of Syrian refugees to Lebanon due to its geographical proximity [3,4]. Lebanese government data indicate that the country hosts 1.5 million DS, equivalent to a quarter of the Lebanese population [5]. However, in view of the Syrian hegemony over Lebanon from 1975 to 2005, the history of troubled relations with Syria has marked Lebanon and its inhabitants (of approximately 4 million) [6]. Moreover, due to historical and legal reasons closely connected to the age-old Palestinian presence in Lebanon following the Israeli-Palestinian conflict in 1948 and the consequences of their displacement and settling down on Lebanese grounds, the Lebanese government - which has never ratified the 1951 Geneva Convention - has always refused to grant refugee status to Syrian populations fleeing the Damascus regime [6]. Hence, Lebanon has officially used the word “displaced” to designate populations seeking protection and has always refrained from using the term “refugee” [6].

Studies show that migrants and refugees worldwide need significant healthcare services and suffer from disparities and health inequities in their access to care [7–9]. Healthcare biases and cultural differences in language, beliefs, or values are the main causes of healthcare disparities [10]. Bias in healthcare is commonly defined as the tendency to favor one group over another [11]. Therefore, discrimination is characterized as bias when it results in unequal treatment based on a person’s physical traits or membership in a certain social group [12]. Healthcare bias can be either positive or negative and can be either unconscious (implicit or unintentional) or conscious (explicit or purposeful) [11]. However, health equity remains a right, regardless of the status of the care recipient, and an essential element in the strategy of the health sector [13].

In the Lebanese context, citizens do not have sufficient access to healthcare services given the poorly structured system. Both the provision of healthcare services and their finance remain mostly in the hands of the private sector and the responsibility of the individual. The three primary mechanisms of finance for the Lebanese healthcare system are public or fiscalized, private, and parapublic or socialized. The government’s direct action is still insufficient,

especially for those who are most in need [14]. The impact of the Syrian conflict, the Lebanese economic crisis (since October 2019), and the Beirut blast (August 2020) have taken their toll on the Lebanese healthcare system. Such strain has led to an increased demand for healthcare services, the accumulation of unpaid debts incurred by the Ministry of Public Health to hospitals under contract, a shortage of health professionals such as medical specialists and nurses, an outbreak of communicable diseases among the ‘displaced’, and the emergence of new diseases [14].

At the beginning of the Syrian crisis, the Lebanese health system showed resilience and responded to DS’s needs for healthcare. The equitable access to health services granted to Syrians is due to the Lebanese Ministry of Public Health’s (MoPH) collaboration with international organizations, the private sector, and civil society organizations [15]. Despite all efforts, barriers to the integration of the DS in the Lebanese health system persist due to the complexity of the health system in Lebanon added to the high cost of care, health inequity, socio-cultural disparities, and low interest from the provider’s perspective [16,17]. There are several studies describing the Lebanese and Syrian beneficiaries’ access to health services [14,17–19], but there are no studies capturing health disparities from the perspectives of DS in Lebanon.

Moreover, DS, who make up 25% of the overall population, are blamed for escalating political and economic problems and challenges [20]. The aim of this study is to explore difficulties encountered by DS while accessing the Lebanese healthcare services, the relationship of Lebanese health professionals with DS and their attitudes while providing them with health services, and the effects of DS’s equitable access to health in a collapsing health system in Lebanon.

2. Materials and Methods

2.1. Study Design and Sample

We used an exploratory, descriptive qualitative design. The study was conducted in health facilities (PHCs, hospitals) located in six Lebanese governorates for a period of three months, from June 2020 to August 2020. Participants were managers, health professionals, and DS. We

used reasoned and targeted sampling to recruit participants, based on the presence of healthcare professionals and DS in the facility at the time and day of the scheduled interview.

Managers and health professionals were selected in hospitals and PHCs that receive DS. We visited two hospitals (one public and one private), one PHC, and three NGOs delivering care through PHCs. DS were selected and interviewed during the onsite visits. We contacted the healthcare facilities by phone prior to the visit and arranged meetings with the directors. The interviews took place in a space set aside for the purpose in the healthcare facility. There was no incentive for participation.

Inclusion criteria were the following:

Category 1: Administrators of health facilities were defined as directors and managers at managerial and administrative levels in a public or private health facility in the different Lebanese governorates which provide health services to displaced Syrians registered or not with the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR).

Category 2: Health professionals were defined as certified Lebanese physicians and nurses with over two years' experience in providing healthcare to DS in the health facilities described above and in providing either ambulatory care (PHCs) or hospital care.

Category 3: DS were defined as Syrian citizens that fled the civil war in Syria and settled in Lebanon in refugee camps or in private housing and who are entitled to benefit from health services provided by healthcare facilities described above whether or not they are registered or with UNHCR.

The final study sample consisted of 20 participants (see Table 1). Five participants were medical doctors ($n = 2$) or managers or directors of healthcare facilities with a master's degree in hospital management ($n = 3$). Nine participants were healthcare professionals working in selected healthcare facilities: five nurses and four medical doctors. Six DS— four women and two men—participated in the study during their visit to the selected healthcare facilities.

Table 1. Characteristics of the participants.

Participants	Code	Number of Participants ($n = 20$)	Participants' Sex		Mean Age of Participants	Academic Qualification
			M	F		
Category 1: Administrators of Health Facilities	E_D_PX	5	3	2	47	Healthcare Management ($n = 3$), Doctors ($n = 2$)
Category 2: Health Professionals	E_PS_PX	9	6	3	38.5	Nurse ($n = 5$), Medical Doctor-General Practitioners ($n = 4$)
Category 3: Displaced Syrians	E_DS_PX	6	2	4	40.5	N/A

n: number; E: ~~entretien~~/interview; D: director; PS: ~~professionnel de santé~~/health professional; DS: displaced Syrian; P: participant; X: number of participants; N/A: not applicable.

2.2. Interview Guides

Three semi-directive interview guides were formulated in French based on the objectives presented in Table 2, and then translated into Arabic using backward and forward translations as a method.

The interviews were conducted in Arabic. The translation in both French and English languages was ensured by professional trilingual translators and then confirmed by the research team. This triangulation guaranteed the credibility of the data translation and the fidelity to the cultural sensitivity of the questions. The duration of the interview ranged between 20 and 40 min (average = 30 min).

Table 2. Objectives of the interview guides.

Participants	Objectives of the Interview Guide
Administrators of health facilities	- To understand the conditions, required documents, reimbursement of cover costs, and other steps involved in the admission of DS to PHC and hospitals. - To comprehend the channels of communication and coordination between the different stakeholders: hospitals/PHC, MoPH, NGO, other actors, etc. - To know the main health needs of DS. - To describe the various problems and difficulties encountered by medical and paramedical personnel providing care to DS, including the relation and interaction between health professionals and DS.
Health Professionals	- To recognize the individual cultural factors of the DS, such as religion, dialects, conceptions of physical and mental health, life, and death, as well as beliefs about illness, health, and treatment . . . and try to understand the interaction and the effects of those factors in the delivery of healthcare services. - To describe the relation between the doctors/nurses and the DS and to comprehend how it affects the level of care provided to the patients.
Displaced Syrians	- To explore the difficulties encountered by DS while accessing the Lebanese healthcare system. - To understand whether DS receive appropriate care and services corresponding to their specific situations. - To describe the relation between the healthcare professionals and DS during the delivery of care.

2.3. Ethical Approval

Participation in the semi-structured interviews was voluntary. The participants were informed about the purpose of the study and gave verbal consent for recording the interview. The institutional review board of Al Rahma Hospital (Ref: 077-2021) was informed and consented to conduct the study.

2.4. Data Analysis and Trustworthiness

A general inductive approach was used for the thematic analysis. This approach “provides a set of easy-to-use and systematic procedures for analyzing qualitative data that can produce reliable and valid results” [16]. An initial working coding scheme was generated from a consecutive review of the first set of transcripts by RK. Codes were developed through an initial open coding process, whereby codes were derived from the raw data. Data were also categorized in light of the research aims and questions that guided the development of interview guides. This working coding scheme was then applied to the same transcript by MD and WD to complete the coding scheme and ensure the validity of the coding scheme. The resulting coding scheme was then discussed and validated by all authors before being applied to the whole set of transcripts. The

working coding scheme was revised until no new theme was identified. Each category was then reviewed for cohesion and compared to coding conducted by the other authors for consistency. The results were presented in the form of a narrative synthesis and were illustrated by excerpts taken from the interviews with the participants. The themes and sub-themes are elaborated below in Section 3.

Several measures were taken to ensure the trustworthiness of this study [21]:

1. The research question was carefully crafted by the first author and thoroughly re-viewed by the research team to ensure that it was clear and precise.
2. A diverse group of participants was selected for the study, including directors, health-care professionals, and displaced Syrians, to ensure that a variety of viewpoints was reflected. We referred to the person triangulation and collected data from 3 types of people, with the aim of validating data through multiple perspectives.
3. The interviews were conducted in a neutral and non-judgmental manner, with open-ended questions that encouraged participants to share their experiences and opinions.
4. The interviews were conducted by a trained researcher who was skilled in qualitative research methods and who had experience working with diverse populations. A peer debriefing was used with knowledgeable peers and researchers on a qualitative basis.
5. The data collected from the interviews was carefully analyzed and interpreted using established research methods, including coding and thematic analysis. The findings were then reviewed and validated by multiple researchers to ensure that they were accurate and reliable, reflecting the experiences and perspectives of the participants.
6. Data saturation was reached once no new information was obtained and redundancy was achieved.

3. Results

3.1. Access and Entitlement of the DS to Lebanese Health System Services

3.1.1. Conditions for Hospital Admission

According to the interviews conducted with the directors and healthcare professionals, for the admission of DS to hospitals, the administrative staff should obtain the approval of a third-party payer designated by UNHCR for health services coverage and reimbursement. The patient co-pays 25% of the hospitalization costs. Childbirth is covered, taking into account registration with UNHCR, and many exemptions apply, including chronic diseases, infectious diseases requiring long-term treatment, surgeries with implants, and many others. Sometimes, the staff of the hospital call security if the patient refuses to pay the requested amount related to the healthcare provided during his/her hospitalization.

“UNHCR is represented by Next Care, an insurance company that covers hospitalization costs. But some cases are exempted such as chronic diseases, orthopedic prostheses, any surgery considered non-urgent (cold case) [. . .] For infectious diseases requiring long-term treatment, the patient will not be admitted to the hospital if he cannot cover the expenses out-of-pocket since these cases are exempted as per the UNHCR agreement. For the amount that the patient must co-pay, we used a new procedure that requires the patient to cover these expenses upon admission to avoid any conflict upon discharge [. . .] Honestly, sometimes, we call on the Security to make the patient pay the requested amount” (Jacques—fictional name, director of a public hospital in Mount Lebanon).*

The MoPH does not reimburse outpatient services. It offers an alternative by subsidizing a comprehensive package of PHC services through an extensive network of PHCs. DS registered or not with the UNHCR can benefit from the various treatments offered in these centers. Directors and healthcare professionals reported that the DS are unorganized, and they do not respect the consultation times and call doctors at any time of the day or night. These aspects may reflect, based on their statement, the way they behave in their country.

“It took me a huge effort to explain and make them understand the organization of care in our center and the importance of respecting consultation times” (Farida, nurse at a PHC in Mount Lebanon).

“The DS are not organized [. . .] besides, you can’t imagine, they believe that they can call the doctor at any time...it’s crazy, even for trivial questions, they call midnight. Frankly, I don’t know if they do the same thing in Syria [. . .] they don’t understand that doctors are not employees who live in hospitals 24 h a day” (Jacques, director of a public hospital in Mount Lebanon).

As explained by hospital directors, due to delays in third-party payers’ reimbursement, they decided not to admit DS until the pending invoices are paid.

“Third-party payers are always late to finance care for DS [. . .]. So, sometimes I make a decision not to have DS admitted unless they put a deposit before their admission” (Jacques, director of a public hospital in Mount Lebanon).

3.1.2. Access of DS to Health Services

As reported by the DS, challenges to access health facilities and receive the needed health services are related to transportation and financial difficulties to co-pay the amount not covered by the third party.

“Sometimes I don’t have the money to go to the center; I stay at home” (Ahmad, Syrian, 25 years).

“If they ask me for check-ups and x-rays, I don’t do them . . . I don’t have the money and I don’t come back to the center” (Fatima, Syrian, 27 years).

According to DS, it is difficult to visit a doctor since there is no means of transport and the PHCs are far from their place of residence.

The interviews were conducted during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic; participants reported avoiding consulting with a physician, as they feared being asked to self-isolate or to be admitted to the hospital, without having possibilities of contacts with their relatives. The poor living conditions and the lack of access to proper hygiene infrastructure appeared to trigger this fear.

“The other time, a doctor told me I have to stay at home because I have COVID symptoms and it is contagious, but in the tent where I live we are 20 people [. . .] I am not returning to this doctor and if I know I will be consulted by him again, I will flee” (Mohamad, Syrian, 32 years).

A director of a PHC mentioned an additional challenge with DS related to health literacy and difficulties using healthcare services. To compensate for this barrier, information material is put at disposal of the DS.

“Brochures and information in Arabic are offered in the PHC centers to allow them a better understanding of the health procedures carried out in these centers” (Joseph, director of a PHC).

A director of a public hospital also stated that DS do not want to understand these procedures and refuse to be involved in the care and take part in decisions about the care received.

“ . . . It’s not that they don’t understand. The problem is that they don’t want to understand!” (Milad, director of a public hospital in Mount Lebanon).

To better facilitate access to healthcare services and to avoid legal barriers, one of the health professionals explained:

“In our center (PHC-Hermel), we welcome any DS without asking for their identity or any legal document; you know that there are many Syrians who do not have their legal papers and who are sometimes afraid to go to the centers because they may be arrested by the Lebanese State” (Ali, nurse working at a PHC).

3.2. Socio-Cultural Interplays and Interactions between DS and Lebanese Healthcare Professionals

3.2.1. Socio-Cultural Differences

In their interviews, managers and health professionals pointed out that DS have different ideas of health, life, being a parent, treatments, and death than they do. In the Lebanese interviews, the beliefs and health attitudes of DS are described as “unusual” and “strange”.

These cultural differences appear to be intertwined with social and economic considerations, making it even more surprising or shocking for Lebanese professionals who witness it. According to the interviews conducted with directors and healthcare professionals, issues relating to gender, religion, and the relationship between men and women create tensions between Lebanese healthcare professionals and DS. One example provided by a director of a hospital shows that DS may refuse to take their baby from the hospital because of the gender or even force their wife to have an abortion for the same reason. He also added that a Syrian father refused to pay the requested amount for healthcare provided to his little son, justifying his refusal by the fact that he can have another one.

“One of the DS wanted to leave his newborn baby in the hospital because he does not want to pay the amount requested [. . .]. Another left his wife and baby in the hospital because the woman gave birth to a girl and not a boy; it’s weird though. Also, a husband has asked his wife to have an abortion and he doesn’t care because he can have another one (he doesn’t want to pay . . .). I can also tell you that once we informed a father that his little one needed to be admitted to intensive care and there was an additional charge to be paid; he refused and replied,

“it doesn’t matter if she dies; I don’t want to pay and I can have another” [. . .] It’s still a bizarre attitude and mentality” (Jacques, director of a public hospital in Mount Lebanon).

DS also experience these socio-cultural differences in their relationship with Lebanese physicians and appear more satisfied with healthcare provided by Syrian professionals than Lebanese ones. But the financial component also appears to play a role in their perceived satisfaction.

“The Syrian doctor understands us; he gives us an injection in his clinic, and everything goes well [. . .] here, the doctors ask for tests, and we don’t have the money to do them” (Ali, Syrian, 28 years).

It appears from the interviews that health professionals consider that the DS do not follow the recommendations in connection with the treatment or the use of the care services. Consequently, health professionals view Syrian patients as nonchalant and unorganized. Because of these differences and a lack of knowledge of the Lebanese healthcare system, Syrians may exhibit attitudes that are negatively perceived by healthcare professionals, such as showing up without respecting the appointment or neglecting the preventive measures or the advice recommended by Lebanese professionals.

3.2.2. Language Barriers

As experienced by healthcare professionals, language constitutes a barrier when DS speak a Syrian dialect or have a particular accent. The dialect negatively affects the communication between the healthcare professionals and the patient, and subsequently influences the quality of care and health outcomes.

“It is very difficult to understand what they are saying, I am not familiar with their dialect . . . you know when we receive a Syrian who comes from the camps of Akkar, he speaks the “badawiyé” accent; frankly I do not understand anything; I make an effort to understand the signs and symptoms to know what to do. In Tripoli (northern Lebanon), it is easier since there is another community, and there are similarities between the two Lebanese and Syrian populations who share the same customs and values in general” (Fatima, nurse working at a PHC).

For the DS, as reported in the interviews, the language barrier is due to the use of scientific language. Consequently, patients reported not understanding the information but did not mention it to the professionals.

“Sometimes the doctor uses foreign language words or uses Lebanese words that I don’t understand, but I say nothing to him, and I pretend that I have understood, and I leave . . . ” (Yusra, Syrian visiting a PHC in Akkar).

3.3. Health Inequity and Discrimination

Across the interviews, it appears that numerous interactions between DS and Lebanese professionals are reported in negative terms. In the professionals’ discussions as well as in the DS interviews, stereotypes, prejudices, blaming, and testimonies of inappropriate behaviors could be found. Whether intentional or unintentional, it was observed that these prejudices led to inappropriate care, poor quality of care, delays in seeking care, segregation in the services, aggressive reactions, as well as refusal of care.

“We sometimes encounter a problem of discrimination; especially with doctors who have a difficult character to manage . . . well you know they (doctors) consider that they occupy a particular position and that nobody can discuss it with them . . . We have received a lot of complaints from displaced Syrians about the sometimes inappropriate behavior of doctors. For example, one of the Syrian patients comes to tell me that a doctor told him to go to Syria to benefit from the care and that he gave up his place for a Lebanese. Oooh what do we see cases, even doctors who refuse to see Syrian patients (only because he is Syrian), do you realize that?” (Fatima, nurse working at a PHC).

Following the interviews, DS reported being rejected and/or discriminated against while receiving healthcare services. The stereotyped behavior of health professionals induced ambivalent feelings among DS, thus leading to them discontinuing the care.

“The Lebanese always tell us that these centers are theirs and that we shouldn’t be here. We must return to our country” (Jafar, Syrian visiting a PHC).

Sometimes, DS avoided coming back to the center because of this perceived feeling of rejection. They said that health professionals speak to them in a threatening and aggressive way and sometimes even leave them waiting without a valid reason.

“I come to this center because they behave better with us. The other time I was in a hospital, the doctor spoke to me in a disrespectful way and the nurse left me in the hallway for an hour without her speaking to me, yet she let other patients pass (Lebanese) smiling to them” (Yusra, Syria, 32 years).

For their part, the displaced Syrians, following the interviews, expressed themselves regarding the rejection they felt from Lebanese health professionals, which constitutes a barrier in the provision of care. The stereotyped behavior of health professionals induces ambivalent feelings among displaced Syrians and thus leads to a halt in the continuity of care: *“The Lebanese always*

tell us that these centers are theirs and what are we doing here? We! We must return to our country”.

Discriminative practices could be found in the professionals' attitudes but also among Lebanese patients attending the same services, leading to a physical separation of patients inside the services.

“We had a lot of resistance from the staff at the hospital to work with the Syrians. The nurses complained about the smell and the hygiene of the Syrian patients (remember that they live in tents with miserable conditions) which pushed them to do things in a hurry and sometimes walk past symptoms without considering them. Following the various complaints received from patients (Lebanese), we were forced to put Syrian patients in separate rooms” (Nesrine, head nurse working at a hospital).

In the interviews with the healthcare professionals, these discriminant attitudes seem to find their roots in the sociopolitical context surrounding the relations between Lebanon and Syrian, notably the Syrian hegemony over Lebanon until 2005. Besides, as reported by some professionals, Lebanon is still recovering from the Lebanese civil war and has to cope with scarcity of resources, materialized, among others, in the collapsing Lebanese health system. The healthcare system struggles with a lack of human and financial resources. These factors seem to promote discrimination and prejudice in healthcare but could be seen by some professionals as the expected consequences of the shared war history.

“To be frank with you, yes, there is discrimination between doctors/nurses and DS . . . it's very human and don't forget that we are Lebanese who lived through a war with Syria and we still have this feeling that they are “Syrians”” (Mohamad, doctor consulting in a PHC).

Factors Contributing to Health Inequity and Their Effects on DS in the Context of Lebanese Health System

Based on the different themes that emerged, the health inequity of DS in Lebanon is related to socio-cultural and financial interplays and the lack of understanding of the Lebanese health system. The history of war stigma has created everlasting tensions and seems to be a leading cause of discrimination and difficult interaction with the Lebanese healthcare professionals. The transportation to care facilities and the financial problems that limit the ability to co-pay the extra health costs not covered by third-party payers are barriers to access health services. Our

study highlighted other factors contributing to health inequity, like the continuity of care, health literacy, and legal issues. Figure 1 shows that the drivers of discrimination are stereotyping, prejudices, stigma, and racism.

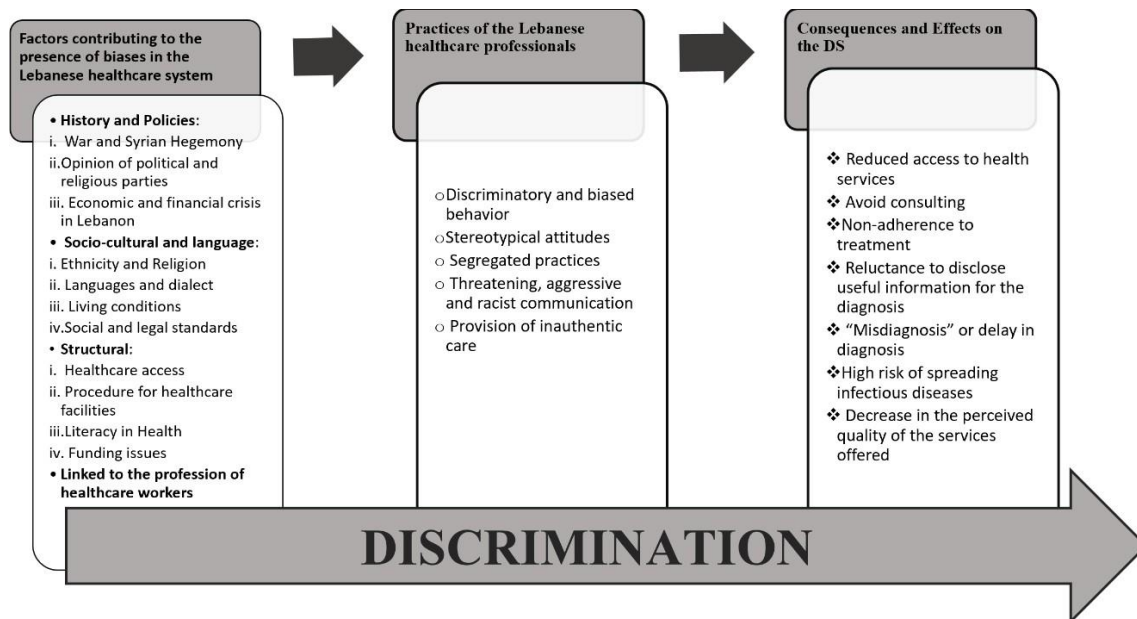


Figure 1. Factors contributing to health inequity and their effects on DS in the context of Lebanese health system.

4. Discussion

By examining the experiences of DS and Lebanese health professionals, this study reveals many barriers and difficulties that stand in the way of DS accessing healthcare. Its findings are consistent with those of other studies at the international and national levels. The results of this study show that transportation to care facilities as well as financial problems due to limited ability to co-pay extra health costs (not covered by third-party payers) constitute barriers for DS's access to health services. This aligns with previous studies confirming that high costs of services and lack of confidence in the Lebanese system hinder access to health services for DS [17,19]. Thus, the underfunded health system combined with weak human and financial resources contributes to DS's reduced access to personalized care. Furthermore, the COVID-19 pandemic hindered the access of DS to healthcare facilities because of fear of getting isolated.

This was closely linked to the poor living conditions of DS and the difficulty they had with self-isolation, while living in a tent crowded with big family members. This lines up with another study revealing how DS neglected preventive practices of COVID-19 due to their harsh living conditions [22].

In addition, communication barriers and lack of or incomplete health literacy sometimes led to misdiagnosis and even worse outcomes. Although Lebanese and Syrian people speak a common language, they use different Arabic dialects, which may sometimes negatively affect their comprehension and result in poor health outcomes. According to several studies, there is a link between language barriers, health literacy, and bad health status among refugees [23,24]. Developing mutual trust, eliminating uncertainty, and tailoring messages to DS's health literacy levels can promote a healthy intercultural climate [25] and foster the interaction with the Lebanese health system [26].

The DS's socio-cultural perception of the Lebanese physicians is revealed by some financial considerations and unaffordable prescriptions. It is worth mentioning that the prescription of some medication in medical centers and hospitals in Lebanon abides by the requirements of MoPH, which restricts giving certain medication without carrying out a full medical test. This seems to influence the satisfaction of DS and their compliance to treatments. Previous studies pointed to the socio-cultural hurdles that prevent migrants and refugees from seeking emergency or medical care, thus resulting in poor healthcare [27–29]. Additionally, DS seemed more confident when interacting with Syrian medical professionals. This supports earlier research which demonstrates that when dealing with healthcare experts of their own nationality, migrants were more satisfied and compliant with their treatment [29].

More particularly, the findings of this study shed lights on the cultural issue of gender among DS. The findings described the type of interaction between Syrian men and women and highlighted the power and the dominance of men over women, which is perceived as natural and normal [30]. In this context, the literature suggests that healthcare professionals need to acquire intercultural care skills to counter the cultural barriers in healthcare [31]. For instance, the results showed a cultural particularity of the patriarchal right to determine the fate of

children's life. In fact, one father clearly expressed his right to potentially determine the end of his son's life and justified it by his ability to have another child.

Furthermore, the data of this study highlight the health inequity of DS in Lebanon. Discrimination can be an underlying mechanism that translates neglect and lack of concern into the practices of Lebanese health professionals, with various impacts on health outcomes for the DS population. The history of war stigma has created everlasting tensions between the two peoples, seems to be a leading cause of discrimination against the DS, and has often led to difficult interactions with Lebanese healthcare professionals.

This is consistent with the findings of other research demonstrating that the complexity of the health system in Lebanon, its high costs, recurrent biases among healthcare professionals, and a general lack of interest and concern on the part of physicians are the main obstacles that prevent easy access for DS to healthcare in Lebanon [17,18].

Moreover, the results of this study reveal that the presence of DS seems to generate responses and feelings of ambivalence and hostility among Lebanese health professionals who have contributed to difficulties in DS accessing healthcare. The literature reveals that health inequity, whether intentional or unintentional, may influence the patient's perception, behavior, and interaction, and may alter his judgment [32]. It affects vulnerable people such as ethnic minorities, sexual minorities, immigrants, the poor, the mentally ill, the disabled, and anyone who is vulnerable to some context [33,34]. However, non-discriminatory access to health services is one of the fundamental principles of health law. Similarly, equal access to healthcare is not limited to physical restrictions but to the provision of treatment. Research from the United States has documented rates of discrimination in healthcare settings based on race, ethnicity, immigration status, language, and insurance status [35–37]. In this context, several studies showed a close link between experiences of discrimination in healthcare settings and delayed or abandoned care in both the United States and Europe [37,38]. Discrimination in healthcare settings can lead to lack of trust and satisfaction with the healthcare system [28]. In the Lebanese context, our study showed that DS feel marginalized, discriminated against, rejected, and judged. Parallel investigations revealed that prejudice and discrimination towards DS in Lebanon has a negative influence on their ability to access resources, particularly the healthcare system [39,40].

4.1. Strengths and Limitations of the Study

To our knowledge, this is the first study that has targeted health inequity in the provision of health services to DS that includes a perspective of the DS themselves. The results are compatible with the set criteria of qualitative research. The sample size is not intended to be representative but rather aimed at covering the diversity of the situations encountered in the Lebanese healthcare system. One limitation may be that the objectives of the interview guides were targeted to the experiences and difficulties of the DS and the Lebanese healthcare professionals who are offering the care to them. However, the results of the interviews highlighted the theme of discrimination and reported the health inequity of DS when they are seeking health services in Lebanese health facilities. Despite these limitations, the understanding of stigma and/or discrimination in healthcare settings has been enriched in a resource-rich setting. This is the first qualitative study of the discrimination perceived by DS in the Lebanese healthcare settings. Furthermore, interviews were conducted by the first author, who had an in-depth understanding of the Lebanese healthcare system and the particular context where the study was carried out. It is worthy to mention that the first author tried and remained neutral, set aside her own views and reactions, and listened from the perspective of a researcher. In addition, we attempted to enhance transferability by thoroughly describing the research context and methods, and relating our results to existing evidence so that readers may better determine the relevance of these findings to other settings.

4.2. Future Research Directions

Our findings offer baseline data to give a general idea about the topic and help formulate hypotheses, anticipate, and better target the approach of the following interviews to answer new research questions.

5. Conclusions and Recommendations

The number of DS in Lebanon is roughly equal to a quarter of its citizens. Lack of financial resources has resulted in discrimination in priorities for equity of care. Global logistic, technical, and financial initiatives can positively contribute to a radical and efficient change in the distribution of care resources. These initiatives include the use of free telemedicine and mobile

clinics to provide healthcare services to DS. This can be particularly useful in rural regions and remote areas where access to healthcare facilities is limited.

On the other hand, technical initiatives could include the use of health information systems that can provide real-time data on DS patients' health status, enabling health providers to make more informed decisions about patient care.

Moreover, there are financial challenges that need to be addressed to improve the distribution of care resources in the health system in Lebanon. The Lebanese health system infrastructure has collapsed, and the country is struggling with political, financial, and health crises. Therefore, we advocate for raising awareness of the health inequity of the DS to help Lebanon benefit from global funding and support to replenish the lack of human and financial resources.

In addition, the lack of health literacy among DS in Lebanon is a serious problem that negatively affects their health outcomes, according to the results of this study. Many Syrians require proper knowledge and comprehension of fundamental health concepts. To address this issue, health literacy programs can be implemented to educate DS on topics such as disease prevention, hygiene practices, and accessing healthcare services. These initiatives can be carried out by community health workers and through medical facilities and training sessions. Furthermore, Arabic-language health literacy resources can be created and provided to DS via a variety of channels, including social media and community centers. By improving health literacy among DS in Lebanon, we can empower them to take control of their health and well-being and ultimately reduce health disparities among this vulnerable population.

To overcome cultural gaps between DS and Lebanese healthcare professionals and lessen healthcare inequities, it is essential to encourage cultural competency and sensitivity among healthcare professionals. This can be conducted by including courses on cultural competency in universities' health programs for students majoring in medicine and paramedicine. Additionally, healthcare personnel providing treatment to DS should attend a training course on the cultural values, customs, and beliefs of DS.

Furthermore, universal health coverage could be a measure to address the financial insecurities the DS face as they most often cannot afford their medical expenses. This would secure their access to health services.

Chapitre 2

By implementing these initiatives, we can help improve the health system in Lebanon and ensure that all populations have access to the care they need.

References

Author Contributions: R.K., W.D. and M.D., conception and protocol of the study. R.K., conducting of interviews, transcription, and initial coding book. R.K., W.D., M.D. and C.S., contribution to the coding scheme and the analysis of the data. R.K., writing—original draft; R.K., W.D., C.S., P.S. and M.D., Writing—review & editing. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: The institutional review board of Al Rahma Hospital— Lebanon (Ref: 077-2021) was informed and consented to conduct the study since it was an ex- ploratory study.

Informed Consent Statement: Participation in the semi-structured interviews was voluntary. The participants were informed about the purpose of the study and gave verbal consent for recording the interview.

Data Availability Statement: The datasets used and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Acknowledgments: We gratefully acknowledge our participants who took time to participate in this study. We are also grateful for the support and advice provided by Pierre Al-Khoury, Katia Iskandar, and Mimi Fleifel. We would like to express our sincere appreciation for the unwavering support of the Institute of Health and Society (IRSS) of the UCLouvain and its contribution to publishing in this journal.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

1. United Nations International Organisation of Migration (IOM). World Migration Report. 2020. Available online: [https:// worldmigrationreport.iom.int/wmr-2020-interactive/](https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2020-interactive/) (accessed on 10 November 2021).

2. Vandan, N.; Wong, J.Y.; Lee, J.J.; Yip, P.S.; Fong, D.Y. Challenges of healthcare professionals in providing care to South Asian ethnic minority patients in Hong Kong: A qualitative study. *Health Soc. Care Community* 2020, 28, 591–601. [CrossRef]
3. Berti, B. The Syrian Refugee Crisis Regional and Human Security Implications. *Strateg. Assess.* 2015, 17, 41–53.
4. Salem, P. Can Lebanon survive the syria crisis. In *Carnegie Endowment for International Peace*; JSTOR: New York, NY, USA, 2012.
5. UNHCR. Available online: <https://www.unhcr.org/lebanon.html> (accessed on 25 September 2021).
6. Geisser, V. La question des réfugiés syriens au Liban: Le réveil des fantômes du passé. *Conflu. Méditerran.* 2013, 87, 67–84. [CrossRef]
7. Byrne, A.; Tanesini, A. Instilling new habits: Addressing implicit bias in healthcare professionals. *Adv. Health Sci. Educ.* 2015, 20, 1255–1262. [CrossRef]
8. Brandenberger, J.; Tylleskar, T.; Sontag, K.; Peterhans, B.; Ritz, N. A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries—The 3C model. *BMC Public Health* 2019, 19, 755. [CrossRef] [PubMed]
9. Ojeleke, O.; Groot, W.; Pavlova, M. Care delivery among refugees and internally displaced persons affected by complex emergencies: A systematic review of the literature. *J. Public Health* 2020, 30, 747–762. [CrossRef]
10. Pérez, P.F.; Martin, M.A. Proposal for a Code of Ethics or Intercultural Mediators in Healthcare. *Ramon Llull J. Appl. Ethics* 2014, 29, 179–203.
11. Gopal, D.P.; Chetty, U.; O'Donnell, P.; Gajria, C.; Blackadder-Weinstein, J. Implicit bias in healthcare: Clinical practice, research and decision making. *Future Healthc. J.* 2021, 8, 40–48. [CrossRef] [PubMed]

12. Williams, D.R.; Lawrence, J.A.; Davis, B.A.; Vu, C. Understanding how discrimination can affect health. *Health Serv. Res.* 2019, 54 (Suppl. S2), 1374–1388. [CrossRef]
13. UNHCR. 3RP Progress Report. 2017. Available online: <https://data.unhcr.org/en/documents/details/60340> (accessed on 10 April 2021).
14. Saliba, C. *Recours aux Soins et Couverture Médicale au Liban*. 5–7, Rue de l'Ecole-Polytechnique; L'Harmattan: Paris, France, 2016.
15. Khalife, J.R.N.; Makouk, J.; ElJardali, F.; Ekman, B.; Kronfol, N.; Hamadeh, G.; Ammar, W. Hospital Contracting Reforms the Lebanese. *J. Health Syst. Reform* 2017, 3, 34–41. [CrossRef]
16. Ammar, Z. *Health Response Strategy*. 2016. Available online: <https://www.moph.gov.lb/en/publications> (accessed on 4 April 2021).
17. El Arnaout, N.; Rutherford, S.; Zreik, T.; Nabulsi, D.; Yassin, N.; Saleh, S. Assessment of the health needs of Syrian refugees in Lebanon and Syria's neighboring countries. *Confl. Health* 2019, 13, 31. [CrossRef]
18. Parkinson, S.E.; Behrouzan, O. Negotiating health and life: Syrian refugees and the politics of access in Lebanon. *Soc. Sci. Med.* 2015, 146, 324–331. [CrossRef] [PubMed]
19. Sousa, C.; Akesson, B.; Badawi, D. 'Most importantly, I hope God keeps illness away from us': The context and challenges surrounding access to health care for Syrian refugees in Lebanon. *Glob. Public Health* 2020, 15, 1617–1626. [CrossRef]
20. Thorleifsson, C. The limits of hospitality: Coping strategies among displaced Syrians in Lebanon. *Third World Q.* 2016, 37, 1071–1082. [CrossRef]
21. Hill, G. *Nursing Research—Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. *Nurse Res.* 2010, 17, 88–89.
22. Ghaddar, A.; Khandaqji, S.; Kansoun, R.; Ghassani, A. Access of Syrian refugees to COVID-19 testing in Lebanon. *East. Mediterr. Health J.* 2023, 29, 15–23. [CrossRef]

23. Feinberg, I.; O'Connor, M.H.; Owen-Smith, A.; Ogrodnick, M.M.; Rothenberg, R. The Relationship Between Refugee Health Status and Language, Literacy, and Time Spent in the United States. *Health Lit. Res. Pract.* 2020, 4, e230–e236. [CrossRef] [PubMed]
24. Pandey, M.; Maina, R.G.; Amoyaw, J.; Li, Y.; Kamrul, R.; Michaels, C.R.; Maroof, R. Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: A qualitative study. *BMC Health Serv. Res.* 2021, 21, 741. [CrossRef] [PubMed]
25. Vissandjée, B.; Dupère, S. La communication interculturelle en contexte clinique. *Can. J. Nurs. Res. Arch.* 2000, 32, 99–113.
26. Bouclaous, C.; Haddad, I.; Alrazim, A.; Kolanjian, H.; El Safadi, A. Health literacy levels and correlates among refugees in Mount Lebanon. *Public Health* 2021, 199, 25–31. [CrossRef]
27. Akhtar, S.S.; Heydon, S.; Norris, P. Access to the healthcare system: Experiences and perspectives of Pakistani immigrant mothers in New Zealand. *J. Migr. Health* 2022, 5, 100077. [CrossRef] [PubMed]
28. Rivenbark, J.G.; Ichou, M. Discrimination in healthcare as a barrier to care: Experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health* 2020, 20, 31. [CrossRef] [PubMed]
29. Småland Goth, U.G.; Berg, J.E. Migrant participation in Norwegian health care. A qualitative study using key informants. *Eur. J. Gen. Pract.* 2011, 17, 28–33. [CrossRef] [PubMed]
30. Saliba, C. Sexual violence in the Lebanese confessional denomination society. *Hadatha* 2021, 217, 9–28.
31. Alpern, J.D.; Davey, C.S.; Song, J. Perceived barriers to success for resident physicians interested in immigrant and refugee health. *BMC Med. Educ.* 2016, 16, 178. [CrossRef]
32. Marcelin, J.R.; Siraj, D.S.; Victor, R.; Kotadia, S.; Maldonado, Y.A. The Impact of Unconscious Bias in Healthcare: How to Recognize and Mitigate It. *J. Infect. Dis.* 2019, 220, S62–S73. [CrossRef]

33. FitzGerald, C.; Hurst, S. Implicit bias in healthcare professionals: A systematic review. *BMC Med. Ethics* 2017, 18, 19. [CrossRef]
34. Akbarzada, S.; Mackey, T.K. The Syrian public health and humanitarian crisis: A ‘displacement’ in global governance? *Glob. Public Health* 2018, 13, 914–930. [CrossRef]
35. Hausmann, L.R.; Jeong, K.; Bost, J.E.; Ibrahim, S.A. Perceived discrimination in health care and health status in a racially diverse sample. *Med. Care* 2008, 46, 905–914. [CrossRef]
36. Sorkin, D.H.; Ngo-Metzger, Q.; De Alba, I. Racial/ethnic discrimination in health care: Impact on perceived quality of care. *J. Gen. Intern. Med.* 2010, 25, 390–396. [CrossRef]
37. Purnell, T.S.; Calhoun, E.A.; Golden, S.H.; Halladay, J.R.; Krok-Schoen, J.L.; Appelhans, B.M.; Cooper, L.A. Achieving Health Equity: Closing The Gaps In Health Care Disparities, Interventions, And Research. *Health Aff.* 2016, 35, 1410–1415. [CrossRef] [PubMed]
38. Hamed, S.; Thapar-Björkert, S.; Bradby, H.; Ahlberg, B.M. Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond. *Qual. Health Res.* 2020, 30, 1662–1673. [CrossRef] [PubMed]
39. Kikano, F.; Fauveaud, G.; Lizarralde, G. Policies of Exclusion: The Case of Syrian Refugees in Lebanon. *J. Refug. Stud.* 2021, 34, 422–452. [CrossRef]
40. Karaki, F.M.; Alani, O.; Tannoury, M.; Ezzeddine, F.L.; Snyder, R.E.; Waked, A.N.; Attieh, Z. Noncommunicable Disease and Health Care-Seeking Behavior Among Urban Camp-Dwelling Syrian Refugees in Lebanon: A Preliminary Investigation. *Health Equity* 2021, 5, 261–269. [CrossRef]

Disclaimer/Publisher’s Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

CHAPITRE 3 Healthcare bias and health inequalities towards displaced Syrians in Lebanon: a qualitative study

CHAPITRE III Healthcare bias and health inequalities towards displaced Syrians in Lebanon: a qualitative study

Khalifeh R, D'Hoore W, Saliba C, Salameh P and Dauvrin M (2023) Healthcare bias and health inequalities towards displaced Syrians in Lebanon: a qualitative study. *Front. Public Health* 11:1273916. doi: 10.3389/fpubh.2023.1273916

Abstract

Introduction: According to Lebanese official data, Lebanon hosts over 1.5 million displaced Syrians (DS). Research shows that migrants encounter barriers when accessing healthcare. The social determinants of health (SDOH) related to migration are an additional challenge for DS in Lebanon, though bias plays a significant factor in exacerbating health inequalities. This study aims to identify DS perception of healthcare biases in the Lebanese healthcare system, and its consequences on DS' accessing and receiving quality healthcare in Lebanon.

Methods: A qualitative analysis using in-depth, semi-structured interviews was utilized. 28 semi-structured interviews were conducted with doctors (n = 12) and nurses (n = 16) in 2021. Six group interviews were conducted with DS (n = 22) in Lebanese healthcare facilities. The recruitment of participants relied on reasoned and targeted sampling. Thematic analysis was performed to identify common themes in participants' experiences with DS accessing Lebanese healthcare.

Results: The findings indicated that there were barriers to accessing healthcare related to the SDOH, such as transportation and financial resources. The results also suggested that DS perceived health biases, including discriminatory behavior from Lebanese healthcare providers, stereotypes and racism leading to health inequalities.

Conclusion: Based on the perceptions and experiences reported by participants, the underlying causes of biases are due to the fragility of the Lebanese healthcare system when facing a humanitarian crisis as well as a collapsing infrastructure torn by past wars and the current socio-political and financial crises in the country. Global initiatives are required to provide the necessary resources needed for offering equitable health services. Such initiatives involve addressing biases, health inequities, discrimination, and the lack of a Lebanese infrastructure system for the provision of healthcare. Addressing health inequalities remains a major health objective in achieving health equity on the micro level (cultural awareness and competencies) and macro level (equitable distribution of

resources, implementation of a universal health coverage) in order to guarantee quality healthcare services to DS.

KEYWORDS

health inequalities, healthcare bias, displaced Syrians, Lebanon, discrimination, access to health services, universal health coverage

1 Introduction

In recent years, global migration and forced displacement are the result of conflicts, persecution, human rights violations, violence, climate change, political oppression, and economic downturns (1). The process of adjusting to a new culture in a particular setting and in a specific environment has had an impact on the lives of the migrating and displaced populations; this includes the loss of social support networks, religious practices, and cultural norms, which causes social transformation in both physical and sociocultural spaces (2).

The process of adaptation to and integration into a new society requires social reorientation at different environmental, cultural, and professional levels as well as restructuring community and family relationships (2). In 2020, the International Organization of Migration (IOM) report highlighted the complex relationship between health and migration as an additional challenge facing health systems worldwide when achieving health equity (3). According to WHO, this is consistent with the SDOH framework on health outcomes affected by daily life conditions and systems (4). To achieve health equity, inequalities and barriers to health services must be removed. These include poverty and prejudice and their effects, such as helplessness and lack of access to good jobs with fair pay, adequate housing, education, and healthcare (5). The term “health inequalities,” used to describe variances or discrepancies among groups (6) (7), refers to structural differences among people in different socioeconomic situations in a specific territory at a certain point in its history and economic development (8). In contrast, “health inequity” or “health disparity” is a specific type of health inequality that indicates an unjust difference in healthcare that could be avoided by reasonable means (6).

Overall, studies indicate that migrants face many barriers when trying to gain access to healthcare. Such barriers result from lack of knowledge (erroneous transmitted knowledge, low health literacy, ...), language barriers, different expectations and experiences of healthcare services, costs, and long delays when accessing healthcare services (9) (10) (8). Such challenges may also impact healthcare providers' attitudes who find it difficult to deliver health services to migrants due to the poor quality of communication during health examination as well as difficulty in delivering centered and personalized healthcare services (8) (10). In turn, complex administrative procedures and discrimination defined as unjust treatment based on one's physical appearance or cultural belonging (11) are further factors that can hinder access to healthcare (3). Research suggests that the attitudes of healthcare providers and their negative stereotyping of migrants along with lack of awareness regarding sociocultural differences have had significant implications on the provision of health services (12). Refugees, immigrants, and asylum seekers may also become victims of discrimination due to language and dialect barriers, religion, race, and their mental and physical conditions (9, 13, 14). Furthermore, negative attitudes toward people seeking care can contribute to care bias, which is defined as the 'tendency to favor one group over another' (15). These can include lack of respect (13), threats or physical aggression (16), or a prejudicial and unjust management of care (17). As a result, the relationship between healthcare providers and patients can be undermined due to lack of trust and a sense of isolation the patients may feel, leading to an interruption of care access (13, 18). Thus, discrimination is an essential determinant of health inequities that can impact migrants mentally and physically, leading to stress, depression, and anxiety (16, 19). It may jeopardize the provision of quality care and affect the patient's quality of life (18).

1.1 Background and research questions

Lebanon ranks seventh among countries hosting refugees (3). With a ratio of 156 displaced per 1,000 inhabitants, it has over 1.5 million DS, who represent 25% of the Lebanese population (20). Lebanon is still following the 1951 Geneva Convention and has not granted refugee status to people fleeing the war in Syria. This ties in with historical and legal causes relating to the presence of Palestinians in Lebanon since 1948 and the result in demographical changes and consequences leading to the Lebanese war (1975) (21–23).

Officially, the word “displaced” rather than “refugee” designates populations seeking protection (24). The most obvious example is the substitution of the Arabic word “lajii” (refugee) with “nazih” (displaced). The “nazih” is a person who leaves one region for another within the borders of a single state. The “lajii” is a person that crosses state borders and decamps from one country to another, which is the case of Syrian refugees. Lebanon reaffirms refusing any form of asylum request and reserves itself the right to review at any time the legal status of the presence of Syrian refugees on its territory. Additionally, the term “nazih” (displaced) preserves the right of displaced individuals to return to their country of origin (21).

Since October 2019, Lebanon has been witnessing severe civil and economic turmoil aggravated by the Beirut blast on August 4, 2020. The population was downgraded to a lower middle-income level by the World Bank, aggravating the country’s long-term structural weakness which already included poor public financial management, significant macroeconomic imbalances, and deteriorating social indicators. Currently half of the Lebanese population live below the poverty line due to the currency losing over 90% of its value against the dollar. The cost of living has risen dramatically, energy costs have soared, power outages have been recurrent, medical supplies have shrunk, and government services halted due to lack of funds (25–27). For the past decade, the Lebanese Ministry of Public Health (MOPH) has made significant efforts regarding DS’ access to care with the support of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) and other non-governmental humanitarian organizations. The MOPH has established primary healthcare centers across Lebanon to provide comprehensive healthcare services to Syrians and other vulnerable populations at affordable rates (20). Despite the concerted efforts of national and international organizations, DS still face many challenges affecting their access to primary care services (20). Providing health services is particularly challenging in Lebanon because the health system is private, fragmented, and has multiple barriers, including high costs and transportation issues (8, 28). The Lebanese economic downturn, the collapse of the health system, and the 2020 Beirut blast have triggered social tension between the Lebanese and DS communities (29). As a struggling host country with limited resources, Lebanon has limited access to quality care for its own citizens and to DS (30).

An exploratory study conducted in August 2020 aimed to examine cultural differences and discrimination as difficulties encountered by DS when using the Lebanese healthcare system and to evaluate the equity of DS access and utilization of health services in Lebanon. The results indicated that multiple challenges have jeopardized DS health and welfare. Healthcare services provided to DS perceived to be of poor quality due to inequitable access to the health system and the discriminatory behavior of healthcare providers (31). Following the identification of the problem of healthcare biases experienced by DS, the research questions were expanded as follows:

- 1- What types and causes of biases prevail in Lebanon when providing healthcare services to DS?
- 2- How does discrimination impact the access to and provision of health services to DS in Lebanon?
- 3- What is the impact of health inequalities on the health of DS?

2 Materials and methods

2.1 Study design and sample

Between June 2021 and August 2021, a qualitative study was conducted to gather data by interviewing healthcare professionals (HCP) and DS. The provinces included in the study were Akkar (North), Baalbek-El Hermel (North-East) and Zahle (East). These areas were chosen as they are familiar to us through our contacts and (1) because hospitals and primary care facilities there are close to DS refugee camps in Bekaa and North Lebanon. (2) The exploratory study conducted prior to this study (August 2020) (31) was also carried out in these provinces, though with different participants.

Inclusion criteria were set for the three categories of participants (refer to Table 1 Inclusion criteria of study participants): Lebanese HCP providing health services to DS in public hospitals and primary health care (PHC) centers; Lebanese HCP not providing health services to DS and working in private hospitals and clinics; and DS residing in Lebanon for at least three months. Qualified physicians and nurses were included because they are the main HCP in direct contact with DS patients.

TABLE 1 Inclusion criteria of study participants.

Healthcare providers (HCP)		Displaced Syrians
providing health services to DS	not providing health services to DS	
- Qualified Lebanese physicians and nurses working in primary care settings and hospitals that provide health services to DS in the selected provinces. - Enrolled participants have over two years' experience in providing care to DS (to ensure a comprehensive understanding of the healthcare needs and challenges faced by this specific population during the economic crisis).	- Qualified Lebanese physicians and nurses working in private clinics and hospitals located in the selected provinces. - Enrolled participants have over two years' professional experience.	- DS aged 18 years and above living in Lebanon for at least three months (to have the opportunity to visit a healthcare facility after their displacement). - Registered or not in UNHCR records but entitled to health services provided in the selected healthcare settings. - Present at the time of the interview in the indicated healthcare settings located in the selected provinces.

The sample was convenient and purposeful. It was selected based on the presence of volunteer Lebanese HCP and DS in the facility at the appointment time. It involved selected participants that meet the predetermined criterion sampling (as shown in Table 1) in order to help researchers studying the provision of healthcare services in Lebanon. Included participants engaged in informed consent to be enrolled in the study (28).

In total, we conducted 28 individual interviews with HCP, including 18 working with DS and 10 not working with DS, as shown in Table 2 Characteristics of HCP participants (N = 28). Interviewed physicians were urologists (n = 2), gynecologists (n = 1), internal medicine practitioners (n = 2), general medicine specialists (n = 3), gastroenterologists (n = 1), emergency unit specialists (n = 2), general surgeons (n = 1).

In parallel, 6 group interviews were carried out with a total of 22 DS participants, as shown in Table 3 Characteristics of DS participants (N = 22).

TABLE 2 Characteristics of HCP participants (N = 28).

		Lebanese HCP working with DS (n=18)		Lebanese HCP not working with DS (n=10)	
		N	%	N	%
Socio-demographic characteristics					
Age	19-29	4	22.2	2	20.0
	30-49	12	66.7	8	80.0
	50 +	2	11.1	0	0.0
Sex	F	10	55.6	6	60.0

	M	8	44.4	4	40.0
Profession	Medical Doctor	8 (M1 to M8)	44.4	4 (M9 to M12)	40.0
	Registered Nurse	10 (N1 to N10)	55.6	6 (N11 to N16)	60.0
Professional Experience	2-5 y	5	27.8	2	20.0
	6-10 y	3	16.7	4	40.0
	10 + y	10	55.6	4	40.0
Professional Experience with DS	2-5 y	7	38.9	Not applicable (n/a)	
	6-10 y	4	22.2	n/a	
	10 + y	7	38.9	n/a	
Governorate/Caza	Baalbeck-Hermel	7	38.9	-	-
	Akkar	7	38.9	-	-
	Zahle	4	22.2	-	-
	Beirut	-	-	4	40.0
	Mount Lebanon	-	-	6	60.0
Workplace	Hospital	4	22.2	7	70.0
	PHC	14	77.8	-	-
	Private Clinic	-	-	3	30.0
Work Schedule	Part-time	4	22.2	7	70.0
	Full-time	14	77.8	3	30.0
Number of DS consulted by HCP per day	1 à 10	0	0.0	n/a	
	11 - 20	2	11.1	n/a	
	>21	16	88.9	n/a	

Table 3. Characteristics of DS participants (N=22)

Socio-demographic characteristics		N	%
Age	18-29	11	50.0
	30-49	9	41.8
	50 +	2	9.1
Sex	F	14	63.6
	M	8	36.4
Registered with UNHCR	Yes	16	72.7
	No	6	27.3
Duration of settlement in Lebanon	3 months-1y	0	0.0
	2-5 y	1	4.5
	>5 y	21	95.5
Work in Lebanon	Yes	4	18.2
	No	18	81.8
Governorate/Caza	Baalbeck-Hermel	8	36.4
	Akkar	7	31.8
	Zahle	7	31.8
Place of residence	Camps	16	72.7
	Appartement	6	27.3
Number of visit(s) to healthcare facilities	1 st visit	0	0.0
	2-5 visits	1	4.5
	>5 visits	21	95.5
Receiving contributions from UNHCR and NGOs	Yes	16	72.7
	No	6	27.3
Types of contributions received	Food	8	36.3
	Financial	7	31.81
	Both	7	31.81

2.2 Ethical aspects

The Institutional Board Review (IRB) of Al Rahma Hospital approved the study under reference number 077–2021. The study complies with the Declaration of Helsinki. Participants were aware they could withdraw from the study any moment and that their participation was voluntary, anonymous, and without incentive. Before starting the interview, participants were informed that this research was part of a doctoral study. The objectives of the study were made clear to them. They were also told that the interview would be recorded but would remain confidential and used solely for the purpose of the research before being deleted.

2.3 Data collection

To gather data, group interviews with DS and semi-structured individual interviews with HCP (whether or not they worked with DS) were conducted. The aim was to identify DS perception of healthcare biases in the Lebanese healthcare system and describe the consequences of such biases on DS' accessing and receiving quality healthcare during the Lebanese economic crisis.

Kohn and Christiaens (2014) (32) consider that semi-structured individual interviews are justified when case-sensitive and highly personal questions are part of the study (32). This type of interview allows participants to share their experiences, perception, feelings, and impressions about specific events (33, 34). The interviews were confidential and anonymously conducted to give participants freedom of expression when voicing their concerns.

The group interview was selected [1] because DS tend to seek medical care as a family and [2] family members accompany women to medical visits. This feature allowed us to enroll homogeneous groups (family members) as well as heterogeneous groups (different families and friends with similar experiences). Moser and Korstjens (2017) (34) estimate that small groups of six participants allow more time to express their points of view and give detailed information. The exploratory study conducted in August 2020 (31) revealed that group interviews provide relevant insights based on shared experiences.

The interviews with DS were conducted in Arabic using lay language to ensure clarity and eliminate confusion and misunderstanding. Those carried out with HCP were formulated in English or French using medical verbatim. The average duration of an interview was 50 min with the HCP and 60 min with the DS. All participants gave their oral consent prior to the interview.

2.4 Interview guides

Three semi-structured interview guides were prepared for each category of participants. They were formulated in French based on the objectives presented in Table 4 Objectives of the interview guides, then translated into Arabic using backward and forward translation. The interview guides were tested and validated in June 2021. We visited the PHC centers in Akkar and interviewed HCP working with DS (4 interviews) and a group of DS seeking care in the facility (2 interviews). We also interviewed HCP working in a hospital in Beirut that was not offering health services to DS. A report detailing the results of the pilot interviews was established, shared, and discussed with other authors before proceeding. Participants understood the questions and felt comfortable during the interview. They showed interest in the theme of the study and provided positive feedback. Participants were informed at the start that the interview would last approximately one hour. As the pilot study did not introduce changes to the interview guide, the data collected from the interview guides tests were added to the confirmatory sample, except for one with a HCP which lasted only 15 min during which the participant answered only part of the questions.

Table 4. Objectives of the interview guides

Interview guides			
N°	Target Population	Type of the Interview	Objectives

1	HCP working with DS	Semi-structured individual interview	The interview guides consist of three parts: -A first descriptive and normative part including socio-demographic characteristics of the target population with a general overview of healthcare biases. -A second prospective part encouraging participants to share their opinions on existing situations in order to identify results and solutions and resolve the issue of biases in Lebanese healthcare. -A third part addressing the effect of the Lebanese context and its impact on the work of health professionals and the lives of DS.
2	DS	Group interviews	
3	HCP not working with DS	Semi-structured individual interview	The interview guide includes a first part for socio-demographic characteristics, another for questions on the access to care and the interaction of health professionals with patients during the delivery of care, and a third part aiming to understand whether the Lebanese context has an influence on patients' diagnosis or treatment.

2.5 Analysis and trustworthiness

Each interview was anonymized before transcription for people and places. The participant received a unique identifier. For HCP, “M” designates a “medical doctor,” “N” refers to “nurse,” and “DS” a “Displaced Syrian.” The last letter indicates the number of participants. HCP working with DS are labeled as follows: M1 to M8 and N1 to N10. As for the HCP not working with DS, the acronyms were: M9 to M12 and N11 to N16.

A first and second floating listening sessions were performed to obtain a transcript fully compatible with the recordings. The translation into both French and English was carried out by professional trilingual translators and then confirmed by the research team. This triangulation guaranteed the credibility of the translation and the trustworthiness as to the cultural sensitivity of the questions.

A qualitative content analysis of the transcripts was carried out. This approach is well-known in health care science and is often used for interpreting text material (35). The structured approach of content analysis allows a descriptive view of the HCP and DS situation from multiple data sources and perspectives. Thematic analysis was used to identify common themes in participating DS experiences when accessing Lebanese healthcare. The analysis of the data used an inductive-deductive approach to generate thematic categories. Based on the interview guide, a provisional category system was created. It consisted of the current healthcare situation and healthcare needs (deductive approach). In the course of the analysis, this was adapted according to the content of the transcripts and supplemented by emerging new categories (inductive approach). Each transcript was coded into main categories and subcategories by three independent researchers (RK, MD and CS) and discussed in consensus meetings with a fourth researcher (WD). Both across-case analyses and within-case analyses were done to gather common categories for HCP and DS. Quotes were used to illustrate each category and the same analysis was used for individual and group interviews. The description of themes is mentioned in Table 5 Description of themes and detailed in the results section.

Several measures were taken to ensure the trustworthiness of the study (36). The research team ensured the research questions were clear and precise. The interview guides were validated by conducting interview tests with three types of participants prior to the study. The research team reviewed the content of these interview tests, advised on minor changes, and gave approval to proceed with the interview guides. Data validity was guaranteed via person triangulation, data collected from three different sorts of people and their varied perspectives. DS and healthcare professionals, working or not with DS, were included in the study to ensure that a range of perspectives was represented. The interviews were conducted in a neutral and non-judgmental manner, with open-ended questions that encouraged participants to share their experiences and opinions. A peer debriefing on qualitative basis was used with knowledgeable peers and researchers. Thematic analysis and coding were used together with other well-established research techniques to properly evaluate and interpret the interview data. The research team then examined and confirmed the results to make sure they were reliable and that they accurately reflected the experiences and viewpoints of the participants. Redundancy and data saturation were achieved in the absence of any new information.

Table 5. Description of themes

Themes	Description	Research Questions Targeted
Provision of health services in Lebanon	Several administrative, logistics or financial barriers exist when accessing care.	1,2,3
Socio-cultural context and practices	Socio-cultural differences between the Lebanese and Syrian populations influence the interactions during the delivery of care and create tension between caregivers and patients, which affects the perceived quality of the care delivered.	2
Bias in health services offered to DS	Discriminatory behaviors were detected when providing care to DS. Both participants, HCP, and DS, reported from their own perspectives the underlying causes and their effects on the health of DS.	1,2,3
Effects of the Lebanese crisis (since October 2019) on the provision of health services	Affected by the crisis, participants shared their feelings and emotions. They discussed the adverse effects of the crisis on health care in Lebanon and the worsening biases in care due to the crisis.	1,2,3

3 Results

3.1 Provision of health services in Lebanon

HCP mentioned that DS visit primary care facilities for healthcare provision because they are free of charge and offer multiple health services, such as vaccination, medical consultation, imaging, laboratory testing, and medications.

“DS come to our PHC in Akkar because they benefit from free health services for only 3000 Lebanese pounds, an insignificant amount. They get vaccinated and receive medication for free, such as Panadol for children suffering from post-immunization fever. Hence, they get the most out of the services that are offered.” (N1)

Nevertheless, these services are not always free of charge. DS can find difficulty paying medical consultation fees and specific medical services. Participants stated that the economic downturn in Lebanon aggravated the situation.

“Consultation fees are increasing; we can’t even afford to pay the 3000 Lebanese pounds.” (DS5)

In some cases, DS returned to Syria to benefit from health services offered free of charge. Such a move could compromise their health and lead to hazardous outcomes.

“My neighbor returned to Syria for an open-heart surgery because he can’t afford the expensive hospital charges in Lebanon.” (DS2)

According to the interviewees (DS and HCP), financial challenges arise when patients transfer from PHC to hospital for a one-day stay or ambulatory care. In such cases, DS cannot afford the charges and have to confirm in writing their own consent not to receive health services even when their condition is critical. Refusing to receive care can also impact HCP as care givers and jeopardize their profession and medical responsibility toward the patient.

HCP mentioned that certain hospitals, abiding by internal regulations, prioritize Lebanese citizens over DS when benefiting from health services.

“DS are finding difficulty being admitted to hospital because the priority is for Lebanese citizens rather than Syrians.” (M1)

HCP not working with DS spoke about the challenges Lebanese patients face when trying to be admitted to hospitals. They mentioned how the financial and economic crisis was compelling them to visit hospitals only for very urgent situations. Otherwise, they skip all consultations, routine checkups, and blood tests.

“Most patients no longer visit for consultations, routine check-ups, or blood tests. In view of the financial crisis, they cannot afford to pay the significant fees and costs. We only witness very urgent and critical cases of patients coming to hospital ...” (M10)

3.2 Socio-cultural context and practices

HCP shared their experience of DS girls getting married and pregnant at an early age and considered this as an unusual occurrence in the Lebanese community.

“We are faced with cultural particularities of the DS community, mainly marriage at a very young age, polygamy, large families, and submissive women. We also encounter divorce at a young age. Uses of contraceptives and sharing emotions and feelings are taboo. All of this is an odd culture to the Lebanese society.” (M7)

Female DS prefer being consulted by a female physician. This choice is made out of a socio-cultural practice.

« I visit a female doctor ... Like all other Syrian women ...I cannot get undressed during a medical consultation ... ». (DS12).

Results of the interview showed that HCP considered DS careless regarding their children's health. Despite all their effort to educate them and increase awareness of the importance of vaccination and medical follow-up, HCP estimate that DS are not cooperative. Such situations create tension during the provision of care.

In other respects, cultural and health beliefs are the leading cause of conflicts and tension between HCP and DS. HCP sometimes perform unnecessary procedures or administer a treatment to avoid DS complaints to UNHCR and Non-Governmental Organizations (NGO). Physicians consider such situation compromising on the professional, medical, and ethical levels.

“DS have a collective viewpoint about treatment. They consider antibiotics and getting an injection a mainstay. They estimate it is appropriate to get these treatments and judge the physician as incompetent if he doesn't prescribe them. [...]. Sometimes, HCP are compelled to prescribe an antibiotic or an injection to avoid DS complaining to NGOs.” (M4)

HCP say DS are try to benefit from free-of-charge prescribed medication in Lebanese PHC. In Syria, health services are free of charge. These differences between both health systems lead to tension between patients and HCP, which can affect the quality of health services.

“Sometimes DS start yelling for an antibiotic even if they don't need one ... In other terms, they abuse the system and claim their right to get the antibiotic just because it is free!”(N5)

3.3 Bias in health services offered to DS

3.3.1 Forms of healthcare bias

DS reported experiencing different forms of biases in the Lebanese system. Discrimination and prejudice are revealed through difficulty in accessing health services, refusal of hospital admission, and extended waiting time. Claims such as *“You cannot be admitted to hospital because we do not have additional places for Syrians”* are interpreted as a form of hatred toward Syrians, which is also a form of health inequity.

HCP estimated that this negative feeling toward DS is due to the scarcity or lack of health system resources. As a result, Lebanese citizens are forced to pay for health services.

“They want to live in our country and benefit from our health services for free ... and Lebanese have to pay to get the same services! I am clear, we do not want them. DS want to live in our country, share our resources, and get access to health services that are entitled to us and on top of that they do not pay any fees.” (M4)

DS claimed they are not getting the same quality health services as Lebanese. This discrimination was revealed in the DS' perception through the inappropriate ways HCP communicate with them.

“HCP act differently with a Lebanese patient. They communicate with us in an inappropriate and impolite manner. We feel that they don't make enough effort to help us.” (DS4)

3.3.2 Causes of healthcare bias

In their comments, HCP confirmed that political causes could be behind the tension felt with DS. It all goes back to a history of conflicts during the hegemony of the Syrian army over Lebanon (1943–2005). Another reason for tension was the need for the Lebanese to share limited and scarce resources with Syrians. For interviewed HCP, DS are perceived as a burden in a struggling country where Lebanese citizens are not benefiting from their rightful use of their country resources while DS are.

“We are living in a country in crisis, where there is no medication, no food, no gas ... and what worsens the situation is the presence of DS. Tell me how you can accept a DS receiving medication for free when the Lebanese are in need and cannot afford to pay for medication?” (N6)

HCP also considered that DS themselves are triggering such conflictual behavior because of their arrogance, disrespect, and cynical attitude.

“Bias exists because DS are impulsive and stubborn. They are the ones who trigger HCP's negative behavior.” (N4)

HCP estimated that another cause of discrimination is tied to the high number of DS visiting PHC to benefit from the health services provided. They sometimes felt overwhelmed and stressed. This statement was only expressed by PHC who usually receive over 20 Syrian patients a day.

From their side, DS said that *“Lebanese people in general and HCP in particular do not like Syrians because of the politically tense history between the two countries.”* Therefore, they felt discriminated against and rejected.

Moreover, the interviews showed that the current situation in Lebanon is the leading cause of discrimination, rejection, stigmatization, and bias in health services provided to DS. HCP considered that the political and economic downturn in Lebanon is exacerbating health inequality. DS are getting financial aid that improves their living conditions while Lebanese citizens are struggling during the severe crisis. As a result, Lebanese felt ‘displaced’ and left without support in their own country, while DS were getting multiple benefits and support from international organizations.

“Honestly, the Lebanese are the ones who are “displaced” in their own country and Syrians are more at ease and in a better situation ... Ironical, isn’t it? All countries support DS! But what about the Lebanese? I see them trying to find food in garbage cans. It is a shame!” (N6)

3.3.3 Impact of bias on the provision of health services

The interviews also showed the detrimental effect of biased healthcare on diseases. HCP stated that DS who refused medical consultation to avoid stigmatization were putting their health at risk and encouraging the dissemination of diseases mainly during epidemics, more particularly during COVID-19.

Certain HCP revealed that they could not stand the patients’ unpleasant odor and were forced to carry out a quick medical examination, which could result in a potentially erroneous diagnosis.

“I try to finish fast with their medical consultation and avoid doing a complete check-up because I cannot stand the bad smell of certain DS ... In certain situations, DS refuse to get undressed or remove their shoes to avoid my reaction ... As a result, the diagnosis may be erroneous due to an incomplete physical examination.” (M6)

HCP stated that DS self-medicated themselves to avoid biased medical treatment. They would sometimes get inappropriate drugs to treat their condition, knowing that a lot of medication is purchased over the counter or without a prescription in Lebanon.

Health inequality can also lead to hazardous outcomes mainly in post-surgery. Follow-up of a Lebanese patient is different after a surgical procedure.

“I have witnessed cases where DS were discharged from hospital following a surgery even if they have complications that may put their life at risk ... It is not the case with Lebanese patients!” (M7).

“They asked me to leave the hospital directly after surgery. When my wife wanted some clarification, she understood the bed was reserved for a Lebanese patient ...” (DS15)

HCP not working with DS stated that the care provided complies with professional ethics regardless of the patient’s socio- economic status.

“There is no difference in our relationship with patients ... We offer our care in the same way to all patients ... Personally, my work is not influenced by the status, socio-economic level, or religion of the patient.” (N14)

3.4 Effects of the Lebanese crisis (since October 2019) on the provision of health services

Whether or not they worked with DS, the HCP interviewed revealed they were affected by the situation in Lebanon. The economic, political, and financial crisis is described as “severely hitting” healthcare institutions. In the interviews, HCP expressed many negative emotions, such as fear, anxiety, frustration, depression, demotivation, anger or even sadness, which made them think about leaving the country to look for new opportunities abroad.

“I am anxious and stressed because of this situation ... Our salaries are worth nothing ... I don't know how we can keep working.” (N1)

From their side, the DS interviewed said they were living in very difficult conditions and were negatively affected by the crisis despite receiving food and financial contributions.

“The situation is very difficult at the moment...the 400,000 Lebanese pounds (financial contribution received from UNHCR) is worth nothing... We can hardly feed ourselves.” (DS3)

Whether or not they worked with DS, the HCP interviewed also pointed out the negative impact of the economic, financial, and political crisis on caregiver-patient relationship. They stated that the situation was critical and patients were seriously affected by the crisis due to shortages of drugs, fuel, and hospital equipment, which was affecting the entire health sector and making the delivery of care difficult.

“It's true that the situation is miserable... But we have no choice but to help people and do our best to provide them with satisfactory services... We don't know the situation of each patient, but we understand well that there are many poor people who need help ... Shortage of medication and lack of equipment make the situation even more complex.” (M8)

Though confident and aware of their responsibility to carry out their tasks in a professional manner regardless of arising situations and events, interviewed HCP feel downhearted. According to their statements, the impact of the current situation on the provision of care was undermining their relationship with patients and complicating their task, particularly when patients become increasingly demanding and unbearable.

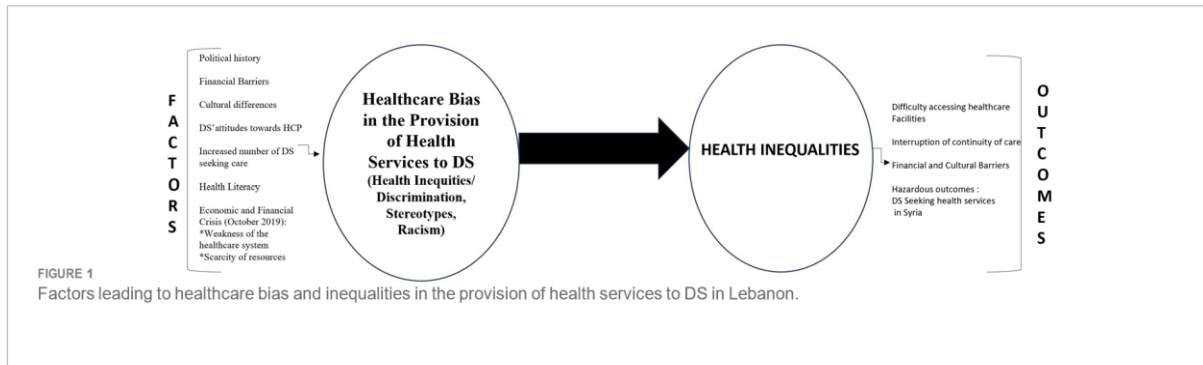
“Being healthcare professionals, we have a mission to help people regardless of their situation... but it's still hard... Patients have become unbearable. I understand them, but I too suffer from this situation.” (M12)

They also reported that medical and nursing staff are leaving hospitals and that a drain of skills can only weaken and harm the health system and the delivery of care.

“I don't know if we will always find doctors in hospitals due to this 'brain drain'... Competent doctors are leaving the country and so are nurses... The consequences are dramatic on the health system.” (M11)

3.5 Factors leading to healthcare bias and inequalities in the provision of health services to DS in Lebanon

Based on the findings, several factors contributed to health care bias in the Lebanese system. As shown in Figure 1, health inequalities are considered as the result of healthcare bias and inequities and have an impact on the quality of care provided to DS in Lebanon.



4 Discussion

The results showed that DS are facing numerous challenges in accessing and using healthcare services in Lebanon. The results addressed the research questions by identifying the factors that lead to bias, based on the perceptions and experiences reported by HCP and DS.

4.1 DS'health outcomes

The SDOH framework notifies that health outcomes are determined by conditions and systems in daily life (4). Hence, the daily life conditions of migrating DS contribute significantly to differences in health outcomes and unequal access to care. In general, migrants are less wealthy and have worse health conditions than the native population (37). The SDOH, including the current economic crisis, high fuel costs, limited transportation means, political instability, and low security in some regions have contributed to an increase in health inequalities. Faced with these complexities, DS tend to delay or avoid seeking care, or even choose to return to their native country where health services are offered for free. Such decisions can be detrimental to their health and well-being (38). Highlighting barriers to health care and SDOH for DS communities is particularly important because the economic downturn in Lebanon has underscored health disparities among this population.

Additionally, DS mentioned that HCP are constantly in a rush when delivering care and prioritize Lebanese patients. This aligns with earlier research that found that minority and displaced patients felt rushed or ignored by healthcare professionals during clinical encounters (39–42). In other studies, some patients complained they were unfairly skipped over by patients perceived as privileged (43–45). Thus, the perception of prioritizing Lebanese citizens over DS to benefit from health services plays a significant role in exacerbating these challenges. Yet the results of the study, which are consistent with other results (25, 27), reveal that DS's experiences of access to healthcare services are better and simpler than Lebanese who must go through lengthy permission processes to receive healthcare services and who must also pay expensive fees. HCP also estimated that the situation of DS is far better than that of Lebanese citizens due to the continuous financial and logistic support provided by NGOs and international organizations. Thus, DS can receive health services at lower costs than those paid by host citizens.

4.2 Socio-cultural differences as barriers to healthcare services

The findings of the study also pointed out to socio-cultural differences between the two populations. The cross-cultural relationship between HCP and DS is similar to that of immigrants in other contexts in the literature. The disappointed attitude of DS toward Lebanese HCP aligns with that revealed in a study conducted in Norway showing that immigrants from Sub-Saharan Africa are disappointed and frustrated with their relationship with Norwegian doctors and prefer to be consulted by a fellow citizen. They are convinced that a doctor from their own ethnic background would understand, respect, and treat them better than Norwegian doctors (12).

While cultural differences between Lebanese and Syrians may be less prominent in some provinces of Lebanon, they still create tension between HCP and DS, which leads to challenges during the provision of care. An example of this is the governorate of Akkar, located in the north of Lebanon, where DS share common socioeconomic situation and traditions with the hosting community (46).

According to the findings, HCP also consider that the DS perception of health, vaccination, marriage, contraception, and gender differences constitute additional barriers that lead to tension between the two populations. While HCP may see early marriage as an odd occurrence in the Lebanese community, Syrians consider it as a coping strategy and a way to protect young girls and secure their future (47, 48).

In other respects, cultural differences in health beliefs between HCP and DS may create additional obstacles and challenges during the delivery of care. Although Syrians seeking healthcare from HCP expect to receive adequate treatment, some still use religious or supernatural healing methods in parallel. Seeking health services can be hindered by the idea that God is ultimately the only healer (47). In Syria, socioeconomic, ethnic, and religious diversity within the population has significant influence on the dynamics of the community, health decision, beliefs, and attitudes (47).

4.3 DS 'perception of healthcare bias and discrimination

On the other hand, the findings of the study, which also aligns with the results of the exploratory study (August 2020) (31), show that healthcare bias is manifested in aggressive and racist communication and the adoption of segregated attitudes toward DS patients. In this context, HCP may act either consciously or unconsciously in an oppressive manner during their interactions with DS, as indicated in the literature. This results in incidents, such as racial slurs, lack of empathy or respect (49, 50), provision of inferior care, refusal to treat a patient, marginalization, and long waiting times (9, 51). Yet our results revealed some exceptions with one doctor in Baalbeck-Hermel showing compassion toward the DS and encouraging other doctors to assist this vulnerable population. Prior to the Syrian war, the aforementioned doctor used to travel to Damascus and provide medical care to Syrians. He forged close ties with them and viewed them as victims of the conflict there.

The causes of healthcare bias toward DS in Lebanon largely described in this study complement the results of the exploratory study conducted in August 2020 (31). The particularities of the Lebanese context relate to a history of political conflicts between the two countries as well as the current economic and political crisis in Lebanon that has made resources rare and strained the health system. Recent study conducted by Kikano et al. (2021) (52) shows that Lebanese felt dispossessed and in competition with DS because Syrians have been replacing Lebanese workers in low-skilled jobs. This situation increases the resentment Lebanese people feel toward them (52). These reasons may contribute to HCP's negative attitudes, which have a potential impact on DS physical and mental health. Experiences of discrimination may also trigger improper health behaviors, such as avoiding seeking health care. Loss of trust in the quality of health services provided and patient dissatisfaction can also lead to a detrimental physical and mental impact among those in need of healthcare (53, 54).

The findings of the study, in line with other studies (25, 52), confirm that Lebanon's resource shortage is a major factor in the discrimination that DS experience when seeking healthcare services. Lebanese citizens and DS receive unequal distribution of resources and services due to rationing and priority. This is specifically a result of the healthcare system strained capacity, which makes it difficult to meet the needs of all healthcare seekers. However, because the Lebanese healthcare system is largely privatized, DS find it challenging to receive necessary medical care owing to their financial limitations, which results in detrimental effects on their health. Previous studies showed that language, socio-cultural differences, and discrimination also led to avoidance of emergency healthcare, which results in harmful consequences on refugees' health (10, 18, 55).

Similarly, DS confirmed that the main issue of accessing health services is discrimination. They considered they were the victims of hostility, lack of respect, and prejudice. They claimed that they felt ignored and neglected and that their treatment was inappropriate. They also denounced carelessness in the way HCP interacted with them. This appears to be connected with HCP's inadequate communication with the DS due to their discriminating and stereotypical viewpoints. Studies show that healthcare professionals frequently doubted the ability of refugees and other minority groups to understand information (44, 56) and did not provide them with enough information about their treatment, leaving them "in the dark" (57, 58). Refugees and migrants claimed their intelligence was diminished (44) when healthcare practitioners addressed them in an unduly straightforward manner or imposed their own opinions on them (58). Raised voices, abrupt tones, and dismissive body language used by healthcare professionals when treating refugees and migrants contributed to this view (41, 43, 59).

In the study, some geographical differences are also pointed out by DS. Comparing themselves to DS in other governorates, DS in Zahle felt more excluded and marginalized, which made them seek healthcare services in other governorates. They expressed concerns over being denied access to health facilities in this specific location due to the discriminatory practices of some HCP who refused to receive Syrians in their health facilities. They pointed out the arrogance and cynicism HCP treated them with and considered it a discriminatory activity. This aligns with the literature revealing that healthcare professionals are less sympathetic toward refugees or migrants and are often prone to losing their temper when interacting with them (60).

From their perspective, nurses and doctors working full or part time say that discriminatory attitudes are due to their being overwhelmed by the large number of DS they receive every day in their health facilities. This was only expressed by those who usually receive over 20 DS patients a day. This is made worse by time constraints healthcare professionals experience (60, 61), which force them unintentionally to limit their interactions with minority and refugee patients (62).

Moreover, Lebanese HCP said they limited their contact with DS who smelled unpleasant. Healthcare services were also affected by healthcare professionals refusing to interact with or deliver care to refugees or minority groups because of their appearance (60, 63). They admitted not providing tailored treatment to refugees as they did not understand their differing needs (41, 63, 64). Such underlying causes could eventually lead to increased tension and conflicts between minority and majority populations, which could be perpetuated by biased healthcare encounters (65).

Finally, due to their demographic evolution on Lebanese territory and the Lebanese geopolitical context, DS nurtured a feeling of being threatened, which also contributed to “hatred” toward HCP. Social psychology considers discrimination as an attitude adapted by individuals to eliminate the source of threat to the survival of the group (66). Based on the interviews results, the perception of discrimination is generalized among DS (66). It is important to emphasize that the DS perception of discrimination is not linked to HCP lacking skills but rather to a particular situation explained by the occurrence of several personal, contextual, and geographical factors leading to health inequalities toward DS in Lebanon during the provision of care.

4.4 Limitations of the study

A limitation should take into account the fact that 30% of the DS interviewed are not covered by the UNHCR. This figure does not seem to have a negative impact on accessing or delivering healthcare. Even when a part of the DS is not provided health coverage by the UNHCR, the interviews did not consider it an obstacle to accessing healthcare services because the interviews happened during the delivery of care. The findings of the study have limited generalizability. The authors have attempted to improve transferability by elaborating on the context and research methods and by linking the results to existing evidence so that readers can better determine the relevance of these findings in other contexts. The study was carried out in the specific context of the northern Bekaa region, one that is densely populated by DS. It should be considered as a basis for further studies covering the whole country and verifying possible generalization.

5 Conclusion

Addressing health inequalities remains a major health objective in achieving health equity. It involves addressing biases, health inequities, discrimination, and lack of a Lebanese infrastructure system for the provision of healthcare.

It is a human right for all people to benefit from high-quality personalized and person-centered care, regardless of their origin, ethnicity, and social or economic status. In the Lebanese context, bias toward DS in the provision of care was exacerbated by the country's severe economic downturn, the Beirut blast, and the ongoing political crisis (25, 52). With scarce resources, the Lebanese health system is struggling, while a growing number of DS are offered full support by international organizations. This situation constitutes a huge challenge for the Lebanese healthcare system and for that of other host countries that lack time to plan, manage, and comprehend the health needs of refugees and migrants (9). NGOs and the international community are aware that national health policies that are more integrated, compassionate, culturally sensitive, and responsive to the needs of DS are urgently needed to prevent bias and improve health equity in Lebanon.

Better access to primary healthcare services is a suggestion made by MOPH and NGOs for dealing with DS medical issues in Lebanon. By increasing the number of PHC in refugee communities, MOPH seeks to ensure that all patients can pay and receive health services. The establishment of a unified health information system that gathers, analyzes, and shares data regarding DS health needs will enable evidence-based decision-making, which is crucial to effectively coordinate healthcare efforts among governmental organizations, non-governmental organizations, and international agencies.

On the other hand, in order to counter healthcare disparities and inequities that DS may face during the delivery of care, training in cultural competence should be provided to healthcare professionals to help them deliver patient-centered care and culturally sensitive.

Reducing financial risk is also vital to alleviate the burden of health spending on disadvantaged people. It is an essential step toward universal health coverage (UHC) (67). Implementing UHC helps advance equity as it guarantees access to a wide range of healthcare services, including preventive, curative, and rehabilitative care. It eliminates financial barriers by providing healthcare services to all individuals, including DS, without imposing excessive out-of-pocket expenses. UHC also minimizes healthcare gaps between various population groups and ensures that DS and Lebanese citizens have the same standard of care.

Thus, the implementation of UHC requires an expansion of healthcare infrastructure, including the establishment of additional healthcare facilities and the recruitment of healthcare professionals to meet the increased demand for services. Its implementation in a country suffering from a severe financial and economic crisis, as is the case in Lebanon, can act as a safety net relieving people of the burden of paying for healthcare and can guarantee easy access to healthcare services for both DS and Lebanese nationals. To help Lebanon's healthcare system cope with the burden of implementing UHC, donor nations and international organizations must work together to provide financial support, enhance health system resilience, and encourage collaboration and partnership.

Data availability statement

The original contributions presented in the study are included in the article/Supplementary material, further inquiries can be directed to the corresponding author/s.

Ethics statement

The studies involving humans were approved by the institutional review board of Al Rahma Hospital— Lebanon (Ref: 077-2021). The studies were conducted in accordance with the local legislation and institutional requirements. Written informed consent for participation was not required from the participants or the participants' legal guardians/next of kin because oral consent was obtained prior to the interview.

Author contributions

RK: Conceptualization, Formal analysis, Investigation, Methodology, Resources, Writing – original draft, Writing – review & editing. WD'H: Conceptualization, Formal analysis, Methodology, Supervision, Validation, Writing – review & editing. CS: Methodology, Supervision, Writing – review & editing. PS: Writing – review & editing. MD: Conceptualization, Formal analysis, Methodology, Supervision, Validation, Writing – review & editing.

Funding

The author(s) declare that no financial support was received for the research, authorship, and/or publication of this article.

Acknowledgments

We acknowledge the efforts of our participants who took time to contribute to this study. We are also grateful for the support and advice provided by Pierre Al-Khoury, Katia Iskandar, and Mimi Fleyfel. The content of this manuscript has been presented in part at the EUPHA and SIDIIEF conferences 2022. We would like to express our sincere appreciation for the unwavering support of the Institute of Health and Society (IRSS) of the UCLouvain and its contribution to publishing in this journal.

Conflict of interest

The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Publisher's note

All claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article, or claim that may be made by its manufacturer, is not guaranteed or endorsed by the publisher.

Supplementary material

The Supplementary material for this article can be found online at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1273916/full#supplementary-material>

References

1. Palattiyil G, Sidhva D, Seraphia Derr A, Macgowan M. Global trends in forced migration: policy, practice and research imperatives for social work. *Int Soc Work*. (2022) 65:1111–29. doi: 10.1177/00208728211022791
2. Cormoş VC. The processes of adaptation, assimilation and integration in the country of migration: a psychosocial perspective on place identity changes. *Sustainability*. (2022) 14:10296.
3. IOM. World migration report (2020). Available at: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf.
4. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization (2010).
5. Braveman PAE, Orleans T, Proctor D, Plough A. What is health equity? And what difference does a definition make? *Behav Sci Policy*. (2017) 4:1–14. doi: 10.1177/237946151800400102
6. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. (2015) 8:27106. doi: 10.3402/gha.v8.27106
7. McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. *Public Health*. (2019) 172:22–30. doi: 10.1016/j.puhe.2019.03.023
8. Saliba Sfeir C. *Recours aux soins et couverture médicale au Liban*. Paris: L'Harmattan (2016).
9. Mangrio E, Sjögren FK. Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. (2017) 17:814. doi: 10.1186/s12913-017-2731-0

10. Akhtar SS, Heydon S, Norris P. Access to the healthcare system: experiences and perspectives of Pakistani immigrant mothers in New Zealand. *J Migr Health*. (2022) 5:100077. doi: 10.1016/j.jmh.2021.100077
11. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA, Vu C. Understanding how discrimination can affect health. *Health Serv Res*. (2019) 54:1374–88. doi: 10.1111/1475-6773.13222
12. Mbanya VN, Terragni L, Gele AA, Diaz E, Kumar BN. Access to Norwegian healthcare system – challenges for sub-Saharan African immigrants. *Int J Equity Health*. (2019) 18:125. doi: 10.1186/s12939-019-1027-x
13. Heydari A, Amiri R, Nayeri ND, AboAli V. Afghan refugees' experience of Iran's health service delivery. *Intern J Hum Rights Healthcare*. (2016) 9:75–85.
14. Gogishvili M, Flórez KR, Costa SA, Huang TT. A qualitative study on mixed experiences of discrimination and healthcare access among HIV-positive immigrants in Spain. *BMC Public Health*. (2021) 21:385. doi: 10.1186/s12889-021-10388-6
15. Gopal DP, Chetty U, O'Donnell P, Gajria C, Blackadder-Weinstein J. Implicit bias in healthcare: clinical practice, research and decision making. *Future Healthc J*. (2021) 8:40–8. doi: 10.7861/fhj.2020-0233
16. Ziersch A, Due C, Walsh M. Discrimination: a health hazard for people from refugee and asylum-seeking backgrounds resettled in Australia. *BMC Public Health*. (2020) 20:108. doi: 10.1186/s12889-019-8068-3

17. Schein YL, Winje BA, Myhre SL, Nordstoga I, Straiton ML. A qualitative study of health experiences of Ethiopian asylum seekers in Norway. *BMC Health Serv Res.* (2019) 19:1–12. doi: 10.1186/s12913-019-4813-7
18. Rivenbark JG, Ichou M. Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health.* (2020) 20:31. doi: 10.1186/s12889-019-8124-z
19. Thurber KA, Walker J, Batterham PJ, Gee GC, Chapman J, Priest N, et al. Developing and validating measures of self-reported everyday and healthcare discrimination for aboriginal and Torres Strait islander adults. *Int J Equity Health.* (2021) 20:14. doi: 10.1186/s12939-020-01351-9
20. UNHCR L. The UN refugee agency. (2017). Available at: <https://www.unhcr.org/lebanon.html>
21. Saghieh N, Frangieh G. The most important features of Lebanese policy towards the issue of Syrian refugees: From hiding its head in the sand to “soft power”. Heinrich Böll Stiftung, (2014). Available at: <https://lb.boell.org/en/2014/12/30/mostimportantfeatures-lebanese-policy-towards-issue-syrian-refugees-hiding-its-head> (Accessed November 2019).
22. Collelo T. Lebanon a country study Federal Research Division Library of Congress (1989).
23. Meier D. La guerre civile était une guerre de religions. Paris: Le Cavalier Bleu; (2022). p. 79–84.
24. Geisser V. La question des réfugiés syriens au Liban: le réveil des fantômes du passé. *Confluences. Méditerranée.* (2013) 87:67. doi: 10.3917/come.087.0067
25. Bank Lebanon. Multi-dimension poverty index shows 53% of residents were poor before crisis (2022) Available at: <https://blogs.worldbank.org/arabvoices/lebanon-multi-dimension-poverty-index-shows-53-residents-were-poor-crisis>.
26. Lena Simet BR. Lebanon rising poverty, hunger amid economic crisis, (2022). Available at: <https://www.hrw.org/news/2022/12/12/lebanon-rising-poverty-hunger-amid-economic-crisis>

27. ESCWAU. Multidimensional poverty in Lebanon: A proposed measurement framework, and an assessment of the socioeconomic crisis UNESCWA; (2021) Available at: <https://www.unescwa.org/publications/multidimensional-poverty-lebanon>
28. Kronfol NM. Rebuilding of the Lebanese health care system: health sector reforms. *East Mediterr Health J.* (2006) 12:459–73.
29. Mjaess G, Karam A, Chebel R, Tayeh GA, Aoun F. COVID-19, the economic crisis, and the Beirut blast: what 2020 meant to the Lebanese health-care system. *East Mediterr Health J.* (2021) 27:535–7. doi: 10.26719/2021.27.6.535
30. Thorleifsson C. The limits of hospitality: coping strategies among displaced Syrians in Lebanon. *Third World Q.* (2016) 37:1071–82. doi: 10.1080/01436597.2016.1138843
31. Khalifeh R, D’Hoore W, Saliba C, Salameh P, Dauvrin M. Experiences of cultural differences, discrimination, and healthcare access of displaced Syrians (DS) in Lebanon: a qualitative study. *Healthcare.* (2023) 11. doi: 10.3390/healthcare11142013
32. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé: apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique.* (2015) LIII:67–82. doi: 10.3917/rpve.534.0067
33. Korstjens I, Moser A. Series: practical guidance to qualitative research. Part 2: context, research questions and designs. *Eur J Gen Pract.* (2017) 23:274–9. doi: 10.1080/13814788.2017.1375090
34. Moser A, Korstjens I. Series: practical guidance to qualitative research. Part 1: introduction. *Eur J Gen Pract.* (2017) 23:271–3. doi: 10.1080/13814788.2017.1375093
35. Robins C. Qualitative research In: B Sobolev and C Gatsonis, editors. *Methods in health services research.* New York, NY, USA: Springer (2018). 1–19.
36. Hill G. *Nursing research-generating and assessing evidence for nursing practice.* Nurse Res. (2010) 17:88–9.

37. Adewole D, Adediji B, Bello S, Taiwo J. Access to healthcare and social determinants of health among female migrant beggars in Ibadan. *Nigeria J Migr Health*. (2023) 7:100160. doi: 10.1016/j.jmh.2023.100160
38. Amnesty Syrian refugees in Lebanon desperate for health care amid international apathy: Available at: <https://www.amnesty.org/en/latest/press-release/2014/05/syrian-refugees-lebanon-desperate-health-care-amid-international-apathy/;2014>
39. Cuevas AG, O'Brien K, Saha S. African American experiences in healthcare: "I always feel like I'm getting skipped over". *Health Psychol*. (2016) 35:987–95. doi: 10.1037/hea0000368
40. Cortis JD. Meeting the needs of minority ethnic patients. *J Adv Nurs*. (2004) 48:51–8. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03168.x
41. Cortis JD. Perceptions and experiences with nursing care: a study of Pakistani (Urdu) communities in the United Kingdom. *J Transcult Nurs*. (2000) 11:111–8. doi: 10.1177/104365960001100205
42. Worrall-Carter L, Daws K, Rahman MA, MacLean S, Rowley K, Andrews S, et al. Exploring aboriginal patients' experiences of cardiac care at a major metropolitan hospital in Melbourne. *Aust Health Rev*. (2016) 40:696–704. doi: 10.1071/AH15175
43. Tajeu GS, Cherrington AL, Andreae L, Prince C, Holt CL, Halanych JH. "We'll get to you when we get to you": exploring potential contributions of health care staff behaviors to patient perceptions of discrimination and satisfaction. *Am J Public Health*. (2015) 105:2076–82. doi: 10.2105/AJPH.2015.302721
44. Gonzalez CM, Deno ML, Kintzer E, Marantz PR, Lypson ML, McKee MD. Patient perspectives on racial and ethnic implicit bias in clinical encounters: implications for curriculum development. *Patient Educ Couns*. (2018) 101:1669–75. doi: 10.1016/j.pec.2018.05.016
45. Connell CL, Wang SC, Crook L, Yadrick K. Barriers to healthcare seeking and provision among African American adults in the rural Mississippi Delta region: community and provider perspectives. *J Community Health*. (2019) 44:636–45. doi: 10.1007/s10900-019-00620-1

46. Nammour J. Les identités au Liban, entre complexité et perplexité. *Cités*. (2007) 29:49–58. doi: 10.3917/cite.029.0049
47. UNHCR. Culture, context and the mental health and psychosocial wellbeing of Syrians: UNHCR; (2015) Available at: <https://www.unhcr.org/protection/health/55f6b90f9/culture-context-mental-health-psychosocial-wellbeing-syrians-review-mental.html>
48. Saliba, C. Le mariage précoce dans le contexte Libanais. *Jurnal des Sciences Sociales de l'Universite Libanaise*, (2022), 174–205.
49. Pollock G, Newbold KB, Lafrenière G, Edge S. Discrimination in the doctor's office: immigrants and refugee experiences. *Critical Soc Work*. (2012) 13. doi: 10.22329/csw.v13i2.5866
50. Szaflarski M, Bauldry S. The effects of perceived discrimination on immigrant and refugee physical and mental health. *Adv Med Sociol*. (2019) 19:173–204. doi: 10.1108/S1057-629020190000019009
51. Khanlou N, Haque N, Sheehan S, Jones G. "it is an issue of not knowing where to go": service Providers' perspectives on challenges in accessing social support and services by immigrant mothers of children with disabilities. *J Immigr Minor Health*. (2015) 17:1840–7. doi: 10.1007/s10903-014-0122-8
52. Kikano F, Fauveaud G, Lizarralde G. Policies of exclusion: the case of Syrian refugees in Lebanon. *J Refug Stud*. (2021) 34:422–52. doi: 10.1093/jrs/feaa058
53. van Ryn M, Burgess DJ, Dovidio JF, Phelan SM, Saha S, Malat J, et al. The impact of racism on clinician cognition, behavior, and clinical decision making. *Du Bois Rev*. (2011) 8:199–218. doi: 10.1017/S1742058X11000191
54. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med*. (2009) 32:20–47. doi: 10.1007/s10865-008-9185-0
55. Småland Goth UG, Berg JE. Migrant participation in Norwegian health care. A qualitative study using key informants. *Eur J Gen Pract*. (2011) 17:28–33. doi: 10.3109/13814788.2010.525632

56. Benkert R, Peters RM. African American women's coping with health care prejudice. *West J Nurs Res.* (2005) 27:863–89. doi: 10.1177/0193945905278588
57. Greer TM. Perceived racial discrimination in clinical encounters among African American hypertensive patients. *J Health Care Poor Underserved.* (2010) 21:251–63. doi: 10.1353/hpu.0.0265
58. Aiello E, Flecha A, Serradell O. Exploring the barriers: a qualitative study about the experiences of mid-SES Roma navigating the Spanish healthcare system. *Int J Environ Res Public Health.* (2018) 15. doi: 10.3390/ijerph15020377
59. Sims CM. Ethnic notions and healthy paranoias: understanding of the context of experience and interpretations of healthcare encounters among older black women. *Ethn Health.* (2010) 15:495–514. doi: 10.1080/13557858.2010.491541
60. Sim W, Lim WH, Ng CH, Chin YH, Yaow CYL, Cheong CWZ, et al. The perspectives of health professionals and patients on racism in healthcare: a qualitative systematic review. *PLoS One.* (2021) 16:e0255936. doi: 10.1371/journal.pone.0255936
61. Cunningham BA, Scarlato ASM. Ensnared by colorblindness: discourse on health care disparities. *Ethn Dis.* (2018) 28:235–40. doi: 10.18865/ed.28.S1.235
62. Clark-Hitt R, Malat J, Burgess D, Friedemann-Sanchez G. Doctors' and nurses' explanations for racial disparities in medical treatment. *J Health Care Poor Underserved.* (2010) 21:386–400. doi: 10.1353/hpu.0.0275
63. Plaisime MV, Malebranche DJ, Davis AL, Taylor JA. Healthcare Providers' formative experiences with race and black male patients in Urban Hospital environments. *J Racial Ethn Health Disparities.* (2017) 4:1120–7. doi: 10.1007/s40615-016-0317-x
64. Gollust SE, Cunningham BA, Bokhour BG, Gordon HS, Pope C, Saha SS, et al. What causes racial health care disparities? A mixed-methods study reveals variability in how health care providers perceive causal attributions. *Inquiry.* (2018) 55:46958018762840.

65. Vandan N, Wong JY, Lee JJ, Yip PS, Fong DY. Challenges of healthcare professionals in providing care to south Asian ethnic minority patients in Hong Kong: a qualitative study. *Health Soc Care Community*. (2020) 28:591–601. doi: 10.1111/hsc.12892
66. Yzerbyt V, Klein O. *Psychologie sociale*. De Boeck Supérieur (2019). 576 p.
67. UNESCWA. Multidimensional poverty in Lebanon: A proposed measurement framework, and an assessment of the socioeconomic crisis. Library of Congress. Federal Research Division. III. Series. (2021). p. 1–13. <https://www.unescwa.org/publications/multidimensional-poverty-lebanon> 22-1948II

CHAPITRE 4 Les compétences culturelles comme solutions pour lutter contre les biais dans les relations thérapeutiques interculturelles : *Scoping Review*

Chapitre IV Les compétences culturelles comme solutions pour lutter contre les biais dans les relations thérapeutiques interculturelles : *Scoping Review*

Cultural competencies addressing the healthcare biases in intercultural therapeutic relationships: Scoping Review

(Manuscrit soumis au journal)

Résumé

Objectif : Cette revue a pour objectif d'explorer l'utilisation des compétences culturelles (CC) pour répondre aux problèmes de biais dans la relation thérapeutique interculturelle. Elle vise également à décrire les différents modèles et référentiels de CC adoptés au Moyen-Orient.

Méthodes : Un processus méthodologique de Scoping Review a été suivi. Une identification des études potentielles s'est basée sur des critères d'inclusion définis selon le protocole PCC (Population, Concept, Contexte). Un diagramme de PRISMA y est ensuite établi. Les dates de publication des études incluses dans la revue s'étendent de 2001 à 2011. Le nombre total d'articles retirés est 15. Un relevé de thèmes a été établi.

Résultats : Dans un contexte interculturel, la formation des professionnels de santé (PS) aux CC favorise la diminution des disparités en matière de soins de santé. A cet effet, elle offre aux PS les outils et les connaissances dont ils ont besoin pour traiter tous les patients de manière égale, quelle que soit leur origine culturelle. Cependant, de nombreux facteurs individuels et organisationnels affecteraient l'application des CC, outre les stratégies d'enseignement stéréotypées générées lors des formations. Peu d'études, voire aucune, portant sur les CC n'ont été menées dans les pays du Moyen-Orient.

Conclusion : Il incombe aux prestataires de soins de santé et aux organisations concernées d'acquérir les CC afin de promouvoir un environnement de compréhension et de respect favorable à la prestation de soins. Une conduite de recherches et d'études supplémentaires pourraient ouvrir de nouveaux horizons et inciter à l'élaboration de nouvelles lignes directrices des CC dans les pays du Moyen-Orient.

Mots-Clés : Compétences culturelles, Scoping Review, disparités en santé, discrimination, migrants, professionnels de santé.

Abstract

Objective: This study aimed to explore cultural competencies (CC) when addressing bias issues in intercultural therapeutic relationships. It also aimed to describe different CC models and standards adopted in the Middle East.

Method: A methodological Scoping Review process was carried out. Potential studies were identified based on inclusion criteria defined in the PCC protocol (Population, Concept, and Context). A PRISMA diagram was then drawn up. The publication dates of the studies included in the review range from 2001 to 2011. The total number of extracted articles is 15. A list of themes has been established.

Results: In intercultural contexts, training of healthcare professionals (HCPs) on CC help reduce disparities in healthcare. To this end, it provides them with tools and knowledge they need in order to treat all patients equally, regardless of their cultural background. However, several individual and organizational factors affect the implementation of CC, in addition to stereotypical / conventional teaching strategies adopted during the training. Few studies, if any at all, were carried out in the Middle East.

Conclusion: It is the responsibility of healthcare providers and relevant organizations to acquire CC in order to promote an environment of understanding and respect conducive to the provision of care. Further research and studies would open new horizons and encourage the development of new guidelines for the acquisition of CC in countries in the Middle East.

Keywords: Cultural competencies, Scoping Review, inequality in health, discrimination, migrants, health professionals.

Introduction et Problématique

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2022)(139), il existe environ 1 milliard de migrants dans le monde, parmi lesquels 281 millions de migrants internationaux et 82.4 millions de personnes déplacées, dont 48 millions de déplacés internes, 26.4 millions de réfugiés et 4.1 millions de demandeurs d'asile. (139). Il n'existe pas, à ce jour, de définition juridique officielle d'un migrant international. Cependant, la plupart des experts s'accordent sur le fait qu'un migrant international est une personne qui change de pays de résidence habituelle, temporairement (trois à douze mois) ou durablement (d'un an ou plus), quelle que soit la raison de sa migration ou son statut juridique (131). Néanmoins, un migrant international se distingue d'un réfugié qui est défini, en vertu du droit international, comme une personne qui a été contrainte de fuir son pays pour échapper à la persécution ou à de graves menaces pour sa vie, son intégrité physique ou sa liberté, que ce soit en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de ses opinions politiques ou de son appartenance à un certain groupe social. Cette fuite peut aussi être motivée par des situations de conflit, des violences ou des troubles de l'ordre public. Les réfugiés sont protégés par le droit international et ne peuvent être renvoyés dans leur pays s'il y existe un risque pour leur vie ou leur liberté (131).

Les migrants et les réfugiés sont considérés parmi les membres les plus vulnérables de la société, souvent victimes de xénophobie, de discrimination, de mauvaises conditions de vie, de logement et de travail et d'un accès limité aux soins de santé, outre les problèmes fréquents de santé physique et mentale dont ils souffrent. En connaissance de cause, l'OMS déclare que les réfugiés et les migrants bénéficient d'un droit humain à la santé et que les pays d'accueil ont l'obligation de leur fournir des services de soins de santé adaptés.

Cependant, les systèmes de santé sont confrontés à des disparités en matière de soins offerts aux réfugiés et aux migrants. De nombreux réfugiés font face à des obstacles qui entravent leur accès à des soins de santé adéquats, tels que la discrimination fondée sur des différences culturelles, religieuses ou ethniques et les barrières linguistiques (65, 72, 140, 141). La littérature propose de nombreuses définitions de la culture et notamment celle de l'anthropologie médicale qui offre une perspective plus large. Helman (2007)(142) définit la culture comme un ensemble de lignes directrices (à la fois explicites et implicites) que les individus utilisent pour percevoir le monde et

identifient les différents comportements qui leur sont appropriés. La culture est partagée, apprise, dynamique et évolutive (143). Cette évolution est décrite par Dreher et MacNaughton (2002) (144) comme la vie des gens dans des communautés où les circonstances génèrent des conflits, où les gens ne suivent pas toujours les règles et où les normes et institutions culturelles sont manipulées et modifiées selon les exigences de la société. Cependant, la race et l'origine ethnique sont utilisées pour catégoriser des segments de la population. La race fait référence à la division des personnes en groupes, souvent en fonction de caractéristiques physiques (145). L'ethnicité fait référence à l'expression culturelle et à l'identification de personnes de différentes régions géographiques, y compris leurs coutumes, leur histoire, leur langue et leur religion. En termes simples, la race décrit les traits physiques et l'origine ethnique fait référence à l'identification culturelle (145).

Afin de faire face à ce problème, les compétences culturelles (CC) se sont manifestées comme une approche pour lutter contre les disparités raciales et ethniques lors de l'offre des soins de santé (73, 140). Elles visent à améliorer les relations entre patients et professionnels et la qualité de la prestation des services, en accordant une attention particulière aux besoins des patients sur le plan interculturel. Il a été démontré que les CC peuvent réduire les inégalités lors de la prestation des soins de santé et encourager les prestataires à être ouverts et à répondre aux divers besoins de leurs patients (78).

L'évaluation de l'état de santé du patient migrant nécessite des informations sur les conditions pré-migratoires, le processus migratoire et les conditions post-migratoires. Selon Fassin (142, 146), l'état de santé du migrant/réfugié se dégrade après le déplacement en raison de difficultés d'accès aux soins mais surtout suite au traitement qui lui est fait par la société d'accueil qui se manifeste par des refus ou retards de soins se traduisant comme des procédures de dissuasion entre professionnel et patient.

Le prestataire de soins pourrait ne pas tenir compte de toutes ces étapes, notamment lorsque l'expression et le sens donné à la maladie ou ses symptômes par le patient semblent être différents de ceux du professionnel de santé (PS). Ceci se manifeste particulièrement lorsque les PS traitent des patients présentant des caractéristiques culturelles qui sont étrangères ou différentes des leurs (normes, valeurs, manières de penser, religion langue...) (147) (148), et qui constituent le socle

de l'identité du migrant (148). Une barrière pourrait alors se dresser entre les patients et les PS lorsque les représentations de ces caractéristiques et le sens donné par les uns et les autres divergent, menant à une interprétation difficile et complexe de l'expérience vécue par le patient lors de l'offre des soins (149). Dans ce contexte, lorsqu'un PS est en face d'un patient d'une culture différente ou minoritaire, des pratiques discriminatoires ou biais pourraient apparaître ainsi que des inégalités dans l'offre des soins (147). Les biais sont définis comme étant une tendance à favoriser un groupe par rapport à un autre; ils peuvent être favorables ou défavorables, conscients (explicites ou intentionnels) ou inconscients (implicites ou non intentionnels) (52). Cette définition rejoint celle de la discrimination en fonction de l'origine ou dite raciale dans le sens d'une construction sociale (142). Elle réfère aussi à la notion de race rigoureusement liée à la culture au sens de groupe social et complétée par la notion d'ethnie lorsque le groupe décrit est suffisamment localisé dans l'espace (150). Selon Fassin, il existerait donc des individus qui en regardent d'autres comme si des différences de races existaient et justifiaient des propos racistes et des conduites sociales discriminatoires (142, 146). Ces disparités raciales ou ethniques en soins de santé peuvent donc être en partie dues à des préjugés sociaux qui sont principalement inconscients (150). Certaines études montrent que des niveaux élevés de charge cognitive associés à la pratique clinique pourraient faciliter l'activation des biais chez certains PS et entraîner ainsi une communication inefficace, un diagnostic et un traitement incorrects ou des soins inadéquats (151). Pour diminuer ou éliminer les biais dans les soins de santé en contexte interculturel, les organismes de santé s'efforcent de délivrer des soins authentiques centrés sur la personne pour assurer la satisfaction des patients, quelle que soit leur origine.

Dans cette perspective, plusieurs solutions ont été proposées pour réduire davantage les préjugés en matière de soins de santé en contexte interculturel. L'une des solutions, adoptée dans des pays européens et au Canada, consiste à avoir recours à des médiateurs interculturels (152). Le rôle de ces médiateurs est d'améliorer la communication entre les patients et les soignants en ayant recours à un ensemble de compétences linguistiques et sociolinguistiques, de connaissances culturelles approfondies, d'une aptitude à donner des informations sur le système de santé ainsi que des attitudes préconisées par la médiation.

Une autre solution éventuelle serait le développement des CC définies comme un ensemble de comportements, d'attitudes, de connaissances, d'habiletés interculturelles et de politiques

congruents. Elles améliorent la compréhension et le respect des valeurs, croyances et attentes du patient. Elles se rassemblent dans un système ou un organisme ou entre les professionnels et favorisent un travail efficace dans des situations transculturelles (76) (153, 154). Cette définition étend les CC au-delà des praticiens individuels pour inclure les institutions et les systèmes de santé, ainsi que les politiques et les structures de ces systèmes. En effet, elle implique le niveau « individuel » renfermant les attitudes ou les comportements ainsi que le niveau « organisationnel ou systémique » relatif aux politiques ou aux procédures (76).

En outre, conscient des traitements discriminatoires que les PS peuvent afficher, des inégalités dans les soins de santé qui pourraient en découler et des situations conflictuelles face aux bénéficiaires des soins lors d'une dominance culturelle, McCalman et al.(2017) (78) fait appel à des politiques et à des procédures claires et bien spécifiques afin d'unifier l'approche chez une population ayant une culture différente de celle de la population locale.

Par conséquent, les CC sont considérées comme une réponse éventuelle aux problèmes qui pourraient survenir entre patients et soignants dans un contexte de relations thérapeutiques interculturelles. Il est donc légitime d'examiner la pertinence des CC comme un outil préventif des biais et de discrimination dans la relation de soins.

Afin de répondre à cette préoccupation, nous avons mené un examen de la portée communément appelé une *scoping review* (SR) de la littérature internationale (155). Cette revue explore l'utilisation des compétences culturelles (CC) dans le monde occidental et au moyen orient pour répondre aux problèmes de biais dans la relation thérapeutique interculturelle. Elle a pour objectifs 1) d'identifier si des CC ont été précédemment utilisées pour répondre à des problèmes de biais et de discrimination dans la relation thérapeutique et 2) de comprendre le moyen par lequel les CC peuvent réduire les biais et la discrimination dans les relations de soins, notamment dans des situations interculturelles. Un troisième objectif de cette revue de la littérature est d'explorer spécifiquement le concept de CC. En effet, le concept des CC et la plupart des référentiels proposant son implémentation ont été développés dans un contexte occidental, plus spécifiquement anglo-saxon. Une recherche rapide, orientée dans divers moteurs de recherche tels que EBSCO, PubMed, Google Scholar, Ovid a montré que l'application des CC semble méconnue (voire inconnue ou non divulguée) dans le contexte Moyen-Orient. Il est évident que les

mouvements de population, volontaires (pour raison de travail) ou forcés (durant les conflits armés) sont rarement l'apanage des pays occidentaux. A cet effet, les pays du Moyen-Orient doivent faire face à des défis en termes d'intégration des minorités ethniques et des migrants dans leur système de santé. Pour illustrer, notons que près de 80 % des réfugiés syriens se trouvent en Égypte, Irak, Jordanie, au Liban et en Turquie (156). C'est la raison pour laquelle cette revue s'intéresse particulièrement aux différents modèles et référentiels de CC implémentés et/ou appliqués dans le contexte du Moyen-Orient pour une réponse adaptée des professionnels de santé aux divers besoins des patients sur le plan interculturel et réduire les inégalités sociales en santé.

Matériels et Méthodes

Cette SR vise à identifier et à cartographier les connaissances disponibles dans la littérature sur les CC et les biais dans les soins de santé interculturels et d'inclure tous les types d'études, plutôt que de répondre uniquement à une question spécifique à travers une revue systématique et d'évaluer la qualité des études incluses (157).

Le protocole de cette SR est le PCC (Population, Concept, Contexte) basée sur la méthodologie du *Joanna Briggs Institute (JBI)*(158). Le cadre théorique est inspiré par celui d'Arksey et O'Malley (159).

Elaborer les questions de la recherche

Cette SR répond aux questions suivantes :

- 1- Les CC sont-elles efficaces pour réduire les biais dans les soins de santé ?
- 2- Existe-t-il des études relatives aux CC au Moyen-Orient ? Dans quelle mesure le cadre des CC dans les pays occidentaux est-il appliqué dans le contexte du Moyen-Orient ?

Identifier les études pertinentes

Afin d'identifier les études potentielles, des **critères d'inclusion** sont définis en se basant sur le protocole PCC (Population, Concept, Contexte) :

A- Population / Participants : Les participants inclus dans les études sélectionnées sont :

A-1 « *refugees or asylum seekers or displaced or migrants or immigrants or emigrants* »

A-2 « *physicians or medical doctors* » and « *nurses* »

Les participants ont été inclus dans notre étude indépendamment de leurs âge, lieu de résidence, ethnicité ou religion.

Un recours au choix exclusif de médecins et infirmiers a été adopté afin de limiter le nombre d'articles, à noter l'importance de ces professionnels dans les établissements de soins primaires qui constituent le premier contact avec le patient.

Les études menées auprès d'autres professionnels ou étudiants en médecine, en sciences infirmières ou autre discipline de la santé ont été exclues de cette SR.

B- Concept / Intervention : Les éléments de notre recherche faisant partie de cette SR incluent les détails suivants :

B-1 « *cultural competence in healthcare* »,

B-2 « *healthcare bias* » and/or « *discrimination or prejudice or stereotype or bias or stigma* »

Les résultats prévus ou *outcomes* visaient la réduction de la discrimination et les biais dans les soins de santé, notamment dans le cadre des relations interculturelles.

Toute étude qui ne ciblait pas les migrants/réfugiés ou qui n'a pas été menée dans le cadre des soins interculturels n'a pas été prise en considération lors de la sélection des articles et, de ce fait, a été exclue de cette SR.

C- Context/ Contexte : A la suite des objectifs et questions établis pour cette SR, le contexte a pris en considération le pays d'origine des lieux d'intervention et le cadre d'application des CC. Ceci impliquait une recherche dans divers pays et plus particulièrement dans ceux du Moyen-Orient.

Toutes les sources françaises, anglaises et arabes ont été considérées lors de la sélection des articles, y compris les revues systématiques, les recherches primaires et les rapports faisant partie de la littérature grise.

Toutefois, les articles rédigés autres qu'en anglais ou en français, affichés dans des éditoriaux et reflétant les opinions personnelles de leurs auteurs et ne faisant pas partie de la problématique en question ont été exclus de l'étude.

Quant à la **stratégie de la recherche**, elle a ciblé la documentation dans *PubMed*, *CINAHL* et *Embase*. La sélection des bases de données explorées a été choisie de manière consensuelle parmi les auteurs et validée par deux documentalistes. Il est à noter que ces bases de données sont souvent très ciblées dans le domaine étudié et identifient la littérature potentiellement pertinente quel que soit le type de l'étude.

La recherche dans les bases de données s'est déroulée entre mars et mai 2022. Prenant comme point de départ la définition des CC publiée en 2001 par l'Office of Minority Health (76), nous avons limité la recherche aux articles publiés entre 2001 et 2022.

La stratégie de recherche a été développée par les chercheurs avec l'appui de deux documentalistes de l'UCLouvain en utilisant « *Medical Subject Headings* » - MESH et des termes de recherche pour chaque mot clé puis elle a été adaptée à chaque base de données au départ de l'équation de recherche suivante : « Medical doctor[MeSH Terms] OR doctor[TIAB] OR physician[TIAB] OR physicians[TIAB] OR nurse[MeSH Terms] OR nurses[TIAB]) AND (discrimination[MeSH Terms] OR discrimination[TIAB] OR prejudice[TIAB] OR prejudices[MeSH Terms] OR stigma[MeSH Terms] OR racism[MeSH Terms] OR racism[TIAB] OR stereotyping[MeSH Terms] OR stereotyp*[TIAB] OR "cultural competency"[MeSH Terms] OR "cultural competenc*" [Title/Abstract]) AND (refugee*[TIAB] OR refugees[MeSH Terms] OR "asylum seekers"[TIAB] OR "displaced person*" [TIAB] OR "transients and migrants"[MeSH Terms] OR migrant*[TIAB]) AND (healthcare[MeSH Terms] OR "healthcare delivery"[TIAB] OR "healthcare access"[TIAB] ».

Sélectionner les études

Le nombre total d'articles repérés à l'aide des termes de recherche dans les 3 bases de données est 508 (Pubmed n=117, CINAHL n=154, Embase n=237). Tous les articles identifiés à partir des recherches ont été transférés vers le logiciel de gestion des références bibliographiques « *Rayyan* »

¹ pour effectuer le screening. Après le retrait des doublons n=44, le nombre total des articles gardés pour le screening a été réduit à 464. La figure 1 représente le diagramme de PRISMA de cette étude.

Le protocole PCC, décrit dans la partie précédente, a été utilisé pour établir les critères d'éligibilité pour chaque référence selon les choix suivants : « *include* », « *maybe* » ou « *exclude* » tout en précisant les raisons d'exclusion. Le travail de collaboration entre chercheurs s'est fait via *Rayyan* pour l'évaluation des références importées des diverses bases de données, en assurant le mode « *Blind On* » lors du screening afin que les décisions des collaborateurs restent invisibles sur l'interface du *Rayyan*. Cela a permis d'assurer l'impartialité des différents *reviewers* lors du screening et de limiter toute influence et biais à ce niveau.

La première sélection (screening), basée sur la lecture des abstracts, a été réalisée par deux examinateurs parmi les chercheurs. Tous les conflits manifestés durant cette étape entre les deux examinateurs ont été délibérés par deux autres collaborateurs chercheurs pour une décision finale.

La deuxième sélection a été réalisée par deux examinateurs effectuant une lecture entière des articles tirés des références déjà sélectionnées au cours de la première étape pour déterminer la pertinence de chaque article par rapport aux critères d'inclusion. Par ailleurs, les articles qui ont généré des désaccords entre les deux examinateurs ont été examinés par deux autres collaborateurs chercheurs pour une décision finale.

Au cours de la troisième phase, les références sélectionnées (n=28) ont été enregistrées dans un fichier Excel. Une grille d'extraction a été réalisée avec les données suivantes : « record number », auteurs, titre de l'article, année de publication, type de publication, type de l'étude, objectifs, modèle théorique conceptuel, méthodes de collecte de données, « findings », participants, définition « migrants », définition « CC », définition « biais », caractéristiques du public cible, centré sur les soignés, centré sur les PS, intervention, lieu de soins, pays, composants des CC et langue. Les données extraites ont été validées par l'équipe des chercheurs.

Il est important de noter qu'il existe une variété de définitions dans la littérature qui décrivent les groupes de personnes fuyant leur pays d'origine. Différents termes ont été également utilisés pour désigner les différents biais ou les CC dans les soins de santé. Les vocables des

termes « migrants », « CC » et « biais en santé » sont bien établis dans le tableau 1. Ces termes sont utilisés dans notre étude et reflètent les différents vocables employés dans la littérature.

Tableau N°1. Vocables des termes « CC », « Biais » et « Migrants »

Vocables		
CC	Biais	Migrants
cultural competence, cultural competencies, cultural intelligence, intercultural competencies, cultural sensitivity, transcultural nursing, cultural safety, cultural literacy	discrimination, prejudice, stereotypes, micro-aggressions, xenophobia, racism, bias, health disparities, stigmatization	migrants, multicultural family, ethnic group, ethnic minority group, immigrants, refugee, asylum seekers, black people (ethnic minority group), culturalism, undocumented migrants, culturally and linguistically diverse (CALD)

Diagramme Prisma de l'étude

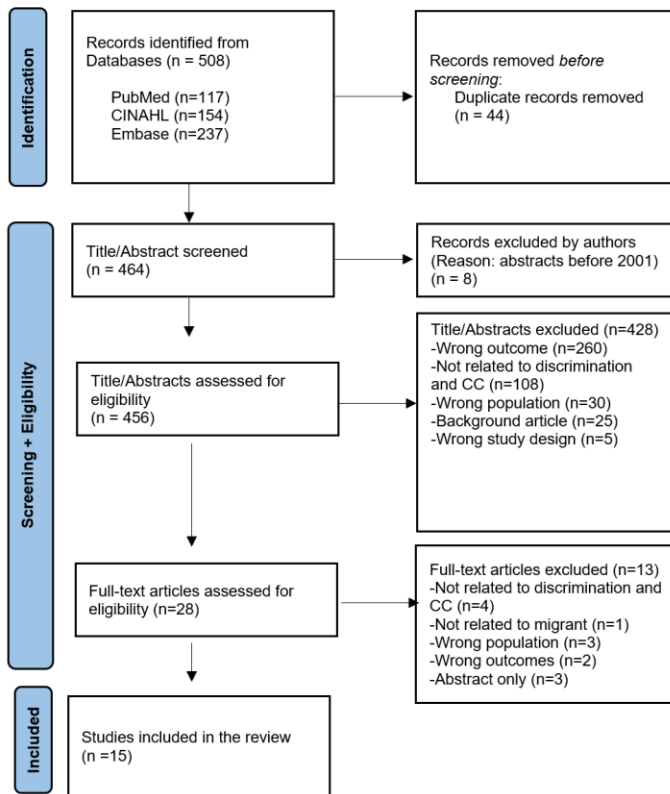


Figure 1 : Diagramme PRISMA (160)

Cartographier les données

Suite à la validation et sur la base d'un examen complet décrit dans la section précédente, 15 articles répondant aux critères d'inclusion ont été sélectionnés pour la SR. La dernière étape consistait à dresser un tableau avec les principaux éléments d'information (thèmes) prélevés de ces 15 articles. Cela a favorisé le processus de synthétisation des connaissances dans les études incluses. Toutes les informations ont été saisies dans un fichier Excel ou dans un formulaire de cartographie de données.

Collecter, synthétiser et rapporter les résultats

Cette étape consistait à rassembler, résumer et rapporter les résultats. Les données des articles inclus ont été interprétées et synthétisées. Une analyse thématique du matériel a été menée et toutes les données pertinentes qui répondaient aux objectifs de l'étude ont été triées en fonction des questions de la recherche et des mots-clés. Les résultats ont été rapportés dans une synthèse narrative dans laquelle les articles répondant aux critères d'inclusion ont été retenus dans l'étude, quelle que soit la qualité ou le type d'étude. Comme Arksey et O'Malley (2005) (159) l'ont suggéré, les rapports des SR ne se focalisent pas sur l'évaluation de la qualité des études incluses. Ils cherchent plutôt à synthétiser les preuves à travers un large éventail de la littérature. Par ailleurs, trois résultats majeurs ont été thématiquement présentés dans cette SR : 1) l'accessibilité et la qualité des soins de santé livrés aux migrants, 2) manifestation des biais dans les soins de santé interculturels fournis par les PS, 3) avantages et inconvénients de la formation aux CC dans le cadre des soins interculturels.

Résultats

Caractéristiques des études incluses

La date de publication des études incluses dans cette SR s'étend de 2001 à 2011 (n=7) et de 2012 à 2022 (n=8). En termes de portée géographique, 7 études proviennent de l'Amérique du Nord et 3 de la Nouvelle-Zélande. Les autres couvrent la Corée du Sud (Gwangju), la Suisse (Genève), l'Irlande (Dublin), l'Angleterre (Londres) et la France (Paris). Le type des études incluses est réparti comme suit : revues systématiques (n=2), recherches qualitatives (n=4), méthode mixte (n=1), revues narratives (n=8), parmi lesquels n=11 centrés sur les PS et n=4 centrés sur les patients. Les articles sont publiés en anglais (n=14) et en français (n=1) et comprennent 14 articles originaux et une thèse.

Dans ce qui suit sont détaillés les différents thèmes retirés des articles.

Accessibilité et qualité des soins de santé livrés aux migrants

Plusieurs études incluses ont évoqué les barrières auxquelles les migrants font face lors de l'accès aux services de santé dans les pays d'accueil. Ces barrières sont structurelles (barrières financières et/ou linguistiques) ou personnelles (discrimination réelle ou perçue et/ou faible littératie en santé) (89). La divergence de la culture et la religion ainsi que le statut socio-économique des migrants nécessitent une certaine sensibilisation des prestataires sur ces spécificités afin qu'ils puissent fournir des soins efficaces centrés sur la personne (140).

Dans ce contexte, les auteurs ont noté des difficultés de communication entre les soignants et les soignés (70, 141, 161, 162), des barrières linguistiques (69, 70, 72, 89, 163, 164), des barrières financières (70, 89) et des barrières culturelles (69, 70, 89, 165, 166). Les disparités dans les soins de santé apparaissent comme un facteur commun dans la plupart des études incluses (65, 66, 69-72, 89, 162, 164, 167). D'autres études ont également montré que les personnes qui arrivent dans un pays d'accueil et ne parviennent pas à naviguer dans son système de santé, notamment par manque d'informations, sont confrontées à une série d'obstacles (89, 168). Une maîtrise insuffisante de la langue est un des principaux obstacles (89, 168, 169). Ceci est expliqué par le choix des migrants pour des médecins ou des PS qui communiquent dans leur langue ou qui leur sont ethniquement et/ou linguistiquement appariés (89, 162, 170). Les cliniciens, traitant différemment les patients en fonction de leur race/ethnicité, pourraient fournir des soins de moindre qualité en raison d'une insensibilité culturelle ou d'un manque d'adaptation culturelle (73, 74, 171, 172). De telles situations pourraient augmenter le sentiment d'insécurité chez les patients lors de la recherche de soins, provoquant ainsi leur isolement social (89, 169).

D'autre part, Inhorn et Serour (2011)(173) ont révélé que les patients arabo-musulmans, notamment la population croissante de réfugiés irakiens, sont confrontés à d'énormes défis en cherchant ou en recevant des soins médicaux aux Etats-Unis depuis le 11 septembre 2001. Ils ont également souligné que les préoccupations religieuses des musulmans orientent la pratique médicale et influent leur implication dans le système de santé américain.

Manifestation des biais dans les soins interculturels fournis par les PS

Dans les études incluses, les biais ont été décrits par un vocabulaire large et diversifié (voir Tableau n°1).

Plusieurs facteurs semblent contribuer à la présence des biais dans les soins interculturels de santé. Selon la revue systématique de Good et Hannah (2015)(69), des disparités persistent lors du traitement des minorités malgré les efforts déployés par les PS pour fournir des soins équitables, adéquats et adaptés à leur culture (69). Ceci a été expliqué par l'absence de politiques de santé dynamiques capables de servir un éventail complexe d'individus d'origines ethniques différentes, provenant de différentes classes sociales, parlant différentes langues, ayant des perspectives culturelles nuancées et des expériences historiques compliquées ainsi qu'un assortiment d'identités raciales et ethniques (65, 66, 69-71). L'élément historique (colonisation) contribue également à la présence des disparités dans les soins de santé interculturels (71). Mladovsky et al. (2012)(70) ont révélé qu'il existe un sentiment accru « anti-immigration » dans plusieurs pays européens depuis la crise économique de 2008. Ce sentiment s'est exprimé par un rejet du multiculturalisme par les partis traditionnels, entraînant un échec quant à leur responsabilité envers les migrants. A cet effet, nous signalons qu'une insensibilité culturelle ou un manque d'adaptation culturelle de la part des prestataires de soins pourraient engendrer des soins de qualité inférieure menant à des préjugés raciaux ou un traitement discriminatoire envers les patients migrants (72-75).

En outre, certaines recherches indiquent que certains acteurs de santé traitant les migrants ont tendance à avoir des préjugés contre ces derniers (174) ou à manifester des micro-agressions qui communiquent des préjugés raciaux (80). Les micro-agressions sont définies comme des affronts subtils ou des insultes intentionnelles ou non-intentionnelles qui véhiculent des messages hostiles ou négatifs envers des personnes, en raison de leur appartenance à un groupe social structurellement opprimé. Ces formes de micro-agressions stéréotypées ne font que renforcer les préjugés et le racisme et sont souvent reconnues comme une forme de discrimination interpersonnelle (80).

Les PS peuvent également manifester la xénophobie et la discrimination à l'égard des migrants lors de la prestation des soins (71, 72, 89, 175) et traiter les patients différemment en fonction de leur race/ethnicité (72), tout en générant des préjugés raciaux envers eux, ce qui entraîne une prestation de services de soins de moindre qualité (69, 72, 172). La discrimination

provoque chez les migrants un sentiment d'infériorité émanant des droits restreints dont ils bénéficient (89).

D'autre part, les études incluses montrent que les infirmiers peuvent également manifester un certain racisme et de la discrimination lorsqu'ils sont en contact avec des patients immigrants. Ces biais sont extériorisés notamment par un racisme involontaire et inconscient, tant sur le plan individuel qu'institutionnel, et sont renforcés par des stéréotypes et préjugés (65, 66). Par conséquent, une forme de racisme institutionnel entraînant un préjudice involontaire constitue le fondement d'une forme indirecte de discrimination institutionnelle (65) et fait référence à des politiques ou à des pratiques discriminatoires enracinées dans les systèmes organisationnels qui ont tendance à être indirects et relativement invisibles (66). Toutefois, les infirmiers ne sont pas souvent conscients du racisme institutionnel qu'ils provoquent et/ou ne comprennent pas leur contribution inconsciente à cette forme de racisme auquel les immigrants sont exposés (65). Ce racisme interpersonnel englobe les agressions racistes verbales et physiques ainsi que le traitement injuste dans les services de santé offerts aux migrants (66, 176).

Avantages et inconvénients de la formation aux CC dans les soins de santé interculturels

Des études ont montré que la formation en CC améliorerait les CC des prestataires de soins de santé (140, 177, 178) Cependant, certaines études ont révélé des inconvénients et suggéré des propositions qui devraient être prises en considération avant de mettre en œuvre un programme de formation aux CC pour les PS dans un contexte interculturel (65, 66, 70, 72). Dans ce qui suit, les avantages et inconvénients des formations aux CC dans le cadre des prestations des soins interculturels sont abordés tels qu'ils sont rapportés dans les études incluses dans cette SR.

Dans la majorité des études, les auteurs mettent en évidence le manque de formation aux CC des prestataires délivrant des soins aux migrants et le considèrent comme un facteur commun favorisant la présence de biais interculturels implicites et/ou explicites dans les soins (65, 72, 80, 89, 162, 164, 165, 174). En effet, la littérature fait fréquemment référence à des termes tels que « culturellement approprié, sensibilité culturelle, sécurité culturelle, sensibilisation culturelle » qui sont utilisés de manière interchangeable par les auteurs.

Les auteurs ont suggéré que la formation aux CC fasse partie d'un cours obligatoire offert à tout le personnel agissant auprès des migrants dans les organisations de soins de santé afin de

rendre les services de soins culturellement appropriés (89, 174). Ceci nécessiterait des changements réfléchis, intégrés et appropriés sur les plans organisationnel (70) et individuel (174), une amélioration de la communication soignant-soigné et un renforcement de la compréhension des perceptions culturelles spécifiques des migrants lors de la prestation de soins (89). A cet effet, une formation aux CC centrée sur le patient pourrait aider les cliniciens à identifier et à négocier différents styles de communication, les préférences décisionnelles et en particulier les problèmes sexuels et ceux du genre (72). En insistant sur la formation et la sensibilisation de tout le personnel de l'hôpital, y compris le personnel administratif, il serait également nécessaire d'engager la communauté dans les interventions de soins de santé afin de réduire la stigmatisation, améliorer la santé du patient et éclairer les acteurs sur les politiques et stratégies de santé à adopter (89).

Certains auteurs utilisant le terme « sécurité culturelle », dont la définition rejoint celle des CC (voir tableau numéro 1), soulignent l'importance de la formation à la sécurité culturelle en soins infirmiers afin de promouvoir l'autoréflexion et la sensibilisation culturelle dans les pratiques des soignants (66, 71, 165, 167). Par ailleurs, Mancuso (2011)(141) évoque les programmes de formation en littératie culturelle pour les infirmiers. Ceux-là pourraient les munir de connaissances et d'outils qui aideraient à surmonter les malentendus qui résultent des attentes des prestataires de santé ou des patients qui ne sont pas comblées et qui contribuent souvent à des disparités en matière de santé.

Pour sa part, Campinha-Bacote (2009)(164) insiste que les infirmiers relient consciemment les CC à la justice sociale. Il a constaté que l'égalité des résultats en matière de santé pourrait être atteinte pour tous, indépendamment de la race ou l'ethnie, la langue, le sexe ou la religion. Le modèle des CC dans la prestation des services de santé que Campinha-Bacote (2009)(164) propose démontre une corrélation directe entre l'inégalité perçue dans les services de santé offerts aux migrants et l'impact négatif sur la santé.

Le processus d'acquisition des CC par les prestataires des services de santé serait une pratique continue d'un modèle de CC à travers lequel les infirmiers s'efforcent inlassablement à acquérir la capacité et la disponibilité nécessaires pour œuvrer d'une manière efficace au sein du contexte culturel du patient (individuel, familial, communautaire)(164). Ce modèle de pratique exige que les infirmiers soient perçus comme étant culturellement compétents. Ceci implique l'intégration du désir culturel (cultural desire), de la sensibilisation culturelle (cultural awareness), des connaissances culturelles (cultural knowledge), des capacités culturelles (cultural skills) et des

rencontres culturelles (cultural encounters). Il s'agirait donc de motivation et de volonté de la part des PS pour qu'ils s'engagent dans ce processus d'une manière résolue. Des réflexions sur leurs propres préjugés et stéréotypes, leur quête de connaissances sur les particularités culturelles des migrants sur le plan individuel, familial et communautaire, leur aptitude à s'informer sur la culture des migrants en collectant des données culturelles pertinentes et précises permettraient une évaluation objective adaptée à leur situation. En outre, une recherche délibérée de rencontre culturelle avec les migrants permettrait des interactions face à face, une communication en pleine conscience et alors une meilleure compréhension de la littératie en santé afin de promouvoir l'égalité des soins de santé offerts aux migrants (164).

Toutefois, bien qu'elles aident à élargir l'accès aux soins et à améliorer la qualité des soins fournis aux minorités raciales et ethniques, les formations en CC n'ont pas encore réussi à éliminer les disparités dans la provision des soins (69). Certaines études (65, 80) affirment, qu'en étant un processus complexe, les CC sont souvent difficiles à appliquer car de nombreux facteurs individuels et organisationnels affecteraient leur application et rendraient difficile la mesure de résultats efficaces. Boyle (2012)(65) affirme que les infirmiers devraient être plus conscients des contextes sociopolitiques dans les milieux des soins de santé. Par ailleurs, l'existence du racisme systémique, surtout dans l'enseignement des soins infirmiers pourrait affecter la formation des PS aux CC (80). Par conséquent, la sensibilisation aux préjugés et leur identification devraient commencer dans les organisations durant la phase éducative afin de créer un environnement sûr et non menaçant pour les soignés(80).

Néanmoins, plusieurs obstacles demeurent quant à la formation des PS aux CC dans le cadre des soins thérapeutiques interculturels, parmi lesquels nous citons l'interruption des programmes de formation en raison de coupes budgétaires et/ou le remplacement de la personne responsable de ces formations (163), la présence de stratégies d'enseignement stéréotypées (65, 70, 72) et les micro-agressions qui en découlent par l'expression de messages hostiles ou négatifs envers des personnes cibles dus à leur appartenance à un groupe social structurellement opprimé (80). En effet, ces micro-agressions constituent une forme de discrimination interpersonnelle (80, 89) et pourraient entraîner une compréhension erronée de la propre sensibilisation culturelle des PS. Par conséquent, leurs pratiques seraient influencées par inadvertance par des attitudes ethnocentriques inconscientes non contestées sur le lieu de travail (65).

Il serait donc vital de créer un environnement sûr et non menaçant dans les classes et les laboratoires de simulation à travers des exemples culturellement diversifiés, appropriés, nécessaires et pertinents pour l'apprentissage des futures soignants (80).

La récapitulation des résultats obtenus sont illustrés dans les figures 2 et 3 qui suivent.

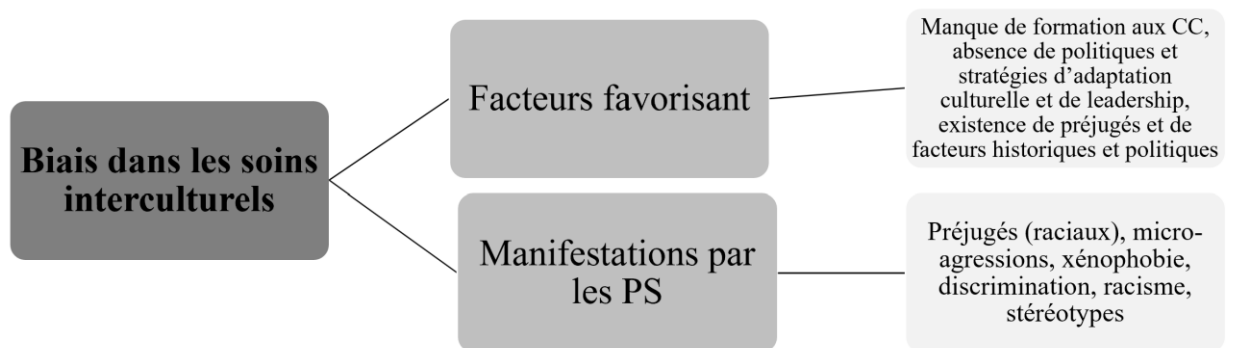


Fig. 2. Manifestations des biais dans les soins interculturels

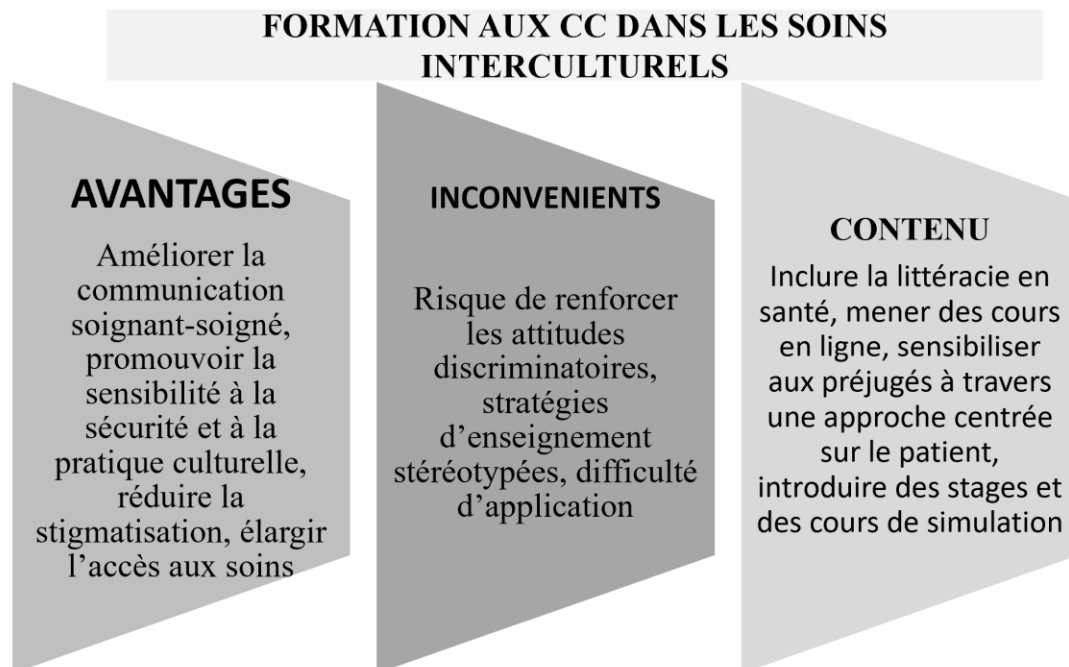


Fig. 3. Formation aux CC dans les soins interculturels

Discussion

La discussion des résultats traite les CC comme un vocable regroupant un ensemble de solutions répondant aux biais de soins interculturels en santé dans la littérature de cette SR. Elle répond également à la question de l'existence de pistes d'application/implémentation des CC au Moyen-Orient.

Les CC répondant aux problèmes de biais des soins interculturels en santé

Une première de son genre, cette SR a pour objectif de constater l'utilisation des CC pour répondre aux problèmes de biais et de discrimination dans la relation thérapeutique interculturelle et de comprendre l'effet des CC dans la réduction des biais et la discrimination dans les relations

de soins. Pour diminuer ou éliminer les biais dans les soins en contexte interculturel, les organismes de santé s'efforcent de délivrer des soins authentiques et centrés sur la personne pour s'assurer que les besoins des patients sont satisfaits, quelle que soit leur origine.

Les facteurs des disparités en matière de santé entre les migrants et la population du pays d'accueil sont multifactorielles et souvent difficiles à démêler (89). Les études incluses dans cette SR mentionnent plusieurs facteurs, tels que les difficultés d'accès au système de soins de santé dues aux barrières linguistiques (69, 70, 72, 89, 161, 162, 164), la faible littératie en santé (70, 89, 141, 174), les barrières culturelles et/ou financières (69, 70, 72, 89, 165, 166, 174, 179). Ajoutons à ceux-là, le manque de formation aux CC chez les prestataires des soins de santé (65, 72, 80, 89, 162-165), une adaptation culturelle insuffisante (65, 66, 69, 70, 72, 141, 164-166), l'absence de stratégies et de politiques institutionnelles (65, 66, 69-72, 89, 141), ainsi que des facteurs historiques (71) et politiques (70).

MC Farland (2019) (180) insiste sur la nécessité d'être ouvert, sensible, respectueux et riche en connaissances sur les groupes culturels fréquemment rencontrés. L'auteur juge qu'il est fondamental de développer les CC et d'intégrer les soins culturels dans une approche infirmière holistique.

Certains programmes de formations en CC se concentrent particulièrement sur la réduction des préjugés chez les prestataires de soins et sur l'égalisation des soins prodigués aux patients de divers groupes ethniques. D'autres programmes se centrent sur l'amélioration de la sensibilisation et la réactivité des PS aux différentes normes culturelles (73, 181).

Dans un contexte interculturel, la formation des PS aux CC aide à réduire les disparités en matière de soins de santé en équipant les PS d'outils et de connaissances nécessaires pour traiter tous les patients de manière égale et leur fournir les meilleurs soins possibles, quelle que soit leur origine culturelle (83).

La prestation de soins culturellement compétents a été associée à des résultats positifs chez les patients, particulièrement à une meilleure communication (72, 79, 80), à une plus grande satisfaction (81, 82), à un meilleur état de santé (71, 75), à une réduction des disparités et une amélioration de l'équité en santé (83, 84). En revanche, des soins culturellement indifférents risquent de conduire à une mauvaise interprétation des besoins des patients, à des diagnostics inexacts et à des erreurs de traitement (85, 86).

Les CC aux trois niveaux Macro, Més0 et Micro

Il convient de signaler que les CC agissent sur trois niveaux : sociétal (macro), organisationnel (més0) et individuel (micro) qui pourraient déterminer à leur tour les facteurs favorisant l'application des compétences culturelles. Ces niveaux interagissent les uns avec les autres et affirment la capacité des PS formés à fournir des soins culturellement compétents dans une organisation ne soutenant pas la diversité. Ceci implique, en effet, un investissement sur le plan personnel (éducation et formation), professionnel (supervision et mentorat), et organisationnel (politiques et procédures) (65).

Au niveau micro (individuel), les résultats de cette SR montrent que les CC aident à réduire les biais dans les relations thérapeutiques interculturels et à améliorer la qualité des soins dispensés aux réfugiés et migrants (Campinha-Bacote, 2009). L'application des CC en Europe et aux États-Unis pourrait réduire les disparités en matière de santé et promouvoir l'équité entre les migrants et les réfugiés. Grâce à la formation en CC, les fournisseurs de soins de santé seraient plus compétents sur le plan culturel et capables de livrer des soins plus appropriés et plus équitables pour tous, ce qui se traduit en des meilleurs résultats en matière de santé.

Outre la formation en CC chez les PS, la littérature propose d'autres solutions pour la prévention, voire la réduction des biais dans les soins interculturels, qui seraient complémentaires à la formation en CC. A cet effet, des améliorations structurelles, à un double niveau macro (sociétal) et més0 (organisation et procédures), seraient nécessaires pour réduire les disparités en matière de santé chez les migrants, telles que l'utilisation de nouvelles technologies qui véhiculent des informations faciles à saisir et disponibles en plusieurs langues (89). De même, le recours organisationnel à des interprètes compétents et qualifiés ou à des courtiers/médiateurs culturels a été également abordé par plusieurs auteurs comme solution pour réduire les biais interculturels lors de la prestation des soins et pour améliorer l'expérience en soins de santé chez les migrants. Les prestataires de soins de santé aux États-Unis et en Europe pourraient également dépendre des ressources communautaires pour aider les migrants et les réfugiés à naviguer dans le système de santé. Ces ressources peuvent inclure des interprètes, des courtiers culturels et des travailleurs

sociaux qui aideraient à promouvoir l'éducation à la santé et à fournir des conseils sur les lieux de services (70, 141, 174, 182, 183).

Enfin, au niveau macro, l'équité dans les soins de santé devrait être garantie par la justice sociale et le soutien des politiques du pays d'accueil afin d'éliminer les facteurs favorisant les inégalités dans les soins de santé livrés aux migrants et réfugiés (71, 173).

La figure N°4 présente un récapitulatif des solutions proposées par la littérature pour répondre aux biais de soins interculturels en santé.

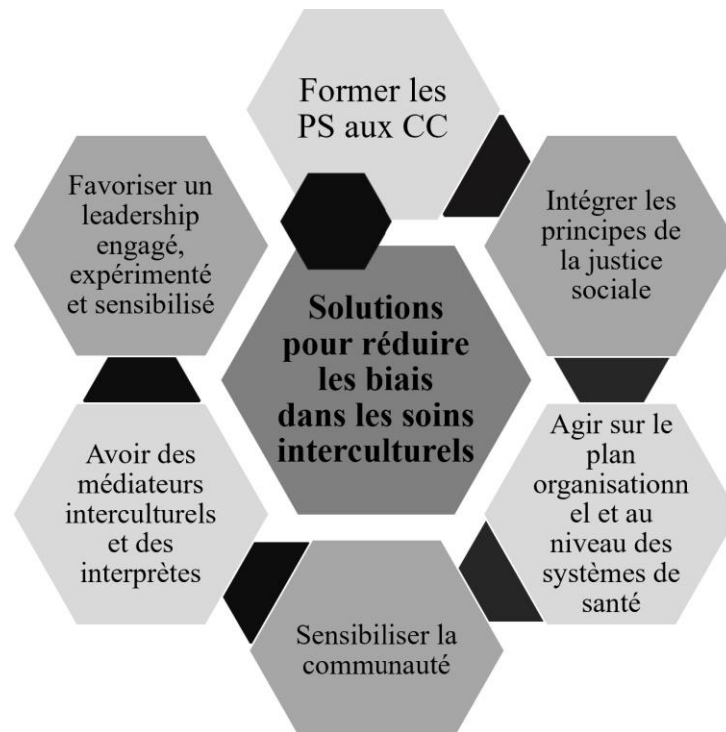


Fig.4 Autres solutions pour la réduction des biais de soins interculturels en santé

Implémentation/Application du cadre des CC dans les pays du Moyen-Orient

Le Moyen-Orient constitue une mosaïque de populations et de communautés caractérisées par une extrême diversité de langues, religions, ethnies et cultures. A travers l'histoire, cette région du monde a été traversée par des violences, des guerres et des conflits. Sa richesse en eau, en pétrole et la diversité culturelle et religieuse de ses populations constituent des éléments assujettis

à des enjeux géostratégiques locaux et mondiaux favorisant souvent des conflits d'intérêts économiques et géopolitiques entre ses peuples et au-delà de ses frontières (184). Par ailleurs, sa situation géographique entre l'Asie, l'Afrique et l'Europe est un immense carrefour où des conflits et des tensions s'enflamment brusquement (185). Des déplacements croissants (jusqu'à 16 millions de déplacés de force et d'apatrides en 2021) n'ont fait qu'augmenter ces tensions. Le HCR a enregistré 128 000 de déplacés en 2021, dont 15 800 nécessitant une protection internationale (186).

Si les CC s'avèrent essentielles pour réduire les préjugés en matière de soins de santé dans les environnements multiculturels et aider à assurer un accès équitable à des soins de qualité pour tous, il serait intéressant d'explorer une existante application et/ou implémentation du cadre des CC dans le contexte du Moyen-Orient.

L'actuelle SR a révélé qu'il existe peu d'études, voire aucune portant sur les CC dans les pays du Moyen-Orient. Les interventions relevées dans cette SR ont été réalisées en Europe, au Canada, en Nouvelle Zélande et aux Etats-Unis.

Toutefois, une région aussi culturellement diversifiée avec une population aux croyances, valeurs et pratiques culturelles si variées et distinctes mériterait d'être explorée afin de constater la portée de l'implémentation des CC.

En effet, la mise en œuvre des CC dans la région du Moyen-Orient pourrait être cruciale pour réduire les préjugés en matière de soins de santé, améliorer les résultats des soins de santé et promouvoir la diversité et l'inclusivité au sein d'une population aux croyances et valeurs culturelles et religieuses diverses. Malgré l'existence de l'arabe comme langue commune dans de nombreux pays du Moyen-Orient, il existe une grande variété de dialectes de langues parlées dans la région. Il s'agirait donc de comprendre l'identité culturelle, les dynamiques de pouvoir et les barrières linguistiques dans la région pour intégrer un cadre de CC dans une approche holistique (187).

Dans le contexte du Moyen-Orient, où les CC n'ont pas été suffisamment prises en compte, une conduite de recherches et d'études supplémentaires pourraient ouvrir de nouveaux horizons et promouvoir l'élaboration de nouvelles lignes directrices sur les CC.

Conclusion

Les résultats de cette SR ont identifié les CC comme une solution potentielle pour contrer les biais en matière de soins de santé dans un contexte interculturel. Définies comme une capacité à interagir efficacement avec des personnes de cultures diverses, les CC impliquent la connaissance et le respect des différentes coutumes, valeurs, croyances et normes sociales des différentes cultures. Par conséquent, il serait crucial pour les prestataires de soins de santé et les organisations d'acquérir des CC afin de favoriser un environnement de compréhension et de respect. La recherche montre que les CC dans les établissements de santé sont associées à de meilleurs résultats chez les patients et à moins d'erreurs médicales chez les prestataires de soins.

Afin d'acquérir des CC, les prestataires de soins de santé et les organisations doivent identifier les sources potentielles de biais en matière de soins de santé et s'efforcer à les éliminer. Le personnel de santé devrait recevoir une formation sur les CC, telles que les stratégies de communication, l'évaluation culturelle et la compréhension culturelle.

Dans cette perspective, l'acquisition des CC dans un contexte interculturel nécessite un engagement de la part des organisations et des prestataires de soins de santé afin de comprendre et reconnaître les différences culturelles. En s'attaquant aux sources de préjugés par la formation et en créant un environnement inclusif et diversifié, les prestataires et les organisations de soins de santé pourraient créer un système de santé plus équitable et offrir de meilleurs soins de santé à tous les patients.

Références

1. Kok P. THE DEFINITION OF MIGRATION AND ITS APPLICATION: MAKING SENSE OF RECENT SOUTH AFRICAN CENSUS AND SURVEY DATA. *Southern African Journal of Demography*. 1997;7(1):19-30.
2. Commission E. Migration https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary/glossary/migration_en.
3. IOM. IOM Definition of "Migrant", <https://www.iom.int/about-migration>.
4. Nations U. Treaty Series. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. OHCHR 1976; 993: 3. 1976.
5. 14. CESCR General Comment No. 14 (2000) on the Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12). In: Scott L, Anne G, editors. *Economic, Social, and Cultural Rights*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2006. p. 359-76.
6. Penchansky. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, Feb, 1981, Vol 19, No 2 (Feb, 1981), pp 127-140 Published by: Lippincott Williams & Wilkins Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/3764310>. 1981.
7. Medicine Io. Committee on, Understanding
Eliminating, Racial
Ethnic Disparities in Health, Care. In: Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, editors. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington (DC): National Academies Press (US) Copyright 2002 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.; 2003.
8. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*. 2013;12(1):18.
9. J. F. The concept and measurement of accessibility. KL White (Ed), *Health Services Research: an Anthology*, Pan American Health Organization, Washington, DC (1992), pp 842-855, Vol Scientific Publication No 534
1992.
10. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1973;51(1):95-124.
11. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research & Policy*. 2002;7(3):186-8.
12. Akhtar SS, Heydon S, Norris P. Access to the healthcare system: Experiences and perspectives of Pakistani immigrant mothers in New Zealand. *J Migr Health*. 2022;5:100077.
13. Baggio S, Jacquerioz F, Salamun J, Spechbach H, Jackson Y. Equity in access to COVID-19 testing for undocumented migrants and homeless persons during the initial phase of the pandemic. *J Migr Health*. 2021;4:100051.
14. Barlow P, Mohan G, Nolan A. Utilisation of healthcare by immigrant adults relative to the host population: Evidence from Ireland. *J Migr Health*. 2022;5:100076.
15. Mangrio E, Persson K. Immigrant parents' experience with the Swedish child health care system: A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):32.
16. Fang ML, Sixsmith J, Lawthom R, Mountian I, Shahrin A. Experiencing 'pathologized presence and normalized absence'; understanding health related experiences and access to health care among Iraqi and Somali asylum seekers, refugees and persons without legal status. *BMC public health*. 2015;15:923.

17. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80.
18. Fernández-Gutiérrez M, Bas-Sarmiento P, Albar-Marín MJ, Paloma-Castro O, Romero-Sánchez JM. Health literacy interventions for immigrant populations: a systematic review. *International nursing review*. 2018;65(1):54-64.
19. Mangrio E, Carlson E, Zdravkovic S. Newly arrived refugee parents in Sweden and their experience of the resettlement process: A qualitative study. *Scand J Public Health*. 2020;48(7):699-706.
20. IOM. Migration Health Annual Report, https://publications.iom.int/system/files/pdf/mhd_ar2017.pdf. 2017.
21. WHO. Social Determinants of Health, https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.
22. Ahmed S, Shommu NS, Rumana N, Barron GR, Wicklum S, Turin TC. Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *J Immigr Minor Health*. 2016;18(6):1522-40.
23. Hill J, Rodriguez DX, McDaniel PN. Immigration status as a health care barrier in the USA during COVID-19. *J Migr Health*. 2021;4:100036.
24. Chen JA, Shapero BG, Trinh NHT, Chang TE, Parkin S, Alpert JE, et al. Association between stigma and depression outcomes among Chinese immigrants in a primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2016;77(10):e1287-e92.
25. Carballo M, Nerukar A. Migration, refugees, and health risks. *Emerg Infect Dis*. 2001;7(3 Suppl):556-60.
26. Daynes L. The health impacts of the refugee crisis: a medical charity perspective. *Clin Med (Lond)*. 2016;16(5):437-40.
27. Abbas M. After crisis: health, politics and reflections on the European refugee crisis. *Med Confl Surviv*. 2019;35(4):295-312.
28. Kalipeni E, Oppong J. The refugee crisis in Africa and implications for health and disease: a political ecology approach. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1637-53.
29. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet*. 2018;392(10164):2606-54.
30. IOM. World migration report 2020 2019 [Available from: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf].
31. Burns R, Zhang CX, Patel P, Eley I, Campos-Matos I, Aldridge RW. Migration health research in the United Kingdom: A scoping review. *J Migr Health*. 2021;4:100061.
32. Cantor D, Swartz J, Roberts B, Abbara A, Ager A, Bhutta ZA, et al. Understanding the health needs of internally displaced persons: A scoping review. *J Migr Health*. 2021;4:100071.
33. Mangrio E, Sjögren Forss K. Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):814.
34. Wang L, Guruge S, Montana G. Older Immigrants' Access to Primary Health Care in Canada: A Scoping Review. *Can J Aging*. 2019;38(2):193-209.
35. Migration IOF. Migration health assessments and travel health assistance: 2019 overview of pre-migration health activities. Geneva: . <https://publicationsiomint/system/files/pdf/migration-health-assessmentspdf>. 2020.
36. Gushulak BD, MacPherson DW. The basic principles of migration health: Population mobility and gaps in disease prevalence. *Emerging Themes in Epidemiology*. 2006;3(1):3.

37. Lebenbaum M, Stukel TA, Saunders NR, Lu H, Urquia M, Kurdyak P, et al. Association of source country gender inequality with experiencing assault and poor mental health among young female immigrants to Ontario, Canada. *BMC Public Health*. 2021;21(1):739.
38. Aschale Y, Mengist A, Bitew A, Kassie B, Talie A. Prevalence of malaria and associated risk factors among asymptomatic migrant laborers in West Armachiho District, Northwest Ethiopia. *Res Rep Trop Med*. 2018;9:95-101.
39. Al Hourani M, Azzam AB, Ahmad Jaber R. MANIFESTATIONS OF LIFEWORLD CRISIS AMONG SYRIAN MALE YOUTH IN JORDANIAN REFUGEE CAMPS. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*. 2019;10:3-23.
40. Logie CH, Okumu M, Mwima S, Hakiza R, Chemutai D, Kyambadde P. Contextual factors associated with depression among urban refugee and displaced youth in Kampala, Uganda: findings from a cross-sectional study. *Conflict and Health*. 2020;14(1):45.
41. Maharaj V, Tomita A, Thela L, Mhlongo M, Burns JK. Food Insecurity and Risk of Depression Among Refugees and Immigrants in South Africa. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(3):631-7.
42. Salti N, Ghattas H. Food insufficiency and food insecurity as risk factors for physical disability among Palestinian refugees in Lebanon: Evidence from an observational study. *Disabil Health J*. 2016;9(4):655-62.
43. A. A. The socio-economic impact of Syrian refugees on labor in Jordan: a case study on local communities in Mafraq governorate. *J Islam Thought Civiliz* 2020;10(1):1–23 doi:1032350/jitc10101. 2020.
44. Thordardottir EB, Yin L, Hauksdottir A, Mittendorfer-Rutz E, Hollander A-C, Hultman CM, et al. Mortality and major disease risk among migrants of the 1991–2001 Balkan wars to Sweden: A register-based cohort study. *PLOS Medicine*. 2020;17(12):e1003392.
45. Haukka J, Suvisaari J, Sarvimäki M, Martikainen P. The Impact of Forced Migration on Mortality: A Cohort Study of 242,075 Finns from 1939–2010. *Epidemiology*. 2017;28(4):587-93.
46. Norredam M, Olsbjerg M, Petersen JH, Juel K, Krasnik A. Inequalities in mortality among refugees and immigrants compared to native Danes – a historical prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2012;12(1):757.
47. Cheung MC EC, Fischer HD, Camacho X, Liu N, Saskin R et al. . Impact of immigration status on cancer outcomes in Ontario, Canada. *J Oncol Pract* 2017;13(7):e602–12 doi:101200/JOP2016019497. 2017.
48. Agyemang C, Nyaaba G, Beune E, Meeks K, Owusu-Dabo E, Addo J, et al. Variations in hypertension awareness, treatment, and control among Ghanaian migrants living in Amsterdam, Berlin, London, and nonmigrant Ghanaians living in rural and urban Ghana - the RODAM study. *J Hypertens*. 2018;36(1):169-77.
49. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2020;17(9):e1003337.
50. Riley A, Varner A, Ventevogel P, Taimur Hasan MM, Welton-Mitchell C. Daily stressors, trauma exposure, and mental health among stateless Rohingya refugees in Bangladesh. *Transcult Psychiatry*. 2017;54(3):304-31.
51. Stevenson K, Alameddine R, Rukbi G, Chahrouri M, Usta J, Saab B, et al. High rates of maternal depression amongst Syrian refugees in Lebanon - a pilot study. *Sci Rep*. 2019;9(1):11849.
52. Gopal DP, Chetty U, O'Donnell P, Gajria C, Blackadder-Weinstein J. Implicit bias in healthcare: clinical practice, research and decision making. *Future Healthc J*. 2021;8(1):40-8.
53. Herzlich. Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social, in W. Doise, A. Palmonari (éds), *L'Etude des représentations sociales*. 1986.

54. Mbanya VN, Terragni L, Gele AA, Diaz E, Kumar BN. Access to Norwegian healthcare system - challenges for sub-Saharan African immigrants. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):125.
55. Garcini LM, Daly R, Chen N, Mehl J, Pham T, Phan T, et al. Undocumented immigrants and mental health: A systematic review of recent methodology and findings in the United States. *J Migr Health*. 2021;4:100058.
56. Suleman S, Garber KD, Rutkow L. Xenophobia as a determinant of health: an integrative review. *J Public Health Policy*. 2018;39(4):407-23.
57. Rivenbark JG, Ichou M. Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health*. 2020;20(1):31.
58. Albahsahli B, Bridi L, Aljenabi R, Abu-Baker D, Kaki DA, Godino JG, et al. Impact of United States refugee ban and discrimination on the mental health of hypertensive Arabic-speaking refugees. *Front Psychiatry*. 2023;14:1083353.
59. Thurber KA, Walker J, Batterham PJ, Gee GC, Chapman J, Priest N, et al. Developing and validating measures of self-reported everyday and healthcare discrimination for Aboriginal and Torres Strait Islander adults. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):14.
60. Ziersch A, Due C, Walsh M. Discrimination: a health hazard for people from refugee and asylum-seeking backgrounds resettled in Australia. *BMC Public Health*. 2020;20(1):108.
61. Chen YY, Li AT, Fung KP, Wong JP. Improving Access to Mental Health Services for Racialized Immigrants, Refugees, and Non-Status People Living with HIV/AIDS. *J Health Care Poor Underserved*. 2015;26(2):505-18.
62. Heydari A, Amiri, R., Nayeri, N. D., & AboAli, V. . Afghan refugees' experience of Iran's health service delivery. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(2), 75-85. 2016;9 (2):75-85.
63. Schein YL, Winje BA, Myhre SL, Nordstoga I, Straiton ML. A qualitative study of health experiences of Ethiopian asylum seekers in Norway. *BMC Health Services Research*. 2019;19(1):1-12.
64. Dubeau C, Demoulin S, Dauvrin M, Lepièce B, Lorant V. Implicit and explicit ethnic biases in multicultural primary care: the case of trainee general practitioners. *BMC primary care*. 2022;23(1):91.
65. Boyle PJ. An assessment of cultural competence of community public health nursing in Liffeside Health Service Area, Dublin: Middlesex University (United Kingdom); 2014.
66. Oda K, Rameka M. STUDENTS' CORNER: Using Te Tiriti O Waitangi to identify and address racism, and achieve cultural safety in nursing. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 2012;43(1):107-12.
67. Camille D, Wets C, Delaruelle K, Demoulin S, Dauvrin M, Lepiece B, et al. Factors associated with discrimination in GPs' decisions towards migrants with mental health problems. *European Journal of Public Health*. 2023;33.
68. Jones RA, Hirschey R, Campbell G, Cooley ME, Lally R, Somayaji D, et al. Update to 2019–2022 ONS Research Agenda: Rapid Review to Promote Equity in Oncology Healthcare Access and Workforce Development. *Oncology Nursing Forum*. 2021;48(6):604-12.
69. Good MJ, Hannah SD. "Shattering culture": perspectives on cultural competence and evidence-based practice in mental health services. *Transcult Psychiatry*. 2015;52(2):198-221.
70. Mladovsky P, Ingleby D, McKee M, Rechel B. Good practices in migrant health: The European experience. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*. 2012;12(3):248-52.
71. Theunissen KE. The nurse's role in improving health disparities experienced by the indigenous Māori of New Zealand. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 2011;39(2):281-6.
72. Cuevas AG, O'Brien K, Saha S. What is the key to culturally competent care: Reducing bias or cultural tailoring? *Psychology & Health*. 2017;32(4):493-507.

73. Betancourt JR, Green AR. Commentary: linking cultural competence training to improved health outcomes: perspectives from the field. *Acad Med*. 2010;85(4):583-5.
74. Blair IV, Steiner JF, Fairclough DL, Hanratty R, Price DW, Hirsh HK, et al. Clinicians' Implicit Ethnic/Racial Bias and Perceptions of Care Among Black and Latino Patients. *Annals of Family Medicine*. 2013;11(1):43-52.
75. Weech-Maldonado R, Elliott M, Pradhan R, Schiller C, Hall A, Hays RD. Can hospital cultural competency reduce disparities in patient experiences with care? *Med Care*. 2012;50 Suppl(0):S48-55.
76. Health OoM. National Standards for Culturally and Linguistically appropriate Services in Health Care. . Final Report, Washington DC: US Department of Health and Human services. 2001.
77. F F, H S, L R, Y vS, E S, M P, et al. Midwives' experiences of cultural competency training and providing perinatal care for migrant women a mixed methods study: Operational Refugee and Migrant Maternal Approach (ORAMMA) project. *BMC pregnancy and childbirth*. 2021;21(1):340.
78. McCalman J, Jongen C, Bainbridge R. Organisational systems' approaches to improving cultural competence in healthcare: a systematic scoping review of the literature. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):78.
79. Kelly F, Papadopoulos I. Enhancing the cultural competence of healthcare professionals through an online course. *Diversity in Health and Care*. 2009;6:77-84.
80. Carter BM, Phillips BC. Revolutionizing the Nursing Curriculum. *Creative Nursing*. 2021;27(1):25-30.
81. Tang C, Tian B, Zhang X, Zhang K, Xiao X, Simoni JM, et al. The influence of cultural competence of nurses on patient satisfaction and the mediating effect of patient trust. *J Adv Nurs*. 2019;75(4):749-59.
82. Shepherd SM. Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):14.
83. Cruz JP, Aguinaldo AN, Estacio JC, Alotaibi A, Arguvanli S, Cayaban ARR, et al. A Multicountry Perspective on Cultural Competence Among Baccalaureate Nursing Students. *J Nurs Scholarsh*. 2018;50(1):92-101.
84. Wang Y, Xiao LD, Yan P, Wang Y, Yasheng A. Nursing students' cultural competence in caring for older people in a multicultural and developing region. *Nurse Educ Today*. 2018;70:47-53.
85. Alpers LM. Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study. *Nurs Ethics*. 2018;25(3):313-23.
86. Dias S, Gama A, Cargaleiro H, Martins MO. Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. *Human Resources for Health*. 2012;10(1):14.
87. Schininá G NN, Birot P, Giardinelli L, Kios G. Mainstreaming mental health and psychosocial support in camp coordination and camp management. The experience of the International Organization for Migration in the north east of Nigeria and South Sudan. *Intervention*2016;14(3):232–4
88. Abbott KL, Woods CA, Halim DA, Qureshi HA. Pediatric care during a short-term medical mission to a Syrian refugee camp in Northern Jordan. *Avicenna J Med*. 2017;7(4):176-81.
89. Schmidt NC, Fagnoli V, Epiney M, Irion O. Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. *Reproductive Health*. 2018;15:1-.
90. Kosiyaoporn H, Julchoo S, Phaiyarom M, Sinam P, Kunpeuk W, Pudpong N, et al. Strengthening the migrant-friendliness of Thai health services through interpretation and cultural mediation: a system analysis. *Glob Health Res Policy*. 2020;5(1):53.
91. Merino Orozco A, Calvo Ruiz M, Di Giusto Valle C, Pérez de Albéniz Garrote G, Medina Gómez B, Gutiérrez García A, et al. Accompaniment in the Gender and Social Discrimination of Migrant Women Victims of Gender-Based Violence: From Bibliography to Situated Key in Burgos, Spain. *Social Sciences*. 2023;12(6):325.

92. H. V. What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region? . Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 64). 2019.
93. Sepúlveda C CB. Rol del facilitador intercultural para migrantes internacionales en centros de salud chilenos: perspectivas de cuatro grupos de actores clave [Role of the intercultural facilitator for international migrants in Chilean health centres: perspectives from four groups of key actors]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2019;36(4):592–600 doi:1017843/rpmesp20193644683
94. Čebren U PS, Jazbinšek S, Farkaš-Lainščak J. Case study: evaluation of the implementation of intercultural mediation in preventive health-care programmes in Slovenia. *Public Health Panorama* 201731114–19. 2020.
95. Miklavcic A, Leblanc MN, editors. *Culture Brokers, Clinically Applied Ethnography, and Cultural Mediation* 2014.
96. Cornet A. TC, Uzun A., Matamba P. . La médiation interculturelle en milieu hospitalier en Belgique : une recherche de reconnaissance. *Management & sciences sociales*, 2017, La diversité : regards croisés Aujourd'hui et demain, 23, pp4-14 hal-01856602 2017.
97. Chbaral Z, & Verrept, H. . La médiation interculturelle en milieu hospitalier. *Médiations & sociétés*, 24-27. 2004.
98. Dauvin M, Derluyn, I., Coune, I., Verrept, H., & Lorant, V. . Towards fair health policies for migrants and ethnic minorities: The case-study of ETHEALTH in Belgium. *BMC Public Health* 12 (1), 726. 2012.
99. Berti B. The Syrian Refugee Crisis Regional and Human Security Implications. *Strategic Assessment*. 2015;17(4):41-53.
100. Salem P. Can Lebanon survive the syria crisis. *Carnegie Endowment for International Peace*. 2012.
101. Dionigi F. The Syrian Refugee Crisis in Lebanon: State Fragility and Social Resilience. *LSE Middle East Centre Paper Series*. 2016;15.
102. UNHCR. Lebanon: Shelter. <https://www.unhcr.org/lb/shelter>, (accessed November 2019). 2017.
103. Janmyr M. Precarity in Exile: The Legal Status of Syrian Refugees in Lebanon. *Refugee Survey Quarterly*. 2016;35(4):58-78.
104. LOVELESS J. Crisis in Lebanon: Camps for Syrian Refugees?' *Forced Migration Review* 43: 66–68. 2013.
105. THIBOS C. One million Syrians in Lebanon: A Milestone Quickly Passed. *Migration Policy Center Policy Brief* 2014/03 [Online], http://cadmus.eu/bitstream/handle/1814/31696/MPC_THIBOS_2014_pdf (accessed November 2019). 2014.
106. UNHCR. Appel global 2013 du HCR (actualisation) - Liban, <https://www.unhcr.org/fr/media/appe-global-2013-du-hcr-actualisation-liban>. 2013.
107. Saghieh N, & Frangieh, G. . The most important features of Lebanese policy towards the issue of Syrian refugees: From hiding its head in the sand to “soft power”. *Heinrich Böll Stiftung* [Online], <https://lb.boell.org/en/2014/12/30/most-important-features-lebanese-policy-towards-issue-syrian-refugees-hiding-its-head> (accessed November 2019). 2014.
108. EL MUFTI K. Official Response to the Syrian Refugee Crisis in Lebanon, the Disastrous Policy of No-Policy. *Civil Society Knowledge Centre, Lebanon Support*, <https://civilsociety-centre> 2014.

109. Geisser V. La question des réfugiés syriens au Liban : le réveil des fantômes du passé. Confluences Méditerranée. 2013;N° 87(4).
110. LENNER KS, S. . Syrian Refugees in Jordan and Lebanon: Between Refuge and Ongoing deprivation'. In European Institute of the Mediterranean. Yearbook 2016 (pp122–126), <https://www.iemed.org/observatori/arees-danalisi/arxiu-adjunts/anuari/med2016/> 2016.
111. INTERNATIONAL A. Lebanon's October 2019 protests weren't just about the 'WhatsApp tax'. <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2021/10/lebanon-october-2019-protests-weren-just-about-the-whatsapp-tax/>. 2021.
112. El-Jardali F. MRSZ. Rethinking Lebanon's Healthcare System Amid the Economic Crisis. <https://www.lcps-lebanon.org/articles/details/4799/rethinking-lebanon%E2%80%99s-healthcare-system-amid-the-economic-crisis>. 2023.
113. ESCWA U. Multidimensional poverty in Lebanon: A proposed measurement framework, and an assessment of the socioeconomic crisis UNESCWA; 2021 [Available from: <https://www.unescwa.org/publications/multidimensional-poverty-lebanon>]
114. Bank W. Lebanon: Multi-dimension Poverty Index shows 53% of residents were poor before crisis 2022 [Available from: <https://blogs.worldbank.org/arabvoices/lebanon-multi-dimension-poverty-index-shows-53-residents-were-poor-crisis>].
115. Ammar W, Mechbal Ae-H, Awar M. Health financing in Lebanon. I. Organization of health care services, coverage system and contribution of the Ministry of Public Health. J Med Liban. 1998;46(3):149-55.
116. Saliba C. Recours aux soins et couverture médicale au Liban. 5-7, rue de l'Ecole-Polytechnique, 75005 Paris: L'Harmattan; 2016.
117. Khalife J, Rafeh N, Makouk J, El-Jardali F, Ekman B, Kronfol N, et al. Hospital Contracting Reforms: The Lebanese Ministry of Public Health Experience. Health Syst Reform. 2017;3(1):34-41.
118. Mikhael C. Lebanese Hospital Care Structural Deficiencies hindering development, <https://blog.blominvestbank.com/19224/lebanese-hospital-care-structural-deficiencies-hindering-development/>. 2016.
119. Ammar Z. <HealthResponseStrategy-updated.pdf>. 2016.
120. UNHCR. <3RP-Progress-Report-17102017-final.pdf>. 2017.
121. Awar Ammar M. Health insurance reform: labor versus health perspectives. publication date Jan 2012 publication description J Med Liban 2012 Jan-Mar;60(1):1-3. 2018.
122. NAUFAL H. Les réfugiés syriens au Liban : entre l'approche humanitaire et les divisions politiques, Migration Policy Centre Research Report, 2012/12 - <https://hdl.handle.net/1814/24834>, Retrieved from Cadmus, EUI Research Repository. 2012.
123. WHO. Annual report 2020: leveraging emergency health support for health system development. <https://www.emrowhoint/lbn/lebanon-infocus/lebanon-publishes-2020-annual-report.html>. 2020.
124. Mjaess G, Karam A, Chebel R, Tayeh GA, Aoun F. COVID-19, the economic crisis, and the Beirut blast: what 2020 meant to the Lebanese health-care system. Eastern Mediterranean Health Journal. 2021;27(6):535-7.
125. C. H-A. Syrian refugee access to healthcare in Lebanon. OCHA, <https://reliefweb.int/report/lebanon/syrian-refugee-access-healthcare-lebanon>. 2020.
126. UNHCR. UNHCR Lebanon: Fact sheet, August 2023. <https://www.unhcr.org/lb/wp-content/uploads/sites/16/2023/10/UNHCR-Lebanon-FactSheet-August-2023.pdf>. 2023.
127. UNHCR. Middle East and North Africa, <https://reporting.unhcr.org/globalreport/middle-east-and-north-africa> 2021.

128. Thorleifsson C. The limits of hospitality: coping strategies among displaced Syrians in Lebanon. *Third World Quarterly*. 2016;37(6):1071-82.
129. Baron X. Chapitre 21. La mainmise syrienne sur le Liban. *Histoire de la Syrie*. Paris: Tallandier; 2014. p. 235-48.
130. Marcelin JR, Siraj DS, Victor R, Kotadia S, Maldonado YA. The Impact of Unconscious Bias in Healthcare: How to Recognize and Mitigate It. *J Infect Dis*. 2019;220(220 Suppl 2):S62-S73.
131. UNHCR. Compact for Migration, Definitions, <https://refugeesmigrants.un.org/definitions/>
<https://www.unhcr.org/fr/questions-frequeemment-posees.html?query=refugies%20definition#Questcequunr%C3%A9fugi%C3%A9>.
132. Williams IC, Clay OJ, Ovalle F, Atkinson D, Crowe M. The Role of Perceived Discrimination and Other Psychosocial Factors in Explaining Diabetes Distress Among Older African American and White Adults. *Journal of Applied Gerontology*. 2020;39(1):99-104.
133. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA, Vu C. Understanding how discrimination can affect health. *Health Serv Res*. 2019;54 Suppl 2(Suppl 2):1374-88.
134. WHO C. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, World Health Organization. WHO website:
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html. 2008.
135. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*. 2015;8(1):-1-N.PAG.
136. McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. *Public Health*. 2019;172:22-30.
137. Paluck EL, Green DP. Prejudice reduction: what works? A review and assessment of research and practice. *Annu Rev Psychol*. 2009;60:339-67.
138. Dovidio JF, Gaertner SL. Reducing Prejudice: Combating Intergroup Biases. *Current Directions in Psychological Science*. 1999;8(4):101-5.
139. WHO. Refugee and migrant health, https://www.who.int/health-topics/refugee-and-migrant-health#tab=tab_1. 2022.
140. Fair F, Soltani H, Raben L, van Streun Y, Sioti E, Papadakaki M, et al. Midwives' experiences of cultural competency training and providing perinatal care for migrant women a mixed methods study: Operational Refugee and Migrant Maternal Approach (ORAMMA) project. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):340.
141. MANCUSO L. OVERCOMING HEALTH LITERACY BARRIERS: A MODEL FOR ACTION. *Journal of Cultural Diversity*. 2011;18(2):60-7.
142. D. F. L'intervention française de la discrimination. *Revue française de science politique*, 52^e année, n°4, 2002 pp 403-423; doi : <https://doi.org/10.3406/rfsp2002403726>
https://www.persee.fr/doc/rfsp_0035-2950_2002_num_52_4_403726 2002.
143. Schim S. DA, Benkert R. & Miller J. Culturally Congruent Care: Putting the Puzzle together. *Journal of Transcultural Nursing* 18 (2), 103-110. 2007.
144. Dreher M MN. Cultural competence in nursing: foundation or fallacy? *Nurs Outlook* 2002 Sep-Oct;50(5):181-6 doi: 10.1067/mno.2002.125800 PMID: 12386652. 2002.
145. Census.gov. <https://www.census.gov/acs/www/about/why-we-ask-each-question/ethnicity/>.
146. D. F. Migrants en situation de vulnérabilité et Santé Santé Publique, La Santé en Action, Mars 2021, No 455. 2021.
147. González-Pascual JL, Esteban-Gonzalo L, Rodríguez-García M, Gómez-Cantarino S, Moreno-Preciado M. The effect of stereotypes and prejudices regarding gender roles on the relation between nurses and "Muslim fathers" in health institutions within the Community of Madrid (Spain). *Nursing inquiry*. 2017;24(4).

148. M. C-E. Pour une approche interculturelle en travail social. Théories et pratiques. Presses de l'EHESP, « Politiques et interventions sociales », 2015, ISBN : 9782810903559 DOI : 103917/ehespcohen201501 URL : <https://www-cairn-info-proxy-bibu-clouvain-be:2443/pour-une-approche-interculturelle-en-travail-social-9782810903559.htm> 2015.
149. BODENMANN P, MADRID, C., VANNOTTI, I., ROSSI, J. & RUIZ J. . Migrations sans frontières mais...barrières des représentations. Rev Med Suisse 2007;3(2710-7).
150. C. G. L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel. Nice : Institut d'études et de recherches interethniques et interculturelles, 1972 pp 3-247 (Publications de l'Institut d'études et de recherches interethniques et interculturelles, 2);
https://www.persee.fr/doc/ierii_1764-8319_1972_mon_2_1. 1972.
151. Byrne A, Tanesini A. Instilling new habits: addressing implicit bias in healthcare professionals. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2015;20(5):1255-62.
152. Van Keer RL, Fernandez SM, Bilsen J. Intercultural mediators in Belgian hospitals: Demographic and professional characteristics and work experiences. Patient Educ Couns. 2020;103(1):165-72.
153. Mutha SA, C.; Welch, M. . Toward Culturally Competent Care: A Toolbox for Teaching Communication Strategies Center for the Health Professions, University of California, San Francisco, HHS Office of Minority Health Resource Center 2002.
154. M. W. Culture and Health Applying Medical Anthropology. John Wiley and Sons 2009.
155. Montreal Ud. Scoping review. <https://bibumontreal.ca/evaluer-analyser-rediger/syntheses-connaissances/examen-portee>.
156. UNHCR L. The UN refugee agency. (<https://www.unhcr.org/lebanon.html>). (Accessed January 2023)).
157. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. BMC Medical Research Methodology. 2018;18(1):143.
158. Manual TJBR. Methodology for JBI Scoping Reviews. 2015.
159. Arksey H, O'Malley L. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice. 2005;8(1):19-32.
160. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71.
161. Chae D, Park Y. Organisational cultural competence needed to care for foreign patients: A focus on nursing management. Journal of nursing management. 2019;27(1):197-206.
162. Wissink L, Jones-Webb R, DuBois D, Krinke B, Ibrahim Q. Improving health care provision to Somali refugee women. Minnesota medicine. 2005;88(2):36-40.
163. Chae D, Park Y. Organisational cultural competence needed to care for foreign patients: A focus on nursing management. J Nurs Manag. 2019;27(1):197-206.
164. Campinha-Bacote J. A culturally competent model of care for African Americans. Urol Nurs. 2009;29(1):49-54.
165. Mortensen A. Cultural safety: does the theory work in practice for culturally and linguistically diverse groups? Nursing praxis in New Zealand inc. 2010;26(3):6-16.
166. Bourdin MJ, Bennegadi R, Paris C. Cultural competence in the healthcare relationship with migrant patients. Soins; la revue de référence infirmière. 2010(747):24-5.
167. Browne AJ, Varcoe C, Smye V, Reimer-Kirkham S, Lynam MJ, Wong S. Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice. Nurs Philos. 2009;10(3):167-79.
168. Reitmanova S, Gustafson DL. "They can't understand it": maternity health and care needs of immigrant Muslim women in St. John's, Newfoundland. Matern Child Health J. 2008;12(1):101-11.

169. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract.* 2006;23(3):325-48.
170. Cuevas AG, O'Brien K, Saha S. What is the key to culturally competent care: Reducing bias or cultural tailoring? *Psychol Health.* 2017;32(4):493-507.
171. Cooper LA, Roter DL, Carson KA, Beach MC, Sabin JA, Greenwald AG, et al. The associations of clinicians' implicit attitudes about race with medical visit communication and patient ratings of interpersonal care. *Am J Public Health.* 2012;102(5):979-87.
172. Institute of Medicine Committee on U, Eliminating R, Ethnic Disparities in Health C. In: Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, editors. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care.* Washington (DC): National Academies Press (US) Copyright 2002 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.; 2003.
173. Inhorn MC. Diasporic dreaming: Return reproductive tourism to the Middle East. *Reproductive BioMedicine Online.* 2011;23(5):582-91.
174. Chae D, Lee J, Asami K, Kim H. Experience of migrant care and needs for cultural competence training among public health workers in Korea. *Public Health Nurs.* 2018;35(3):211-9.
175. R. CJ. Xenophobia, International Migration and Development. *J Human Dev Capabilities.* 2010;11:209-28.
176. Jones CP. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. *Am J Public Health.* 2000;90(8):1212-5.
177. Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, et al. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care.* 2005;43(4):356-73.
178. Smith TB, Constantine MG, Dunn TW, Dinehart JM, Montoya JA. Multicultural education in the mental health professions: A meta-analytic review. *Journal of Counseling Psychology.* 2006;53(1):132-45.
179. Wissink L, Jones-Webb R, DuBois D, Krinke B, Ibrahim Q. Improving health care provision to Somali refugee women. *Minn Med.* 2005;88(2):36-40.
180. McFarland MR, Wehbe-Alamah HB. Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *Journal of Transcultural Nursing.* 2019;30(6):540-57.
181. Penner LA, Hagiwara N, Eggly S, Gaertner SL, Albrecht TL, Dovidio JF. Racial Healthcare Disparities: A Social Psychological Analysis. *Eur Rev Soc Psychol.* 2013;24(1):70-122.
182. Brisset C, Leanza Y, Laforest K. Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Educ Couns.* 2013;91(2):131-40.
183. Nápoles AM, Santoyo-Olsson J, Karliner LS, Gregorich SE, Pérez-Stable EJ. Inaccurate Language Interpretation and Its Clinical Significance in the Medical Encounters of Spanish-speaking Latinos. *Med Care.* 2015;53(11):940-7.
184. Tellenne C. « Le Moyen-Orient est l'otage des grandes puissances. ». *Idées reçues sur la géopolitique et la géoéconomie.* Paris: Le Cavalier Bleu; 2023. p. 187-99.
185. Wyrzten J. New York Chichester, West Sussex: Columbia University Press; 2022.
186. UNHCR. Middle East and North Africa 2021.
187. Lambert J. Le singulier système des monothéismes. *Topique.* 2006;96(3):11-22.
188. Småland Goth UG, Berg JE. Migrant participation in Norwegian health care. A qualitative study using key informants. *Eur J Gen Pract.* 2011;17(1):28-33.
189. Szaflarski M, Bauldry S. The Effects of Perceived Discrimination on Immigrant and Refugee Physical and Mental Health. *Adv Med Sociol.* 2019;19:173-204.
190. Yzerbyt V, & Klein, O. . *Psychologie sociale. : De Boeck Supérieur;* 2019. 576 pages p.
191. Longuenesse É. Lebanese society put to the test. *Confluences Mediterranee.* 2015;92(1):9-17.

192. Thépaut C. Chapitre 1. Les contours flous des mondes arabes. Le monde arabe en morceaux: Des printemps arabes à Daech (pp 11-28) Paris: Armand Colin <https://doi.org/103917/arcothepa2017010011>. 2017.
193. Elias A., Construction d'une libanité : entre la mythologie et la nation moderne. Travaux et Jours, n° 90, 2017. 2017.
194. Nammour J. Les identités au Liban, entre complexité et perplexité. Cités. 2007;2007/1 (29):49-58.
195. UNHCR. Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: UNHCR; 2015 [Available from: <https://www.unhcr.org/protection/health/55f6b90f9/culture-context-mental-health-psychosocial-wellbeing-syrians-review-mental.html>
196. Yahyaoui A, Lakhdar DBH. Croyances culturelles. Facteurs de protection et d'affiliation familiales. Le Divan familial. 2014;32(1):103-21.
197. Nielsen-Bohlman L PA, Kindig DA, . Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004 4, Culture and Society Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216037/>. 2004.
198. Orzechowski M, Nowak M, Bielinska K, Chowaniec A, Doricic R, Ramsak M, et al. Social diversity and access to healthcare in Europe: how does European Union's legislation prevent from discrimination in healthcare? BMC Public Health. 2020;20(1):1399.
199. IOM. Why does discrimination against migrants increase during a crisis and how can its impact be reduced? <https://rosanjoseiomint/en/blogs/why-does-discrimination-against-migrants-increase-during-crisis-and-how-can-its-impact-be-reduced>.
200. S. RCMR. Discrimination toward migrants during crises. MIGRATION STUDIES VOLUME 10, NUMBER 4, 2022, p 582–607 2022.
201. UNHCR. Migrants in Countries in Crisis. <https://emergency.unhcr.org/sites/default/files/IOM%2C%20Migrants%20in%20Countries%20in%20Crisi.pdf>. 2014.
202. Oloruntoba R GR. Customer service in emergency relief chains. International journal of physical distribution & logistics management 2009;39(6):486–505 doi: 101108/09600030910985839 2009.
203. C. M. The future of humanitarian action: an ICRC perspective. International review of the Red Cross (2005) 2011;93(884):965–991 doi: 101017/S1816383112000306 2005.
204. <https://devinit.org/resources/global-humanitarian-assistance-report-2021/chapter-3-donors-and-recipients-humanitarian-and-wider-crisis-financing/>. DarohawcfDIAf.
205. Makhoul J EAC, Mialon M, Levy A, Sabbagh D, Nakkash R. . Benefits and risks: Views of humanitarian organizations in Lebanon on corporate assistance. . PLOS Glob Public Health 2023 Nov 10;3(11):e0002291 doi: 101371/journal.pgph0002291 PMID: 37948345; PMCID: PMC10637641. 2023.
206. Ayoub B MD. Making Aid Work in Lebanon Promoting aid effectiveness and respect for rights in middleincome countries affected by mass displacement. Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, UK: Oxfam GB;2018. 2018.
207. Papic O, Malak Z, Rosenberg E. Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: Attitudes, barriers, strategies, and training needs. Patient Education and Counseling. 2012;86(2):205-9.
208. Mohammadi S, Carlbom A, Taheripanah R, Essén B. Experiences of inequitable care among Afghan mothers surviving near-miss morbidity in Tehran, Iran: a qualitative interview study. International Journal for Equity in Health. 2017;16(1):121.
209. Chae DH, Nuru-Jeter A., Lincoln K., Francis D. CONCEPTUALIZING RACIAL DISPARITIES IN HEALTH Advancement of a Socio-Psychobiological Approach. Du Bois Review, 8:1 (2011) 63–77© 2011 W E B Du Bois Institute for African and African American Research 1742-058X011 doi:1010170S1742058X11000166

2011.

210. Fox M, Thayer Z, Wadhwa PD. Acculturation and health: the moderating role of socio-cultural context. *Am Anthropol*. 2017;119(3):405-21.
211. Schwartz SJ, Unger JB, Zamboanga BL, Szapocznik J. Rethinking the concept of acculturation: implications for theory and research. *Am Psychol*. 2010;65(4):237-51.
212. Berry JWS, D.L. . Acculturation and adaptation. In *Handbook of Cross-Cultural Psychology*, 2nd ed; Berry, JW, Segall, MH, Kagitcibasi, C, Eds; Allyn and Bacon: Boston, MA, USA, 1997; Volume 3, pp 291–326. 1997.
213. Berry JW. Acculturation. In: Spielberger CD, editor. *Encyclopedia of Applied Psychology*. New York: Elsevier; 2004. p. 27-34.
214. Schumann M, Bug M, Kajikhina K, Koschollek C, Bartig S, Lampert T, et al. The concept of acculturation in epidemiological research among migrant populations: A systematic review. *SSM Popul Health*. 2020;10:100539.
215. Brand T. S-ZF, Ellert U., Keil T., Krist L., Dragano N., Zeeb H. . Acculturation and health-related quality of life: Results from the German national cohort migrant feasibility study. . *International Journal of Public Health* 2017;62(5):521–529. 2017.
216. Pristojkovic Suko I, Holter M, Stolz E, Greimel ER, Freidl W. Acculturation, Adaptation, and Health among Croatian Migrants in Austria and Ireland: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24).
217. Ahluwalia I.B. FES, Link M. & Bolen J.C. . Acculturation, weight, and weight-related behaviors among Mexican Americans in the United States. *Ethnicity & Disease* 2007;17(4):643–649. 2007.
218. Lesser I.A. GD, Lear S.A. . The association between acculturation and dietary patterns of South Asian immigrants. *PLoS One* 2014;9(2). 2014.
219. Morawa E. EY. Acculturation and depressive symptoms among Turkish immigrants in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2014;11(9):9503–9521 2014.
220. Wylie L, Van Meyel R, Harder H, Sukhera J, Luc C, Ganjavi H, et al. Assessing trauma in a transcultural context: challenges in mental health care with immigrants and refugees. *Public Health Rev*. 2018;39:22.
221. Derose KP, Bahney BW, Lurie N, Escarce JJ. Review: immigrants and health care access, quality, and cost. *Med Care Res Rev*. 2009;66(4):355-408.
222. Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot ML. Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:10.
223. Clough J, Lee S, Chae DH. Barriers to health care among Asian immigrants in the United States: a traditional review. *J Health Care Poor Underserved*. 2013;24(1):384-403.
224. D.L. S. Acculturation: Conceptual background and core components. In: Berry DLSJW, editor *The Cambridge handbook of acculturation psychology* Cambridge University Press; New York, NY, US: 2006 pp 11–26 2006.
225. Lebanon MoSAi. <https://www.socialaffairsgovlb/refugees>.
226. <https://www.lorientlejour.com/article/1412981/adwan-les-lois-actuelles-sont-suffisantes-pour-traiter-la-question-des-syriens-en-situation-irreguliere.html>.
227. Matlin SA, Depoux A, Schütte S, Flahault A, Saso L. Migrants' and refugees' health: towards an agenda of solutions. *Public Health Reviews*. 2018;39(1):27.
228. Legido-Quigley H, Pocock N, Tan ST, Pajin L, Suphanchaimat R, Wickramage K, et al. Healthcare is not universal if undocumented migrants are excluded. *Bmj*. 2019;366:l4160.
229. El-Zein A, DeJong J, Fargues P, Salti N, Hanieh A, Lackner H. Who's been left behind? Why sustainable development goals fail the Arab world. *Lancet*. 2016;388(10040):207-10.
230. health MoP. <https://www.moph.gov.lb/en/Pages/0/9285/syrian-refugees-crisis-impact-on-lebanese-public-hospitals-financial-impact-analysis-apis-report>.

- 231. WHO. Universal health coverage. <https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage>.
- 232. Meng Q, Yuan B, Jia L, Wang J, Yu B, Gao J, et al. Expanding health insurance coverage in vulnerable groups: a systematic review of options. Health Policy Plan. 2011;26(2):93-104.
- 233. ESCWA U. <subsidized-health-insurance-universal-health-coverage-arab-region-policy-brief-english_1.pdf>. 2021.
- 234. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. Lancet. 2013;381(9873):1235-45.
- 235. <https://implicit.harvard.edu/implicit/iatdetails.html>. [

Chapitre 5 DISCUSSION

Chapitre V Discussion

Ce chapitre de discussion conceptuelle des résultats de cette étude vise à donner une perspective générale aux divers mécanismes explicatifs qui se dégagent des études réalisées pour cette thèse, tels que le problème d'accès aux soins, la culture et le problème de discrimination dans les soins de santé des migrants et réfugiés. Les recommandations et perspectives sont proposées à la fin de ce chapitre.

5.1 Discussion des principaux résultats de cette thèse

Les objectifs de l'étude qualitative préliminaire (Chapitre 2) étaient d'explorer les difficultés et obstacles auxquels les DS font face quand ils accèdent et utilisent le système de santé libanais. La question des stéréotypes, de discrimination et des préjugés, révélée par l'enquête exploratoire nous a incités à nous orienter vers un nouveau volet et pivoter nos questions de recherche vers les biais dans les soins de santé afin de pouvoir explorer ce domaine dans le cadre de la relation entre professionnels de santé (PS) et DS au Liban (Chapitre 3). Nous allons discuter les résultats des 2 études qualitatives menées en se basant sur les différents thèmes qui ont été traités dans les chapitres 2 et 3 et aborder notamment les solutions possibles pour contrer le problème des biais dans les soins des migrants (Chapitre 4).

Les DS font face à diverses barrières et obstacles pour accéder à des services de santé de qualité dans les établissements de soins libanais, comme le montre la Figure 1 (reprise des chapitres 2 et 3). Différents éléments ont été mis en évidence en lien avec les croyances socioculturelles des DS et leur impact sur la relation soignant-soigné. Les barrières financières sont un obstacle majeur, tel que rapportés par les PS et les DS (Figure 1). Cet ensemble des barrières a contribué, entre autres, à la présence des biais dans les soins de santé lors de l'accès et l'utilisation des services de santé par les DS. La littérature suggère que l'accès des migrants et réfugiés au système de santé du pays d'accueil est affecté par des réactions des PS à l'égard de leur statut socio-économique, leur culture, leurs croyances et leurs expériences des services de santé avant la migration (12, 188).

Les résultats des études de cette thèse sont présentés dans la Figure 1. Elle est le point de départ d'une réflexion autour de trois mécanismes explicatifs abordés dans les paragraphes suivants :

Chapitre 5

- A- Biais dans les soins des migrants et dimension socioéconomique, culturelle et politique.
- B- Biais et préjugés en matière de santé des migrants et défis humanitaires dans les pays en crise.
- C- Biais dans les soins des migrants et mécanisme d'acculturation.

5.1.1 Biais dans les soins des migrants et dimension socioéconomique, culturelle et politique

L'imprégnation de l'histoire de la guerre civile libanaise (1975-1990) et l'hégémonie syrienne sur le Liban (jusqu'en 2005), la rareté des ressources et la présence d'un système de santé sous-financé semblent être des facteurs favorisant la discrimination et les préjugés dans les soins de santé aux DS, comme montre la Figure 1. Ces facteurs, entre autres, mènent à l'iniquité perçue dans les soins de santé délivrés aux DS et s'ajoutent à d'autres facteurs décrits dans la littérature (57, 60-62, 189). Dans un système de santé libanais mixte privé-public (cf. Chapitre 1) face à une crise économique, financière et politique (octobre 2019), de nouveaux facteurs émergent favorisant la présence des biais dans les soins offerts aux DS (Figure 1).

Il semble que cette situation particulière au Liban serait un des facteurs contribuant aux formes de discrimination dans les soins de santé offerts aux DS. Les DS sont aidés et favorisés par les organismes internationaux alors que les Libanais subissent les conséquences graves de cette crise (dépression économique, dévalorisation de la monnaie libanaise, ...). Ceci pourrait nous amener à discuter cette discrimination à la lumière des sentiments d'injustice et de jalousie liés à ce contexte instable que les PS libanais vivent.

En effet, une piste d'explication se retrouve dans les travaux de recherche en psychologie sociale qui cherchent à décrire l'enchaînement des processus psychologiques pouvant pousser un individu à mettre en œuvre des conduites hostiles envers autrui. L'application de ces travaux à la situation des PS avec les DS lors de l'offre des soins contribuera à expliquer la séquence causale de facteurs psychologiques menant les PS à adopter parfois des comportements discriminatoires. Par conséquent, dans certaines situations, cette discrimination serait activée par des facteurs contextuels et personnels tels que décrits par Yzerbyt et Klein (2019) (190). L'un des facteurs des biais dans les soins de santé offerts aux DS au Liban serait alors lié à des facteurs contextuels susceptibles d'interagir avec des caractéristiques individuelles des PS, telles que des attitudes, des croyances et des émotions qui précèdent un comportement biaisé envers les DS lors de l'offre des soins. Cependant, les risques perçus de l'évolution démographique des DS dans le contexte géopolitique libanais peuvent éveiller chez les PS un sentiment de menace menant les PS à concevoir une « haine » à l'égard des DS et à poser par la suite des actes discriminatoires.

L'adoption de ces actes est expliquée par la psychologie sociale comme des formes commises par les individus pour éliminer la source de menace quant à la survie du groupe (190).

En sus des facteurs socioéconomiques et politiques et en se basant sur la Figure 1, il semble que les biais trouvent leur source aussi dans une différence culturelle et religieuse. A cet égard, les croyances culturelles et/ou religieuses des DS semblent avoir un impact significatif sur leurs interactions avec les PS libanais et conduisent à un accès limité des services de soins. Ce poids perçu des croyances culturelles peut sembler d'autant plus interpellant car certains pourraient faire l'hypothèse que, de par leur appartenance commune au « Monde Arabe », les Libanais et Syriens devraient partager une culture proche, si pas similaire. Nous répondons à ce constat dans le paragraphe suivant.

Homogénéité / hétérogénéité du monde arabe

Comme le souligne Longuenesse (2015) (191), les Arabes sont une mosaïque de populations qui n'ont en commun que la langue arabe sous sa forme littéraire commune standard et dans ses nombreuses variantes dialectales parlées. Si l'on cherchait à définir géographiquement ce qu'est le « Monde Arabe », les définitions s'accorderaient peu ou prou autour d'un groupe de pays situés entre le Maghreb (Maroc), le sud de la péninsule Arabique et l'Irak (192). L'espace arabe est souvent résumé par opposition à ce qui l'entoure. De la même manière, le terme « arabe » ou « arabo-musulman » est utilisé pour décrire les changements dans la zone Afrique du Nord – Moyen-Orient. Cependant, ces raccourcis remplacent une réponse immobile à des relations complexes entre une religion et les identités des habitants de la région. Pour éviter les raccourcis, il faut en observer les caractéristiques internes (192). Même si le Liban et la Syrie appartiennent au monde Arabe et sont membres de la Ligue Arabe, des différences culturelles entre les deux pays existent. Chaque pays possède son propre patrimoine culturel distinct, façonné par des siècles d'histoire, de religion et d'influences diverses, notamment la langue, la cuisine, les traditions et coutumes. La culture des Libanais même à l'intérieur de leur pays présente une grande hétérogénéité. En passant du sud au nord du pays, les Libanais peuvent avoir une culture quasi-différente, reflétant une riche diversité du pays sur le plan religieux, traditionnel, culinaire, ... Les Libanais s'assimilent à leurs ancêtres Phéniciens ou Cananéens dans une légitimité historique et humaniste dans les origines de leur « *libanité* » (193). La langue arabe ne devient langue officielle que depuis l'indépendance du Liban en 1943. Les Libanais préfèrent l'appellation de peuple

« *arabophone* » à celle d'« arabe » afin d'éviter toute confusion de référence religieuse d'appartenance (Parfois, certaines représentations confondent « Arabe » avec « Musulman ») (193).

Bien que le Liban fasse partie intégrante du Monde Arabe, son identité nationale s'appuie sur l'idée donc de « *libanité* » (193) ou selon certains auteurs de « *libanisme* », qui réfère à une étiquette libanaise spécifique, au contraire de l'« *arabisme* », une idéologie basée sur l'identité arabe (arabité), partagée avec d'autres pays de la région (194). Par ailleurs, les Syriens ont également une spécificité culturelle propre. Si la majorité des Syriens sont considérés comme des Arabes, ce terme est basé sur la langue parlée (l'arabe), et non pas l'origine ethnique. Environ 9 à 10% de la population syrienne est Kurde, suivi par les Turkmènes, les Assyriens et les Circassiens, sans compter les appartenances confessionnelles (sunnites, chiites, alaouites, druzes, chrétiens grecs-orthodoxes, grecs-catholiques, syriaques, chaldéens ...). En outre, les groupes tribaux bédouins sont considérés comme un groupe ethnique distinct. La religion, l'ethnicité et l'identité tribale sont des éléments importants de l'identité individuelle et collective au sein des groupes d'un grand nombre des Syriens (195).

Si les différences culturelles entre les Libanais et les Syriens peuvent apparaître comme moins aiguës dans certaines provinces du Liban, elles semblent souvent contribuer à la création d'une tension entre les PS et les DS et posent un défi lors de l'offre des soins. Prenons l'exemple des DS, présentant des symptômes physiques/mentaux, et demandant l'aide des PS en s'attendant à recevoir un traitement médical ou psychosocial tout en continuant à avoir recours aux méthodes de guérison religieuses ou surnaturelles, en parallèle ou successivement. Cette situation a parfois entravé l'application des traitements offerts par les PS en stipulant l'idée que, ultimement, Dieu est le seul guérisseur (195).

En raison de leur vulnérabilité psychologique, les croyances culturelles se manifestent alors comme un moyen privilégié de décrire, d'expliquer et de traiter les problèmes de mal et de malheur (196). Ainsi, le contexte migratoire, les conditions socio-économiques et culturelles génèrent chez les migrants un sentiment de vulnérabilité et d'inquiétude. Par exemple, certains PS considèrent culturellement que le mariage précoce des filles, devenu point de tension avec les DS, est un événement pouvant créer une violence sexuelle envers les mineures mariées. Paradoxalement, il

est considéré par les DS comme une stratégie d'adaptation et peut être perçu comme un moyen de protéger les filles et de mieux assurer leur avenir face à l'insécurité générale (195). Ces croyances culturelles des DS jouent alors une sorte de rôle de protection contre la peur de l'effondrement et de garantie des liens de filiation/affiliation. Elles peuvent aussi jouer le rôle de contraintes et d'obstacles au processus de changement (196).

Points à retenir

Pour résumer, les croyances culturelles et religieuses ont le pouvoir d'influencer, d'une part, les attitudes et les comportements des migrants et réfugiés à l'égard des soins de santé. Il est possible que certaines cultures possèdent des croyances spécifiques sur la maladie et la guérison qui peuvent entrer en conflit avec les pratiques médicales. Cela peut entraîner des malentendus et une communication inefficace entre les PS et les migrants et réfugiés, entraînant un traitement erroné (197). D'autre part, les pratiques culturelles et religieuses peuvent avoir un impact sur l'accès des migrants et réfugiés aux soins de santé. Elles peuvent imposer des restrictions quant à la recherche de soins médicaux, ou certaines pratiques culturelles peuvent empêcher les individus de se faire soigner. Cela peut entraîner des disparités en matière d'accès aux soins de santé et de résultats pour les migrants provenant de milieux culturels et religieux différents. A priori, les biais en matière de soins de santé peuvent trouver leurs sources dans les différences culturelles et religieuses, à travers l'influence des croyances et des pratiques sur les attitudes et les comportements à l'égard des soins de santé, les disparités dans l'accès aux soins et les préjugés des PS. S'attaquer à ces sources de biais nécessite des CC et une sensibilité dans la prestation des soins de santé, ainsi que des efforts pour promouvoir la diversité et l'inclusion dans le système de santé.

5.1.2 Biais et préjugés en matière de santé des migrants et défis humanitaires dans les pays en crise

L'accès non discriminatoire aux services de santé est l'un des principes fondamentaux du droit à la santé (198), ce qui apparaît ne pas être le cas pour les DS. Pareillement, l'égalité d'accès aux soins de santé ne se limite pas à des contraintes physiques mais à la fourniture d'un traitement médical dont la qualité ne varie pas en raison des caractéristiques telles que le revenu, l'éducation, la profession, le sexe, la race, l'ethnie ou la religion (198).

Cependant, l'intersection des biais et préjugés en matière de santé des migrants et les défis humanitaires dans les pays en crise posent une question très complexe et urgente. La littérature aborde peu le sujet des biais dans les soins de santé des migrants et réfugiés dans les pays d'accueil en crise, d'où l'originalité de cette thèse. La crise dans une communauté ou un pays, qu'elle soit due à des facteurs politiques, économiques, sociaux ou naturels, peut entraîner une augmentation de la discrimination, de l'hostilité et des violations des droits de l'homme (199). Les pratiques discriminatoires ne constituent pas seulement une préoccupation en matière de droits de l'homme, mais elles représentent également des défis pour l'inclusion, l'acceptation et l'intégration des migrants dans les pays d'accueil en crise (199). Selon une étude, les migrants et réfugiés pourraient être plus exposés à des préjugés et bénéficier d'une aide moins importante de la part des communautés d'accueil lors d'une crise sanitaire comme la COVID-19 (200).

Selon l'UNHCR, les migrants d'un pays disposent souvent de peu de moyens pour assurer leur propre sécurité. Il est primordial d'étudier de manière continue l'effet des crises sur les migrants selon plusieurs stades allant des vulnérabilités qui affectent les migrants avant même qu'une crise ne se déclenche, aux problèmes spécifiques pendant la crise, jusqu'aux défis qui se présentent une fois la phase d'urgence terminée. Certains facteurs de la vulnérabilité observée au cours de ces processus sont associés à l'identité de « migrant/réfugié » (comme les problèmes juridiques, sociaux, ...), d'autres à la situation de crise, d'autres encore à la nature préexistante et sous-jacente de l'environnement du pays en crise. Il existe des vulnérabilités majeures qui peuvent naturellement être combinées avec d'autres vulnérabilités liées au genre, à l'âge ou à la santé d'une personne. De la même manière, les formes d'une crise (insécurité, violence, manque de biens et de services, etc.) et les moyens et voies de fuite d'une situation peuvent présenter des dangers supplémentaires pour la dignité et le bien-être des migrants et réfugiés, tout comme c'est le cas pour les communautés d'accueil touchées par une crise (201).

Néanmoins, les organisations internationales jouent un rôle crucial lorsque les gouvernements ne peuvent pas apporter leur aide et protéger les migrants dans les pays en crise. La réponse humanitaire internationale, dans un contexte de crise, est coordonnée par diverses agences internationales, dont l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), entre autres, ainsi que par l'intermédiaire des Organisations Non Gouvernementales (ONG), telles que Care International, Oxfam et le

Comité International de la Croix-Rouge, des institutions et organisations religieuses, des initiatives philanthropiques et des organisations locales et communautaires dans des pays proches comme lointains (201-203). Les sources de financement humanitaire proviennent, entre autres, de petits ou grands dons de particuliers, de budgets d'État et d'entreprises (204). La protection des migrants et réfugiés, y compris ceux pris au milieu d'une crise dans un pays d'asile, est également systématiquement sollicitée par les États auprès du HCR. Réciproquement, la situation des migrants, dans les pays en crise, est régulièrement prise en compte par les organisations humanitaires. Dans cette perspective, l'Organisation Internationale du Travail, le Haut-Commissariat aux droits de l'homme, l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, etc., jouent un rôle qui peut s'avérer utile dans la préparation, le renforcement des capacités et la réponse aux situations de crise impliquant les migrants et réfugiés (201). De ce fait, pour rassembler les meilleures pratiques et étudier les rôles et les responsabilités des différents acteurs dans le contexte d'un pays hôte en crise, il est primordial de réaliser de nombreuses consultations avec toutes les parties prenantes concernées, y compris les États, les organisations internationales, le secteur privé et la société civile. L'objectif de ces consultations sera d'analyser et de repérer les difficultés, d'acquérir des connaissances sur les meilleures pratiques tirées de situations de crise précédentes, de recueillir des informations chiffrées et de proposer une approche visant à renforcer la capacité de la communauté internationale à mieux gérer les situations de migrants dans des pays en crise (201).

Dans toutes les régions du monde, l'économie politique de l'aide humanitaire en temps de crise est semée de dilemmes, et lorsque les crises s'aggravent, ces dilemmes sont amplifiés (205). Au Liban, en raison des crises successives au cours des dernières années, les Libanais et DS sont devenus défavorisés et connaissent de multiples vulnérabilités. Ces crises, en l'absence d'un État fort et solidaire, créent une opportunité commode pour les entreprises d'intervenir et d'aider les organisations humanitaires locales (205). Récemment, les organisations humanitaires au Liban ont assumé le rôle du gouvernement dans la fourniture de services aux DS (206).

Même si cette thèse ne traitait pas spécifiquement du rôle des ONG et des organisations humanitaires dans le soutien des migrants et des réfugiés dans les pays d'accueil confrontés à une ou plusieurs crises, les résultats mettent néanmoins en avant les défis qu'elles rencontrent face aux demandes d'aide et de soutien. Les ONG et les organisations humanitaires font face à de nombreux

obstacles en raison de la faible disponibilité des ressources, du financement et du recrutement du personnel. Dans les pays d'accueil, les migrants et les réfugiés sont souvent victimes d'hostilité et de discrimination : cela peut également s'appliquer aux organisations qui cherchent à les aider. La résistance des communautés locales, des autorités gouvernementales et des groupes anti-immigrés peuvent être un obstacle pour les ONG et les travailleurs humanitaires, ce qui rend leur travail difficile et peu efficace (199, 201). Il est crucial d'établir une coordination et une collaboration efficaces entre les ONG, les agences gouvernementales et les autres acteurs afin de faire face aux défis auxquels font face les migrants et les réfugiés. Toutefois, il peut être difficile d'atteindre ce niveau de coordination, surtout dans les pays en crises multiples, où les priorités peuvent être fragmentées et les canaux de communication peuvent être interrompus et la présence des biais peut être aggravée même avec la présence et le support de l'aide humanitaire étant donné un sentiment d'injustice parfois perçu par les populations hôtes. Il est essentiel ainsi de mener des études supplémentaires à l'avenir afin de mieux appréhender cette situation et contribuer à prendre en compte les facteurs réduisant les tensions entre populations migrantes et populations hôtes.

5.1.3 Biais dans les soins des migrants et mécanisme d'acculturation

Dans le contexte libanais, la Figure 1 montre que les aspects socio-culturels tels que la religion, l'alimentation, les conceptions de la santé physique et mentale, de la vie et de la mort ainsi que les croyances sur la maladie, la santé et le traitement jouent un rôle important lors de la prestation des soins et influencent notamment les interactions entre les PS et les DS dans la prise d'une décision clinique. Les croyances et valeurs des DS ne semblent pas être reconnus suffisamment par les PS libanais. Ceci se manifeste par un manque pour collecter des données culturelles pertinentes sur le problème de santé actuel d'un déplacé et prêter par la suite des soins culturellement sensibles et de qualité. La littérature suggère que la langue et la culture sont des obstacles majeurs dans la prestation des soins centrés sur la personne aux migrants, réfugiés et déplacés (207, 208). Plus précisément, un cadre socio-psychobiologique pour étudier les inégalités raciales en matière de santé met en évidence l'influence du racisme sur les facteurs individuels de la maladie, qui sont généralement examinés de manière traditionnelle, tels que les facteurs de risque psychologiques, comportementaux et biologiques (209).

La migration et la culture sont deux processus qui contribuent à définir l'identité d'un individu et sont de nature dynamique (29). La migration et le fait de vivre en tant que migrant en transit ou dans une communauté d'accueil impliquent de multiples occasions et stimuli d'adaptation et de changement culturel, aux niveaux individuel et collectif (29). L'acculturation est définie comme un changement de valeurs, d'identité, de croyances ou de comportements tels que les coutumes, l'alimentation, la langue ou les relations sociales (210). Ces changements se produisent lorsque les individus sont en contact avec une culture différente. Ainsi, les deux cultures peuvent connaître certains changements (211, 212). L'acculturation suit la migration et se poursuit dans les sociétés culturellement plurielles au sein des communautés ethnoculturelles (213). Initialement, le processus d'acculturation a été conceptualisé comme unidimensionnel, dans lequel il est attendu que les migrants acquièrent les valeurs, les croyances et les pratiques de leur nouveau pays d'origine et rejettent celles de leur milieu culturel. De nos jours, l'acculturation est souvent conceptualisée comme multidimensionnelle car elle est influencée par plusieurs facteurs contextuels et parce que les deux cultures subissent des changements dus à l'influence de l'autre (211, 214). Notons que la relation entre l'acculturation et la santé n'est pas monotone mais de nature conditionnelle. En d'autres termes, l'effet de l'acculturation sur la santé est fonction d'une ou plusieurs autres variables et facteurs socio-culturels, tels que la composition ethnoculturelle, l'écart entre les environnements d'origine et d'accueil, l'écart entre les cultures patrimoniales et d'accueil, la variation des objectifs d'assimilation au sein de la communauté d'accueil, les politiques et ressources publiques, ... (210). Dans cette perspective, des lacunes en matière de l'acculturation seraient une variable explicative des biais dans les soins de santé aux migrants. Au Liban, (i) la particularité historique, politique et culturelle que présentent les DS, (ii) le nombre phénoménal des DS (1million 500 DS/6 millions de Libanais -cf Chapitre 1), (iii) les conditions plus ou moins favorables à la « surface de contact » entre DS et Libanais étalée sur l'ensemble du territoire libanais ainsi que (iv) les politiques du gouvernement libanais (cf. Chapitre 1) visent à ne pas favoriser l'acculturation. Cela pourrait également être expliqué par la mise en œuvre de politiques visant à ramener les DS dans leur pays.

La littérature montre que l'acculturation est considérée comme un facteur explicatif des inégalités de santé (215) et un facteur influençant la santé des migrants en général (197, 216). Plusieurs études ont illustré la relation entre l'acculturation et la santé dans les populations migrantes (215, 217-219). Les migrants sont moins susceptibles que la population générale de

bénéficier de soins de santé de qualité (220, 221). Par exemple, une scoping review (27 études, 1993– 2014) menée au Canada auprès de migrants de diverses origines ethniques montre que l'accès aux soins primaires et leur qualité sont influencés par des facteurs culturels et de communication (22). Des entretiens avec des migrants de diverses origines ethniques aux Pays-Bas (222) et avec des migrants asiatiques aux États-Unis (223) montrent la présence des événements négatifs en matière de soins de santé, décrits comme abusifs ou discriminatoires et potentiellement dangereux, en raison des barrières linguistiques et des différences culturelles.

L'acculturation n'est pas vécue de la même façon par les migrants et les réfugiés ; il y a de grandes différences dans leur volonté de s'impliquer dans le processus. Ces variations sont appelées stratégies d'acculturation (213). Les mesures de l'acculturation diffèrent en termes de dimensionnalité : les échelles unidimensionnelles décrivent l'acculturation comme un continuum linéaire allant de « non acculturé » à « acculturé », et l'acculturation est considérée comme un processus linéaire de passage de la culture d'origine à la nouvelle culture (213). En revanche, les échelles bidimensionnelles reposent sur l'idée selon laquelle il est possible pour un migrant d'acquérir des éléments de la nouvelle culture sans perdre sa culture d'origine (212). À partir de ces échelles, l'acculturation est décrite comme deux processus qui coexistent dans deux dimensions différentes (224).

Plusieurs facteurs antérieurs (culturels et psychologiques) influencent les stratégies d'acculturation et ces différentes stratégies ont des conséquences variables (là encore culturelles et psychologiques). Les attitudes et les comportements jouent un rôle crucial dans la stratégie d'acculturation. Dans la plupart des cas, il y a un groupe « dominant » et un autre « non dominant ». Le pouvoir du groupe dominant influence la manière dont se déroulerait l'acculturation réciproque. Quatre stratégies d'acculturation sont identifiées (213) :

- a- L'assimilation : quand les personnes ne veulent pas préserver leur identité culturelle et cherchent plutôt une interaction quotidienne avec d'autres cultures.
- b- La séparation : lorsque les personnes s'attachent à préserver leur culture d'origine tout en évitant tout contact avec autrui.
- c- L'intégration : les personnes ont intérêt à préserver leur culture d'origine tout en étant en contact quotidien avec d'autres groupes. Dans cette situation, ils conservent une certaine

intégrité culturelle tout en cherchant, en tant que membres d'un groupe ethnoculturel, à s'inscrire dans le réseau social plus large.

- d- La marginalisation : les personnes ont peu de possibilités ou d'intérêt à préserver leur culture et peu d'intérêt à établir des relations avec autrui (souvent pour des raisons d'exclusion ou de discrimination).

La littérature montre que les PS rencontrent des difficultés à respecter et à s'adapter à la culture des migrants dans la fourniture des soins (15) et finissent par fournir des soins différenciés tout en mettant en péril la qualité des soins rendus (15, 16). Dans le contexte libanais des DS, nos résultats rejoignent ces recherches et la présence des biais dans les soins prodigués aux DS (Figure1) pourrait être attribuée au fait que ces biais sont en lien avec un processus d'acculturation « non facilité » ni « désiré complètement » par l'Etat libanais et la population hôte. Selon ce qui a été exposé dans le Chapitre 1, il est possible de conclure que la politique libanaise envers les DS pourrait induire une réaction de « séparation » chez les DS suite au positionnement politique de l'Etat libanais et à la perception des DS d'une certaine discrimination.

Le gouvernement libanais impose une application de stratégies éducatives et de soutien au développement des habiletés et compétences nécessaires aux DS en visant leur réinsertion sociale future dans leur pays d'origine au lieu d'une intégration au sein du tissu libanais (225). Ceci reflète l'importance de prendre en compte les considérations politiques du pays hôte lors du mécanisme d'acculturation. En effet, la Convention de Genève n'a pas été ratifiée par le gouvernement libanais et le protocole d'accord de 2003 entre la Sûreté générale et le HCR stipule que le Liban n'est pas un pays de refuge permanent et que le HCR doit trouver d'autres endroits pour réinstaller les réfugiés qu'il reconnaît (226). Cette stratégie politique prend en compte l'intérêt du Liban à soutenir les DS dans la mesure de ses possibilités et de la préservation de son ordre démographique et social. Le Liban reconnaît le droit des DS à être protégés, vivre en dignité et accéder aux services de soins adaptés (cf. Chapitre 1, 2, 3). Par conséquent, il serait possible d'établir une relation plus saine entre les PS et les DS, de favoriser des soins de qualité et un meilleur état de santé par le développement des CC des PS (cf. Chapitre 4).

Cette hypothèse du rôle et des formes de l'acculturation a été esquissée dans cette thèse pour décrire les différentes dimensions particulières du contexte libanais. En effet, les données collectées dans cette thèse nécessiteraient d'être complétées par des recherches futures pour mieux

appréhender la relation entre l'acculturation et la présence des biais dans les soins de santé aux migrants et réfugiés. Les valeurs fondamentales de la société dans son ensemble doivent être adoptées par les groupes non dominants, tandis que le groupe dominant doit être prêt à faciliter l'adaptation des institutions nationales (éducation, santé, travail) dans leurs politiques pour mieux répondre aux besoins quelle que soit la finalité, intégration sociale possible ou retour digne et autonome dans le pays d'origine.

Recommandations

La migration et la santé font l'objet d'une abondante littérature. Cette thèse s'est concentrée sur l'accès et l'utilisation des services de santé par des DS dans le contexte particulier du Liban, en explorant les biais dans les soins. Arrivant à la partie finale de la thèse, des recommandations sur les sujets traités feront l'objet de cette section. Elles pourraient être bénéfiques et utiles pour la prestation des soins de santé inclusives et équitables aux migrants, réfugiés et déplacés. Les recommandations seront discutées en allant du niveau macro (Etat, système de santé, ...), méso (organisations de soins de santé, ...) et micro (PS, DS).

Sur la base de nos résultats, les recommandations suivantes émergent :

De prime abord, **l'équité et l'inclusion** des migrants dans l'accès à la santé, aux ressources et opportunités dans le pays d'accueil améliorent leur santé (29). Éliminer les obstacles liés au statut, aux droits juridiques, ou à des facteurs économiques, sociaux ou culturels est nécessaire pour garantir un accès équitable aux soins, à la promotion de la santé et à la prévention des maladies des migrants et réfugiés (227). Pour que les systèmes de santé soient sensibles aux besoins des réfugiés et des migrants, ces populations doivent être incluses dans le système non seulement en tant que patients mais également en tant que prestataires, décideurs et facilitateurs (228). En d'autres termes, les systèmes de santé s'enforcent pour intégrer les besoins des réfugiés et migrants dans tous les aspects du financement, de la politique, de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des services de santé. Ce processus d'intégration renforce les systèmes de santé et est bénéfique pour la population d'accueil (Win Win situation) (228) et constitue une partie importante de la gouvernance et du leadership. Ceci implique de politiques et réglementations inclusives pour les réfugiés et migrants, ainsi que des approches gouvernementales et sociétales en collaboration avec tous les ministères, parties prenantes et secteurs concernés et pas seulement celui de la santé. A titre d'exemple, la nécessité des mesures politiques et stratégiques claires définissant un cadre transparent pour les pays, institutions et autres secteurs, aussi bien des mesures sur place pour assurer que les besoins de santé des migrants et réfugiés soient satisfaits (abris conformes, installations sanitaires, approvisionnement en eau, nutrition adéquate, accès aux vaccins et aux soins médicaux, ...).

Le gouvernement libanais essaie dès le début de la crise syrienne de collaborer avec le HCR et les ONG, entre autres, pour faciliter les besoins des DS et ceci malgré plusieurs contraintes financières, économiques et sanitaires.

Les Etats devraient garantir le droit au meilleur état de santé en fournissant des services de santé disponibles, adéquats, de qualité en tenant en compte l'accessibilité économique, physique et géographique, l'accessibilité et l'utilisation non discriminatoire, et l'acceptabilité culturelle et sociale (229). Cependant, en raison d'une allocation inadéquate des ressources par les pays qui accueillent les réfugiés et vu que certains pays accueillent un grand nombre des déplacés ou réfugiés, les soins de santé pour ces populations sont souvent médiocres, inégaux et discriminatoires (229). Au Liban et suite à la succession des crises économiques et financières, les DS et patients libanais se trouvent finalement traités dans les hôpitaux publics sans aucun système de remboursement spécifique, ce qui engendre une charge financière considérable. Ce poids s'ajoute à la difficulté financière des hôpitaux publics, ce qui entraîne une pression sur l'ensemble du secteur de la santé (cf. Chapitre 1). Ainsi, les hôpitaux publics se trouvent incapable d'offrir des services de santé ni aux DS ni aux Libanais (230). Pour contrer ces résultats et lutter contre les inégalités en matière de santé, l'une des mesures adoptées par certains pays est la **Couverture Sanitaire Universelle** (CSU) ou Universal Health Coverage (UHC).

La CSU est une intervention structurelle dans le cadre de laquelle toutes les personnes et toutes les communautés peuvent utiliser les services de santé promotionnels, préventifs, curatifs, de réadaptation et palliatifs dont elles ont besoin, d'une qualité suffisante et efficace, tout en garantissant que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur aux difficultés financières (231). Dans cette perspective, rendre la CSU véritablement universelle favorise l'un des objectifs du développement durable (ODD) qui cite « parvenir à une CSU, y compris une protection contre les risques financiers, un accès à des services de santé essentiels de qualité et un accès à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et abordables pour tous » (ODD 3.8) (231). Cette couverture s'appuie sur les concepts d'équité et d'égalité d'accès aux soins de santé, quel que soit le statut, en intégrant la population des migrants, réfugiés et déplacés ainsi que la population hôte. Ceci permet un meilleur accès et utilisation des services de santé par toute personne en besoin et devrait donc être défendue par les politiciens et dirigeants du secteur de la santé. Cependant, certains obstacles peuvent limiter la mise en œuvre de la CSU dans certains

pays. Le financement de la CSU reste un défi pour les pays afin de la réaliser. Une revue systématique a identifié six façons d'améliorer la couverture, notamment (i) l'ajustement des critères d'éligibilité, (ii) l'amélioration de la sensibilisation, (iii) la réduction des coûts d'assurance pour améliorer la capacité financière, (iv) l'amélioration des processus d'inscription, (v) le renforcement de la prestation des soins de santé et (vi) l'amélioration de la prestation organisationnelle des régimes d'assurance (232). Il est suggéré que les gouvernements optent pour une transition dans le financement de la santé en augmentant les dépenses de santé par habitant et en utilisant des mécanismes de mutualisation des risques préfinancés par des ressources publiques pour fournir des soins de santé plutôt que des paiements directs provenant de sources privées. Une augmentation des dépenses publiques de santé, financées par les fonds d'assurance sociale, les agences gouvernementales ou d'autres régimes légaux, pourra y parvenir. Une étape nécessaire pour la CSU est la transition du financement de la santé ; cela améliore la protection financière en réduisant le fardeau des dépenses de santé sur les groupes vulnérables (233). À l'heure actuelle, au Liban, plusieurs propositions suggèrent la mise en place d'une CSU à financement mixte entre privé et public pour faciliter l'accès aux services de santé et diminuer les disparités existantes au niveau de la population hôte et dans l'utilisation du système de santé libanais par les ONG internationales au profit des DS. Les propositions sont en cours de réalisation et aucune n'a été officiellement présentée jusqu'à présent.

En outre, pour une prestation de soins de santé efficiente, efficace et équitable, il faut avoir recours à des **systèmes d'information sanitaire**. Ces systèmes sont utilisés pour évaluer les besoins, fournir des soins, évaluer la qualité des services, ainsi que la comptabilité et le financement. La littérature montre que les systèmes d'information sur la santé, les enquêtes et registres sanitaires de routine et autres plateformes qui guident les décisions en matière de soins de santé excluent souvent les réfugiés et les migrants et ne tiennent pas compte de la mobilité humaine (234). Ainsi, Les systèmes d'information sanitaire qui ne collectent pas de données sur la migration sont incapables de fournir des données utiles pour surveiller les différences de facteurs de risque, de morbidité et de mortalité entre les populations migrantes et non migrantes, une étape essentielle dans le suivi et l'amélioration de l'équité de la prestation de services à ce groupe. Il est donc nécessaire d'améliorer les plateformes d'information et de recherche sur la santé afin de promouvoir l'élaboration de politiques et de pratiques fondées sur des données probantes et d'intégrer ces systèmes dans un cadre éthique et de protection des données rigoureux. Aussi, il

s'agit d'inclure de variables essentielles dans les outils de collecte de données pour faciliter la désagrégation par statut migratoire et la comparabilité des données (228).

Au Liban, la collecte des données sur les DS, à part celle qui était liée à la Covid 19, est disponible auprès de l'UNHCR et les services de l'Etat ne disposent que partiellement de certains chiffres. La population hôte souffre d'inégalités en santé autant que les DS et ces recommandations se situent dans un cadre général de lutte contre les inégalités sociales et sanitaires au Liban pour éviter les discriminations.

Donc, des recommandations au niveau macro visant l'Etat et les systèmes de santé ont été proposées ci-dessus pour contrer les disparités en santé et améliorer l'accès et l'utilisation des services de soins pour les réfugiés, migrants et déplacés, ainsi que pour la population hôte. Aussi bien, des efforts doivent être déployés au niveau micro afin de garantir un accès équitable et délivrer des soins culturellement compétents pour toute personne en besoin. Pour avoir des systèmes de santé résilients et sensibles aux réfugiés et aux migrants, il faut renforcer les **capacités et formations des PS** à travers divers aspects ; tels que les CC pour fournir des services de santé centrés sur les personnes et culturellement sensibles aux réfugiés et aux migrants. Un personnel de santé performant est un personnel qui travaille de manière réactive, équitable et efficace pour obtenir les meilleurs résultats en matière de santé, compte tenu des ressources disponibles et des circonstances. Il s'agit aussi de former les PS sur les principaux programmes et structures gouvernementaux pour agir en faveur de la santé des réfugiés et des migrants aux niveaux national, régional et local. Ajoutons à cela, l'investissement dans la recherche qui doit être lié à l'élaboration des politiques. A cet égard, il est crucial de renforcer les capacités et le mentorat des chercheurs. Des financements ciblés des ONG dans ce sens et une collaboration avec les instances libanaises sont à renforcer.

A la fin, il s'avère nécessaire de sensibiliser la communauté. L'objectif est d'accroître les connaissances de la communauté sur les programmes et services disponibles en informant le public à travers diverses activités. La création de **programmes de sensibilisation communautaire** et de groupes de soutien spécifiquement adaptés aux besoins des migrants et des réfugiés peut aider à répondre à leurs préoccupations particulières en matière de santé et à réduire les préjugés dans le système de santé. En impliquant activement les migrants et les réfugiés dans l'élaboration et la

mise en œuvre des politiques et programmes de santé, nous pouvons garantir que leurs voix soient entendues et que leurs besoins en matière de soins de santé soient satisfaits. Les organismes de santé et les PS devraient collaborer avec les communautés de réfugiés et de migrants pour comprendre leurs besoins particuliers en matière de soins de santé et leurs obstacles. En établissant un climat de confiance et des relations avec ces communautés, les PS peuvent mieux répondre à leurs préoccupations spécifiques en matière de soins de santé et fournir des soins centrés sur la personne, sensibles et de qualité. Cela peut impliquer de recruter des PS de santé qui parlent couramment les langues parlées par les migrants et les réfugiés et qui connaissent leurs croyances et pratiques culturelles. De plus, des campagnes de sensibilisation sur la culture du pays d'accueil, ainsi que des brochures sur l'accès et l'utilisation des services de santé aident à réduire le risque des biais dans les soins de santé. Ceci devrait être pris en compte dans les diverses phases de migration pour faciliter leur accès aux services de santé et créer un climat de confort et du respect entre les diverses populations.

Au Liban, pays en crise, des campagnes de sensibilisation auprès des DS sont assurées essentiellement par les ONG. Un obstacle majeur réside dans les pressions et les risques géostratégiques perçus qui entravent une vraie implication locale des DS dans les stratégies locales.

Limites de la thèse

Malgré nos préoccupations, cette thèse présente quelques limites.

- Sur le plan méthodologique, afin d'explorer les expériences des DS et de comprendre le sujet des biais dans les soins de santé des DS au Liban, nous avons eu recours à des méthodes qualitatives. Les entretiens ont révélé le sujet de la discrimination et ont souligné les disparités et inégalités en matière de santé des DS lorsqu'ils accèdent et utilisent les services de santé dans les établissements de santé libanais. Cependant et pour une analyse plus exhaustive de ce sujet, de futures études pourront s'appuyer sur des méthodes mixtes pour une meilleure triangulation des résultats et par la suite une analyse plus élargie.
- Sur le plan de la population/participants, les données collectées dans cette thèse l'ont été auprès de Directeurs des établissements de soins de santé, les PS et les DS. Ainsi

et pour mieux comprendre l'offre de soins au Liban et la présence de biais dans les soins de santé libanais, il serait crucial d'inclure des patients libanais pour saisir plus avant le thème de discrimination dans les soins de santé dans le contexte des pays d'accueil en crise et peut-être aussi d'inclure les autres PS travaillant avec des DS (nutritionnistes, travailleurs médico-sociaux, physiothérapeutes, pharmaciens, ...). En outre, les études futures pourront être menées dans d'autres Mohafazats au Liban pour compléter l'image du problème des biais sur le plan national.

- CC au Moyen-Orient : Dans le contexte du Moyen-Orient, où les CC n'ont pas été suffisamment prises en compte, la SR menée pourrait servir de référence pour guider les recherches futures et éclairer le développement d'interventions et de politiques culturellement compétentes dans la région. Cependant, élaborer et mettre en œuvre des politiques qui donnent la priorité aux CC dans les soins de santé, y compris des lignes directrices pour des soins culturellement compétents s'avère nécessaire voire indispensable. Ces stratégies peuvent contribuer, entre autres, à remédier aux disparités en matière de soins de santé auxquelles les réfugiés et les migrants sont souvent confrontés et, à terme, contribuer à améliorer la santé et le bien-être général de ces populations vulnérables de la région. Des études supplémentaires dans cette perspective peuvent aider à l'application des CC dans les pays du Moyen-Orient.

Posture personnelle réflexive

En tant que chercheuse libanaise ayant suivi une formation initiale en Sciences infirmières, je suis pleinement consciente des préjugés et des difficultés associés à ce travail auprès des DS au Liban, surtout compte tenu de la multiplicité des crises que le pays traverse. Je suis également consciente des jeux de pouvoir et de la possibilité que mes propres préjugés influencent ma manière d'aborder et de comprendre les expériences des DS. J'ai entendu beaucoup de remarques parmi mes collègues et amis concernant ma position en tant que chercheuse, mais également en tant qu'infirmière qui traite du sujet de la discrimination des PS avec les DS. Toutefois, ces critiques ont été pour moi un atout qui m'a permis de rester constamment réflexive et d'examiner de manière critique ma position et mes préjugés, afin de les réduire le plus possible. La posture de recherche

scientifique (littérature et méthodes) m'a aidée à me distancier par rapport à l'objet de ma recherche et à ma discipline initiale afin de favoriser l'objectivité de cette étude.

Finalement, le soutien des promoteurs qui ne sont pas familiers avec le contexte libanais m'a réconforté et je le considère également comme un autre avantage tout au long de ce parcours. Ces éléments ont éveillé chez moi le sentiment d'une « *femme et chercheuse libanaise courageuse* » qui n'a pas hésité à aborder ce sujet si délicat et si sensible dans le pays du Cèdre.

Conclusion et Perspectives

“Migrants and Refugees are not pawns on the chessboard of humanity”.

Pape François

En conclusion, cette thèse a mis en lumière la question cruciale des biais en matière de soins de santé parmi les réfugiés et les migrants dans un pays en crise. Elle a fourni une analyse des défis uniques auxquels sont confrontées ces populations vulnérables, y compris les facteurs systémiques, culturels et individuels qui contribuent aux biais en matière de soins de santé. L'originalité de cette thèse réside dans le fait qu'elle se concentre dans un pays en crise, où l'intersection des préjugés en matière de santé et des défis humanitaires pose une question complexe et urgente.

Grâce à un examen approfondi des CC, de l'engagement communautaire, des changements politiques, cette thèse propose une approche à multiples facettes pour réduire les préjugés en matière de soins de santé et améliorer les résultats des soins de santé pour les réfugiés et les migrants. Elle contribue au corpus de connaissances existant sur les biais en matière de soins de santé chez les réfugiés et les migrants, en particulier dans le contexte d'un pays confronté à une crise. En soulignant l'originalité de cette thèse, nous espérons que les recommandations et les idées présentées éclaireront les futures recherches et initiatives politiques visant à promouvoir un accès équitable aux soins de santé pour les réfugiés et les migrants. Notamment, des études futures de type quantitatif complémentaires aux études qualitatives pourraient en compléter l'image. Dans cette perspective, les études quantitatives peuvent être de type *Implicit Association Test* (IAT). Ce test mesure la force des associations entre des concepts et les évaluations ou les stéréotypes (235). Il faudra davantage de recherches et d'applications du IAT pour lutter contre les préjugés en

matière de soins de santé parmi les réfugiés. Cela peut impliquer le développement de l'IAT pour mesurer spécifiquement les préjugés et stéréotypes implicites que les PS peuvent avoir à l'égard des migrants et réfugiés. En plus, des interventions type CC pour essayer de comprendre la question de la transférabilité/transposition des CC d'un contexte occidental vers un contexte moyen-oriental.

En fin de compte, il est essentiel de lutter contre les préjugés en matière de soins de santé pour garantir le bien-être et la dignité de tous les individus, quels que soient leurs antécédents ou leurs circonstances. La santé des migrants ne devrait pas être considérée comme un fardeau, mais plutôt comme une opportunité susceptible de renforcer le système de santé libanais dans son ensemble. En reconnaissant leur contribution potentielle et en garantissant leur bien-être, nous pouvons construire une société plus solidaire et résiliente.

References

1. Småland Goth UG, Berg JE. Migrant participation in Norwegian health care. A qualitative study using key informants. *Eur J Gen Pract.* 2011;17(1):28-33.
2. Akhtar SS, Heydon S, Norris P. Access to the healthcare system: Experiences and perspectives of Pakistani immigrant mothers in New Zealand. *J Migr Health.* 2022;5:100077.
3. Chen YY, Li AT, Fung KP, Wong JP. Improving Access to Mental Health Services for Racialized Immigrants, Refugees, and Non-Status People Living with HIV/AIDS. *J Health Care Poor Underserved.* 2015;26(2):505-18.
4. Heydari A, Amiri, R., Nayeri, N. D., & AboAli, V. . Afghan refugees' experience of Iran's health service delivery. *International Journal of Human Rights in Healthcare,* 9(2), 75-85. 2016;9 (2):75-85.
5. Rivenbark JG, Ichou M. Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health.* 2020;20(1):31.
6. Ziersch A, Due C, Walsh M. Discrimination: a health hazard for people from refugee and asylum-seeking backgrounds resettled in Australia. *BMC Public Health.* 2020;20(1):108.
7. Szaflarski M, Bauldry S. The Effects of Perceived Discrimination on Immigrant and Refugee Physical and Mental Health. *Adv Med Sociol.* 2019;19:173-204.
8. Yzerbyt V, & Klein, O. . *Psychologie sociale. : De Boeck Supérieur;* 2019. 576 pages p.
9. Longuenesse É. Lebanese society put to the test. *Confluences Mediterranee.* 2015;92(1):9-17.
10. Thépaut C. Chapitre 1. Les contours flous des mondes arabes. *Le monde arabe en morceaux: Des printemps arabes à Daech* (pp 11-28) Paris: Armand Colin <https://doi.org/103917/arcothepa2017010011>. 2017.
11. A. E. Construction d'une libanité : entre la mythologie et la nation moderne. *Travaux et Jours,* n° 90, 2017. 2017.
12. Nammour J. Les identités au Liban, entre complexité et perplexité. *Cités.* 2007;2007/1 (29):49-58.
13. UNHCR. Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: UNHCR; 2015 [Available from: <https://www.unhcr.org/protection/health/55f6b90f9/culture-context-mental-health-psychosocial-wellbeing-syrians-review-mental.html>]
14. Yahyaoui A, Lakhdar DBH. Croyances culturelles. Facteurs de protection et d'affiliation familiales. *Le Divan familial.* 2014;32(1):103-21.
15. Nielsen-Bohlman L PA, Kindig DA, . *Health Literacy: A Prescription to End Confusion.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2004 4, Culture and Society Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216037/>. 2004.
16. Orzechowski M, Nowak M, Bielinska K, Chowaniec A, Doricic R, Ramsak M, et al. Social diversity and access to healthcare in Europe: how does European Union's legislation prevent from discrimination in healthcare? *BMC Public Health.* 2020;20(1):1399.
17. IOM. Why does discrimination against migrants increase during a crisis and how can its impact be reduced? <https://rosanjoseiomint/en/blogs/why-does-discrimination-against-migrants-increase-during-crisis-and-how-can-its-impact-be-reduced>.
18. S. RCMR. Discrimination toward migrants during crises. *MIGRATION STUDIES VOLUME 10, NUMBER 4, 2022,* p 582–607 2022.
19. UNHCR. Migrants in Countries in Crisis. <https://emergency.unhcr.org/sites/default/files/IOM%2C%20Migrants%20in%20Countries%20in%20Crisi.pdf>. 2014.
20. Oloruntoba R GR. Customer service in emergency relief chains. *International journal of physical distribution & logistics management* 2009;39(6):486–505 doi: 101108/09600030910985839 2009.
21. C. M. The future of humanitarian action: an ICRC perspective. *International review of the Red Cross* (2005) 2011;93(884):965–991 doi: 101017/S1816383112000306 2005.

22. <https://devinit.org/resources/global-humanitarian-assistance-report-2021/chapter-3-donors-and-recipients-humanitarian-and-wider-crisis-financing/>. DarohawcfDIAf.
23. Makhoul J EAC, Mialon M, Levy A, Sabbagh D, Nakkash R. . Benefits and risks: Views of humanitarian organizations in Lebanon on corporate assistance. . PLOS Glob Public Health 2023 Nov 10;3(11):e0002291 doi: 101371/journalpgph0002291 PMID: 37948345; PMCID: PMC10637641. 2023.
24. Ayoub B MD. Making Aid Work in Lebanon Promoting aid effectiveness and respect for rights in middleincome countries affected by mass displacement. Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, UK: Oxfam GB;2018. 2018.
25. Papic O, Malak Z, Rosenberg E. Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: Attitudes, barriers, strategies, and training needs. Patient Education and Counseling. 2012;86(2):205-9.
26. Mohammadi S, Carlbom A, Taheripanah R, Essén B. Experiences of inequitable care among Afghan mothers surviving near-miss morbidity in Tehran, Iran: a qualitative interview study. International Journal for Equity in Health. 2017;16(1):121.
27. Chae DH, Nuru-Jeter A., Lincoln K., Francis D. CONCEPTUALIZING RACIAL DISPARITIES IN HEALTH Advancement of a Socio-Psychobiological Approach. Du Bois Review, 8:1 (2011) 63–77© 2011 W E B Du Bois Institute for African and African American Research 1742-058X011doi:1010170S1742058X11000166 2011.
28. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. Lancet.2018;392(10164):2606-54.
29. Fox M, Thayer Z, Wadhwa PD. Acculturation and health: the moderating role of socio-cultural context. Am Anthropol. 2017;119(3):405-21.
30. Schwartz SJ, Unger JB, Zamboanga BL, Szapocznik J. Rethinking the concept of acculturation: implications for theory and research. Am Psychol. 2010;65(4):237-51.
31. Berry JWS, D.L. . Acculturation and adaptation. In Handbook of Cross-Cultural Psychology, 2nd ed; Berry, JW, Segall, MH, Kagitcibasi, C, Eds; Allyn and Bacon: Boston, MA, USA, 1997; Volume 3, pp 291–326. 1997.
32. Berry JW. Acculturation. In: Spielberger CD, editor. Encyclopedia of Applied Psychology. New York: Elsevier; 2004. p. 27-34.
33. Schumann M, Bug M, Kajikhina K, Koschollek C, Bartig S, Lampert T, et al. The concept of acculturation in epidemiological research among migrant populations: A systematic review. SSM Popul Health. 2020;10:100539.
34. Brand T. S-ZF, Ellert U., Keil T., Krist L., Dragano N., Zeeb H. . Acculturation and health-related quality of life: Results from the German national cohort migrant feasibility study. . International Journal of Public Health 2017;62(5):521–529. 2017.
35. Pristojkovic Suko I, Holter M, Stolz E, Greimel ER, Freidl W. Acculturation, Adaptation, and Health among Croatian Migrants in Austria and Ireland: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(24).
36. Ahluwalia I.B. FES, Link M. & Bolen J.C. . Acculturation, weight, and weight-related behaviors among Mexican Americans in the United States. Ethnicity & Disease 2007;17(4):643–649. 2007.
37. Lesser I.A. GD, Lear S.A. . The association between acculturation and dietary patterns of South Asian immigrants. PLoS One 2014;9(2). 2014.
38. Morawa E. EY. Acculturation and depressive symptoms among Turkish immigrants in Germany. International Journal of Environmental Research and Public Health 2014;11(9):9503–9521 2014.

39. Wylie L, Van Meyel R, Harder H, Sukhera J, Luc C, Ganjavi H, et al. Assessing trauma in a transcultural context: challenges in mental health care with immigrants and refugees. *Public Health Rev.* 2018;39:22.
40. Derosé KP, Bahney BW, Lurie N, Escarce JJ. Review: immigrants and health care access, quality, and cost. *Med Care Res Rev.* 2009;66(4):355-408.
41. Ahmed S, Shommu NS, Rumana N, Barron GR, Wicklum S, Turin TC. Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *J Immigr Minor Health.* 2016;18(6):1522-40.
42. Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot ML. Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:10.
43. Clough J, Lee S, Chae DH. Barriers to health care among Asian immigrants in the United States: a traditional review. *J Health Care Poor Underserved.* 2013;24(1):384-403.
44. D.L. S. Acculturation: Conceptual background and core components. In: Berry DLSJW, editor *The Cambridge handbook of acculturation psychology* Cambridge University Press; New York, NY, US: 2006 pp 11–26 2006.
45. Lebanon MoSAi. <https://wwwsocialaffairsgovlb/refugees>.
46. <https://www.lorientlejour.com/article/1412981/adwan-les-lois-actuelles-sont-suffisantes-pour-traiter-la-question-des-syriens-en-situation-irreguliere.html>.
47. Matlin SA, Depoux A, Schütte S, Flahault A, Saso L. Migrants' and refugees' health: towards an agenda of solutions. *Public Health Reviews.* 2018;39(1):27.
48. Legido-Quigley H, Pocock N, Tan ST, Pajin L, Suphanchaimat R, Wickramage K, et al. Healthcare is not universal if undocumented migrants are excluded. *Bmj.* 2019;366:l4160.
49. El-Zein A, DeJong J, Fargues P, Salti N, Hanieh A, Lackner H. Who's been left behind? Why sustainable development goals fail the Arab world. *Lancet.* 2016;388(10040):207-10.
50. health MoP. <https://wwwmophgovlb/en/Pages/0/9285/syrian-refugees-crisis-impact-on-lebanese-public-hospitals-financial-impact-analysis-apis-report>.
51. WHO. Universal health coverage. <https://wwwwho.int/health-topics/universal-health-coverage>.
52. Meng Q, Yuan B, Jia L, Wang J, Yu B, Gao J, et al. Expanding health insurance coverage in vulnerable groups: a systematic review of options. *Health Policy Plan.* 2011;26(2):93-104.
53. ESCWA U. <subsidized-health-insurance-universal-health-coverage-arab-region-policy-brief-english_1.pdf>. 2021.
54. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet.* 2013;381(9873):1235-45.
55. <https://implicit.harvard.edu/implicit/iatdetails.html>.

CURRICULUM VITAE

Riwa KHALIFEH

☎: +251944346363 / +9613197708

riwakh@hotmail.com

PROFILE

I am a healthcare professional with more than 15 years of experience. My experiences range from a nurse manager at a hospital to an assistant dean at a private university. I am skilled in hospital management, public health promotion and education, hospital accreditation, health quality system management, occupational health and safety, nursing, and health migration. In addition, I am experienced in project management, work planning, monitoring and evaluation, and managing financial and human resources, and budgets. I am also expert in managing academic programs, curricula development and revision, public health assessment, public health training and teaching, and research (qualitative and quantitative methods). I am licensed in conflict resolution and mediation.

EDUCATION

PhD in Public Health	2019 - 2024
Université Catholique de Louvain, Brussels - Belgium	
UE Méthodes d'Investigation Qualitatives et Quantitatives	2018 - 2019
Lorraine University - France	
Diploma in Mediation	2018 - 2019
St Joseph University - Lebanon in collaboration with Institut Catholique de Paris and Association des Médiateurs Européens	
Master in Hospital Management	2007 - 2009
Faculty of Public Health, Lebanese University - Lebanon	
Bachelor of Science in Nursing	2001 - 2005
Faculty of Public Health, Lebanese University – Lebanon	

PROFESSIONAL EXPERIENCE

Gender Data Network Consultant

March 2024- ongoing

African Centre for Statistics, UNECA

Addis Ababa-Ethiopia

- Supervise researchers for the Civil Registration and Vital Statistics (CRVS) / Applied Research and Training (CART) project.
- Prepare and produce strategic report and synthesis reports as necessary, including producing monthly update reports according to the grant agreement and stay in regular contact with staff providing oversight at Data2X network participants on a regular basis.
- Connect members with opportunities for training, technical assistance or enhanced learning.
- Prepare various outputs as deemed appropriate by network members and partners.
- Assist in the management and animation of the network Central Online Platform on gender statistics.
- Initiate and support the preparation, facilitation and servicing of meetings and workshops of the project, including reports drafting.
- Performs other duties of African Centre for Statistics as assigned, including planning, organization and implementation of the work of the section/division assigned.

Organizational Occupational Health and

August 2023-February 2024

Safety End-to-End Risk Assessment Consultant

UN Women-Safety and Security

New York-USA

- Develop questionnaires and conduct qualitative and quantitative studies to determine comprehension of Occupational Health and Safety.
- Complete an end-to-end risk assessment of Occupational Health and Safety management vis-à-vis business needs.
- Liaise with all appropriate divisions, units, and sections of UN Women, utilizing all available mediums to complete the end-to-end risk assessment of Organizational Occupational Health and Safety management within UN Women.
- Perform a range of consultations with Security and Safety Services, Department of Administration and Management, other divisions, country-level and regional key stakeholders, and leadership of the organization.
- Develop a UN Women Organizational Occupational Health and Safety strategy, highlighting needs, risks, opportunities, good practices, and lessons identified.

Supply Chain Management Training and Coordination

March 2023-August 2023

Consultant

UN Women

New York-USA

- Support the training and capacity-building efforts for suppliers registering and using Quantum Maintenance System.
- Assist with the development of supplier maintenance tools, instructions, SOPs and guidance notes, with adaptation to regional and country specific contexts, translate, regionalize and localize relevant material.
- Provide technical assistance and support to users related to Quantum/Peer to Peer (P2P) and other relevant systems.

- Keep track of deviations and route supplier review tickets to relevant supplier administrators and managers for approval, as and when required, based on established SOPs.
- Identifying gaps and opportunities and oversee resolution of system defects, errors, and other issues.

Medical Insurance Benefits Specialist-Consultant

Dec. 2021 - Nov. 2022

Food and Agriculture Organization of the United Nations

Rome-Italy

- Supported the rollout of enrolments of family members of non-staff personnel.
- Provided information to employees on the procedure for enrolment in the After Contract Coverage (ACC) and coverage of family members.
- Analyzed the request for maternity clearance submitted by the Participant and provided the necessary information and clearance for maternity expenses and compensation.
- Assisted the head of Social Security on the UN System wide COVID-19 vaccination programme.
- Reached out more than 200 participants and finalized all claims related to previous year and amounts have been refunded to the Organization.

Vice Dean/Director, Faculty of Public Health (FPH)

Sept. 2015 - Nov. 2019

Lebanese German University

Jounieh-Lebanon

- Reported directly to the Dean and Vice-Presidents.
- Supervised the six departments in the faculty of public health: Nursing, Biomedical Technologies, Medical Imaging, Physical Therapy, Nutrition and Medical Laboratories Sciences.
- Checked and revised with the heads of the departments their curricula, course descriptions, syllabi, course offerings, and coordinated the management of common courses in the FPH.
- Managed the work planning and the day-to-day operations of the FPH ensuring that deadlines and KPIs are respected.
- Established KPIs and a monitoring and evaluation system to ensure the effective and timely execution of the work plans.
- Managed the budget, financial, human resources of the FPH.
- Wrote standard operating procedures (SOPs) and protocols related to the FPH (internships, labs, exams, instructors' attendance, etc.).
- Coordinated and managed the Program of Master of Public Health.

Management and Organizing “Health Day” Project

Sept. 2015 - Nov. 2019

Lebanese German University

Jounieh-Lebanon

- Worked with the Ministry of Social Affairs, Municipalities and NGOs to define and implement the project of “Health Day.”
- Set the objectives and implemented the technical and operational plans.
- Managed the budget, liaised with the donors, and ensured that the funds are properly used to achieve results.
- Planned, organized, and coordinated the project in collaboration with the Dean and the Faculty members, assigned tasks for each person.
- Monitored and evaluated work plans against the set targets.
- Organized workshops for students' training.

Curriculum Vitae

- Communicated, dispatched the information, and acted as spokesperson on behalf of the University.
- Provided reports and progress notes to stakeholders and the executive committee.

Coordinator of the Nursing Department and Common Courses **Jan. 2012 - Aug. 2015**

Lebanese German University

Jounieh-Lebanon

- Devised the objectives and the learning outcomes of the Common Courses in the Faculty of Public Health, this includes preparation of course offering for each semester, development of syllabi of courses, exams, and quizzes.
- Managed on behalf of the head of department all administrative, financial and human resources, and academic duties.
- Coordinated and supervised the nursing training/internship programme that contained on average 50 nursing trainees per year in various public health institutions (hospitals, community based primary health care centers, and nursing homes).
- Managed the monitoring and evaluation of the training programme including the setting up of KPIs.
- Coordinated with the Ministry of Higher Education and UNESCO regarding completion of requested documents for national exams (colloquium).
- Supervised students' senior research projects at undergraduate level.

Lecturer, Faculty of Public Health **Sept. 2009 - Dec. 2011**

Lebanese German University

Jounieh-Lebanon

- Courses taught: Hospital Management and Leadership, Nursing Care in Gastroenterology, Nursing Care in Abdominal Surgery, Nursing Care in Cardiovascular Surgery, Nursing Care in Intensive Care and Reanimation, Nursing Care in Urology and Nephrology, Nursing Care in Endocrinology, Nursing Care in Dermatology, School Hygiene, Sexual Education including HIV, Organ Donation, Elementary Care, and Physical Assessment.

Nursing Supervisor

Jan. 2011 - Sept. 2012

Lebanese Canadian Hospital

Horsh Tabet – Lebanon

- Supervised all wards in the hospital while the nursing director is absent during weekends and holidays.
- Managed staff and monitored their activities, checked patients' files and nurses' reports.
- Visited patients and provided physical and psychological support.
- Oversaw patient care, trained new staff, resolved problems and patient needs, and coordinated with the admission department.

Head Nurse of the Endoscopy Unit

July 2004 - Dec. 2011

Lebanese Canadian Hospital

Horsh Tabet – Lebanon

- Supervised and managed day-to-day operational, clinical, and administrative activities of the department including the work plans of the staff.
- Developed workflows, managed prioritization of requests, maintained a control system for costs, discharging, planning for patients, and scheduled daily operation.
- Performed quality control using tools, coordinated care in the outpatient, inpatient, and operating room to improve patient experience.
- Developed policies, procedures and KPIs related to the department.
- Member in the Occupational Health and Safety Committee: conducted risk assessment and hazard identification, ensured proper handling and disposal of hazardous material (medical waste, chemicals...), monitored compliance with safety regulations and standards, investigated accidents or incidents in which an employee or patient is injured, evaluated workplace ergonomics to prevent musculoskeletal disorders.
- Managed the procurement of equipment needed for the proper functioning of the Unit.

Head Nurse of the Cath Lab

Jan. 2011 - Dec. 2011

Lebanese Canadian Hospital

Horsh Tabet – Lebanon

- Supervised and managed day-to-day operational, clinical, and administrative activities of the department including the work plans of the staff.
- Developed workflows, managed prioritization of requests, maintained a control system for costs, discharging, planning for patients, and scheduled daily operation.
- Performed quality control using tools, coordinated care in the outpatient, inpatient, and operating room to improve patient experience.
- Developed policies, procedures and KPIs related to the department.
- Managed the procurement of equipment needed for the proper functioning of the Unit.

Registered Nurse – Emergency Department

July 2004 - Dec. 2008

Lebanese Canadian Hospital

Horsh Tabet – Lebanon

Curriculum Vitae

- Assessed patients' needs, administered medication.
- Collaborated with the admission department, doctors, and all other departments as well as with third parties for medical exams approval.
- Prioritized care based on its critical nature, did triage of patients taking into consideration their symptoms and physical exam, handled the admission and discharge of patients, and educated patients and their families.

Head of Continuous Education Department

Jan. 2007- Dec. 2007

Lebanese Canadian Hospital

Horsh Tabet – Lebanon

- Planned the annual schedule of the Continuous Education Program (CEP).
- Set objectives and learning outcomes, prepared the budget.
- Prepared all evaluations related to the conference and collaborated with the Ministry of Public Health and the Order of Nurses for the Continuing Nursing Education (CNE) credits.

Member in the Quality Department

Jan. 2007 - Dec. 2007

Lebanese Canadian Hospital

Horsh Tabet – Lebanon

- Defined, planned, and verified resources needed to achieve quality objectives with top management and heads of departments.
- Defined and reviewed all departments procedures, analyzed, and implemented changes on all processes.
- Ensured compliance with Quality Management System (QMS) by means of frequent internal audits.
- Audited and maintained departments' Quality Improvement Plan their Key Performance Indicators and pursued the necessary corrective and preventive actions.

Member in the Infection Control Committee

Jan. 2006 - Dec. 2006

Lebanese Canadian Hospital

Horsh Tabet – Lebanon

- Collected and analyzed data related to nosocomial infection from the department.
- Checked the application of procedures and protocols in the units.
- Identified problem areas, implemented corrective actions, and educated the staff on how to prevent nosocomial infection.

PUBLICATIONS

- Khalifeh, R.; D'Hoore, W.; Saliba, C.; Salameh, P.; Dauvrin, M. (2023) Experiences of Cultural Differences, Discrimination, and Healthcare Access of Displaced Syrians (DS) in Lebanon: A Qualitative Study. *Healthcare* 2023, 11, 1013. <https://doi.org/10.3390/healthcare11142013>
- Khalifeh R, D'Hoore W, Saliba C, Salameh P and Dauvrin M. (2023) Healthcare bias and health inequalities towards displaced Syrians in Lebanon: a qualitative study.

Front. Public Health 11:1273916.doi: 10.3389/fpubh.2023.1273916

- *Submitted (under review)* : Khalifeh R, Dauvrin M , Saliba C, Salameh P and D’Hoore W. (2024) Les compétences culturelles comme solutions pour lutter contre les biais dans les relations thérapeutiques interculturelles : *Scoping Review*

ORAL COMMUNICATIONS, POSTERS AND WORKSHOPS

- Oral Communication: Journée d’étude Etats de santé en crise (IFPOS), Title of the presentation “Health Inequalities in a country in Crisis: Case of Displaced Syrians in Lebanon”, June 2024.
- Oral Communication : VIRTUAL CONFERENCE ON MIGRANT HEALTH (European University Alliance for Global Health), Title of the presentation : “Health Equity of Displaced Syrians in Lebanon: a qualitative study”, October 2023.
- Oral Communication : « Journée des Doctorants de l’Ecole Doctorale thématique: Santé Publique Santé Société », held in Liège University (Brussels) on Thursday 15th of December, 2022. Title of the presentation: “ *L’équité dans l’accès et l’offre des soins de santé pour les déplacés Syriens au Liban* ”.
- Poster Presentation: “*Health Equity in Displaced Syrians in Lebanon*”, European Public Health Congress (EUPHA), Berlin, November 2022.
- Oral Communication: SIDIIEF Congress - Ottawa (Canada) ; Title of the presentation: “ *L’équité dans l’accès et l’offre des soins de santé pour les déplacés Syriens au Liban* ” , October 2022.
- “ *Free Health Day Event* ”, LGU (Sahel Alma and Tyr campuses), planned and organized the event.
- “ *Introduction à l’Examen Physique dans la Pratique Infirmière* ”, May 2016, LGU, Lebanon: Organized the seminar and presented two sessions:
 - Fondements et Éléments de l’examen clinique
 - Examen physique abdominal (théorie et pratique)
- Workshop for LGU Students on “*Soft Skills and Career Readiness*” during the year of 2016-2017, LGU (Sahel Alma and Tyr Campuses)-Lebanon.
- Seminars to nursing staff at Al Saydeh Hospital- Zgharta (Lebanon), August-September 2014. The topics were: Enteral and Parenteral Nutrition, Blood Transfusion, Nursing Care in Reanimation, Asthma, Shock Management, Burns Management

ACHIEVEMENTS

- Awarded “*Best Presentation for Oral Communication*” at the seminar of the PhD Day titled “Journée des Doctorants de l’Ecole Doctorale thématique: Santé Publique Santé Société”, held in Liège University (Brussels) on Thursday 15 December 2022.
- Received award from the Ministry of Social Affairs in Lebanon for organizing two health day events in 2018.

- Appointed by Lebanese German University-LGU as academic representative for coordinating courses and planning the exchange Master of Public Health (MPH) program with Bordeaux and Lorraine universities.
- Nominated by the Ministry of Higher Education in Lebanon as Member of the National Colloquium Jury for Nursing Oral Examination.
- Nominated as responsible of the Continuous Education Program in the Lebanese Canadian Hospital.
- First to introduce and organize Physical Assessment Workshops for nurses in Lebanon.
- Engaged actively in the preparation of Hospital Accreditation in Lebanon.

CERTIFICATES

- Ethics and Integrity at the United Nations, FAO, 28 April 2022.
- FAO's Whistleblower Protection Policy, FAO, 22 April 2022.
- Achieving Gender Equality in FAO's Work, FAO, 22 April 2022.
- Prevention of Fraud and other Corrupt Practices, FAO, 20 April 2022.
- United Nations Course on Working Together Harmoniously, 20 April 2022.
- Career Accelerator Lab: # 3 – Writing Effective Online Applications, FAO, 6 April 2022.
- Protection from Sexual Exploitation and Abuse (PSEA), FAO, 1 April 2022.
- Prevention of Harassment, Sexual Harassment and Abuse of Authority, FAO, 1 April 2022.
- Career Accelerator Lab: # 1 Find Your Why: Self-Assessment, FAO, 24 March 2022.
- BSAFE, United Nations Department of Safety and Security (UNDSS), 25 November 2021.
- Incident Management System (Tier 2): Working in WHO's Incident Management System, October 2020.
- Incident Management System (Tier 1): Introduction to Health Sector Emergency Response Management, October 2020.
- Migration and Health: Enhancing Intercultural Competence and Diversity Sensitivity, September 2020.
- Introduction to Go.Data – Field data collection, chains of transmission and contact follow-up, April 2020.

LANGUAGES

Arabic: Native

English: Full professional proficiency

French: Full professional proficiency

