

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

Cultural competencies as a solution to healthcare biases in intercultural therapeutic relationships: Scoping review

Riwa Khalifeh^{1,2}, Marie Dauvrin^{1,3}, Christiane Saliba⁴, Pascale Salameh^{5,6,7,8}, William D'Hoore¹

➡ 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 fondée 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 2022. Le nombre total d'articles retirés est de 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. À 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 portant sur les CC, voire aucune, 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. Conduire des recherches et des études supplémentaires pourrait ouvrir de nouveaux horizons et inciter à l'élaboration de nouvelles lignes directrices des CC dans les pays du Moyen-Orient.

➡ Abstract

Objective: This study aimed to explore the use of cultural competencies (CCs) to address biases in intercultural therapeutic relationships. It also aimed to describe different CC models and standards adopted in the Middle East.

Methods: A methodological scoping review 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 2022. 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 CCs helps reduce disparities in health care. To this end, it provides them with the 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 CCs, in addition to stereotypical/conventional teaching strategies adopted during the training. Few studies, if any at all, have been carried out in the Middle East.

Conclusion: It is the responsibility of healthcare providers and the organizations involved to acquire the CCs 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 CCs in countries in the Middle East.

¹ Institut Santé et Société, Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique.

² Legal Way for Advocacy and Research, Beirut, Lebanon.

³ Belgian Health Care Knowledge Center, KCE, Brussels, Belgium.

⁴ Faculté de santé publique - Section 2 (CERIPH), Université libanaise, Fanar, Liban.

⁵ School of Medicine, Lebanese American University, Byblos, Lebanon.

⁶ Institut national de santé publique, d'épidémiologie clinique et de toxicologie-Liban (INSPECT LB), Beyrouth, Liban.

⁷ Department of Primary Care and Population Health, University of Nicosia Medical School, Nicosia, Cyprus.

⁸ Faculté de pharmacie, Université libanaise, Hadath, Liban.

Mots-Clés : Compétences culturelles ; Scoping Review ; Disparités en santé ; Discrimination ; Migrants ; Professionnels de santé.

Keywords: *Cultural competencies; Scoping Review; Disparities in health; Discrimination; Migrants; Healthcare professionals.*

Introduction et problématique

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2022) (1), 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 (1). 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 (un an ou plus), quels que soient la raison de sa migration ou son statut juridique (2). 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 (2).

Les migrants et les réfugiés sont considérés comme faisant partie des 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 (3-6). La littérature propose de nombreuses définitions de la culture et notamment celle

de l'anthropologie médicale qui offre une perspective plus large. Helman (2007) (7) définit la culture comme un ensemble de lignes directrices (à la fois explicites et implicites) que les individus utilisent pour percevoir le monde et identifier les différents comportements qui leur sont appropriés. La culture est partagée, apprise, dynamique et évolutive (8). Cette évolution est décrite par Dreher et MacNaughton (2002) (9) 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 (10). 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 (10).

Afin de faire face à ce problème, les compétences culturelles (CC) sont apparues comme une approche pour lutter contre les disparités raciales et ethniques lors de l'offre des soins de santé (3, 11). 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 (12).

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 (7, 13), 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, etc.) (14) (15) et qui constituent le socle de l'identité du migrant (15). 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 (16). 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 (14). Les biais sont définis comme 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) (17). Cette définition rejoint celle de la discrimination en fonction de l'origine ou dite raciale dans le sens d'une construction sociale (7). Elle renvoie 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 (18). 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 (7, 13). Ces disparités raciales ou ethniques en soins de santé peuvent donc être en partie dues à des préjugés sociaux qui sont principalement inconscients (18). 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 (19). 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 (20). 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, un organisme ou entre les professionnels et favorisent un travail efficace dans des situations transculturelles (21-23). 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 », qui comprend les attitudes ou les comportements, ainsi que le niveau « organisationnel ou systémique », relatif aux politiques ou aux procédures (21).

En outre, conscients 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) (12) font 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 (24). 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 objectif 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-oriental. 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. À cet effet, les pays du Moyen-Orient doivent faire face à des défis en matière d'intégration des minorités ethniques et des migrants dans leur système de santé. Pour l'illustrer, notons que près de 80 % des réfugiés syriens se trouvent en Égypte, Irak, Jordanie, au Liban et en Turquie (25). 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 (26).

Le protocole de cette SR est le PCC (Population, Concept, Contexte) fondé sur la méthodologie du Joanna Briggs Institute (JBI) (27). Le cadre théorique est inspiré par celui d'Arksey et O'Malley (28).

Élaborer 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 fondant 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 leur 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* » et/ou « *discrimination or prejudice or stereotype or bias or stigma* ».

Les résultats prévus ou *outcomes* visaient la réduction de la discrimination et des 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 de 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 : À 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 prises en considération 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 dans d'autres langues que le français et l'anglais, 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 (21), 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 trois bases de données est de 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 » 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.

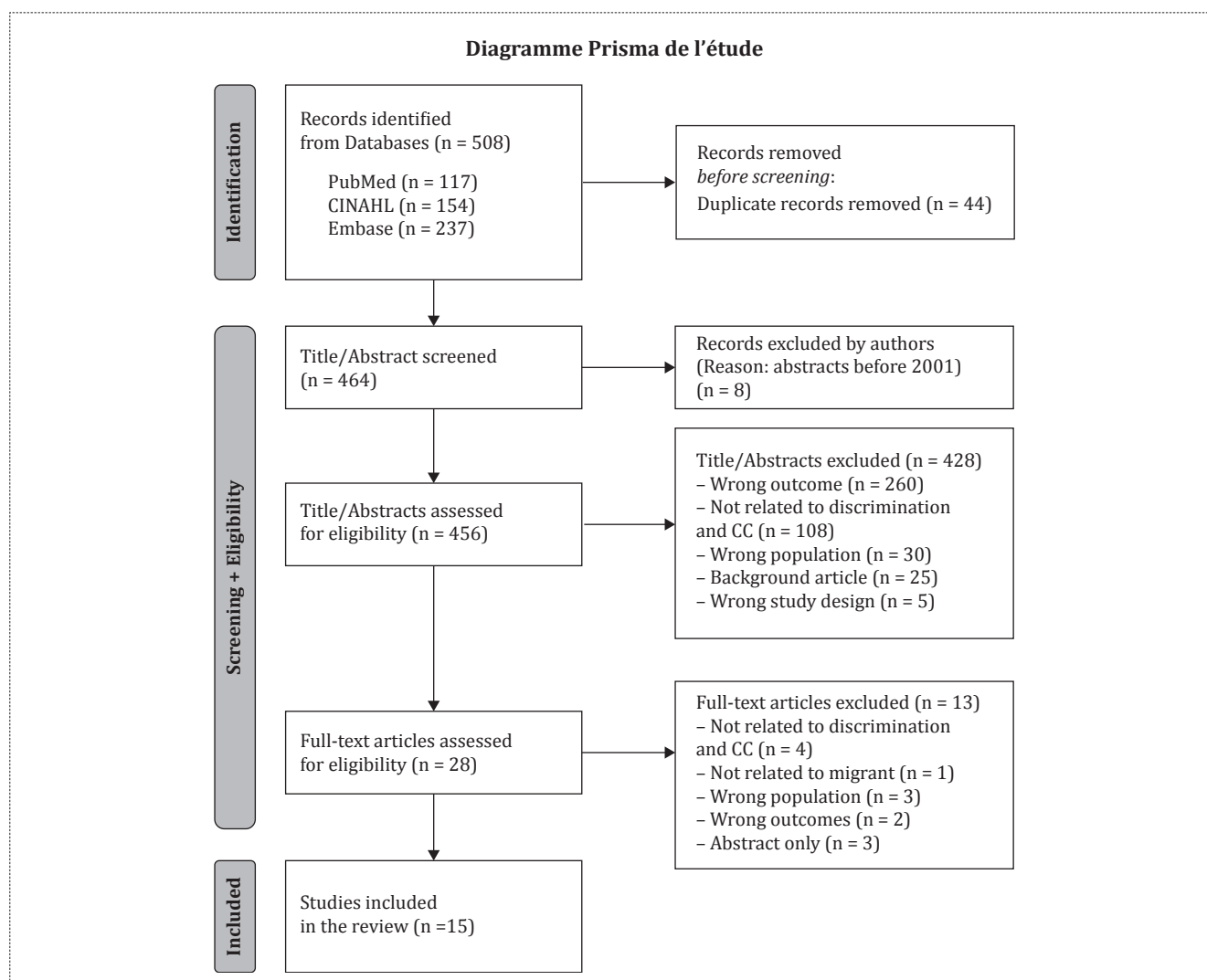


Figure 1 : Diagramme PRISMA (29)

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 par le biais de Rayyan pour l'évaluation des références importées des diverses bases de données, en activant 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*), fondée sur la lecture des résumés, a été réalisée par deux examinateurs parmi les chercheurs. Tous les conflits qui ont émergé durant cette étape entre les deux examinateurs ont été discutés 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 de 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 n° 1. Ces termes sont utilisés dans notre étude et reflètent les différents vocables employés dans la littérature.

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, quels que soient la qualité ou le type d'étude. Comme Arksey et O'Malley (2005) (28) 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 délivrés

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)

aux migrants ; 2) la manifestation des biais dans les soins de santé interculturels fournis par les PS ; 3) les 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 matière 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 lesquelles n = 11 centrées sur les PS et n = 4 centrées 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 délivrés 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) (30). 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 (3).

Dans ce contexte, les auteurs ont noté des difficultés de communication entre les soignants et les soignés (5, 31-33), des barrières linguistiques (4, 30, 32, 34-36), des barrières financières (30, 32) et des barrières culturelles (30, 32, 35, 37-38). Les disparités dans les soins de santé apparaissent comme un facteur commun dans la plupart des études incluses (4, 6, 30, 32-33, 35-36, 39-41). 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 (30, 42). Une maîtrise insuffisante de la langue est un des principaux obstacles (30, 42-43). Ceci est expliqué par le fait que les migrants choisissent des médecins ou des PS qui communiquent dans leur langue ou qui leur sont ethniquement et/ou linguistiquement appariés (30, 33-44). 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 (11, 45-47). De telles situations pourraient augmenter le sentiment d'insécurité chez les patients lors de la recherche de soins, provoquant ainsi leur isolement social (30, 43).

D'autre part, Inhorn (2011) (48) a 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 États-Unis depuis le 11 septembre 2001. Il a également souligné que les préoccupations religieuses des musulmans orientent la pratique médicale et influent sur 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 DelVecchio Good et Hannah (2014) (35), 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. 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 (6, 32, 35, 39-40). L'élément historique (colonisation) contribue également à la présence des disparités dans les soins de santé interculturels (40). Mladovsky *et al.* (2012) (32) 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. À 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 (4, 11, 46, 49).

En outre, certaines recherches indiquent que certains acteurs de santé traitant les migrants ont tendance à avoir des préjugés contre ces derniers (50) ou à manifester des micro-agressions qui manifestent des préjugés raciaux (51). 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 (51).

Les PS peuvent également manifester de la xénophobie et de la discrimination à l'égard des migrants lors de la prestation des soins (4, 30, 40, 52) et traiter les patients différemment en fonction de leur race/ethnicité (4), tout en générant des préjugés raciaux envers eux, ce qui entraîne une prestation de services de soins de moindre qualité (4, 35, 47). La discrimination provoque chez les migrants un sentiment d'infériorité émanant des droits restreints dont ils bénéficient (30).

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 (6, 39). Par conséquent, une forme de racisme institutionnel entraînant un préjudice involontaire constitue le fondement d'une forme indirecte de discrimination institutionnelle (6) 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 (39). 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 (6). Ce racisme interpersonnel englobe les agressions racistes verbales et physiques ainsi que le traitement injuste dans les services de santé offerts aux migrants (39, 53).

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 (3, 54-55). 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 (4, 6, 32, 39). 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 (4, 6, 30, 33, 36-37, 50-51). 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 (30, 50). Ceci nécessiterait des changements réfléchis, intégrés et appropriés sur les plans organisationnel (32) et individuel (50), 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 (30). À 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 (4). 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, d'améliorer la santé du patient et d'éclairer les acteurs sur les politiques et stratégies de santé à adopter (30).

Certains auteurs utilisant le terme « sécurité culturelle », dont la définition rejoint celle des CC (voir tableau n° 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 (37, 39-41). Par ailleurs, Mancuso (2011) (5) 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) (36) insiste sur le fait que les infirmiers relient consciemment les CC à la justice sociale. Elle 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 décrit par Campinha-Bacote (2009) (36) démontre une corrélation directe entre l'inégalité perçue dans les services de santé offerts aux migrants et les effets négatifs 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 d'acquérir la capacité et la disponibilité nécessaires pour œuvrer d'une manière efficace au sein du contexte culturel du patient (individuel, familial, communautaire) (36). 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 en face à face, une communication en pleine conscience et donc une meilleure compréhension de la littératie en santé afin de promouvoir l'égalité des soins de santé offerts aux migrants (36).

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 (35). Certaines études (6, 51) affirment que, 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 (2014) (6) 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 (51). 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 (51).

Néanmoins, plusieurs obstacles demeurent quant à la formation des PS aux CC dans le cadre des soins thérapeutiques interculturels, parmi lesquels nous citerons l'interruption des programmes de formation en raison de coupes budgétaires et/ou le remplacement de la personne responsable de ces formations (34), la présence de stratégies d'enseignement stéréotypées (4, 6, 32) et les micro-agressions qui en découlent sous la forme de messages hostiles ou négatifs envers des personnes cibles dus à leur appartenance à un groupe social structurellement opprimé (51). En effet, ces micro-agressions constituent une forme de discrimination interpersonnelle (30, 51) 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 (6).

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 futurs soignants (51).

La récapitulation des résultats obtenus est illustrée dans les figures 2 et 3 qui suivent.

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

Première de ce genre, cette SR a pour objectif de constater l'utilisation des CC pour répondre aux problèmes

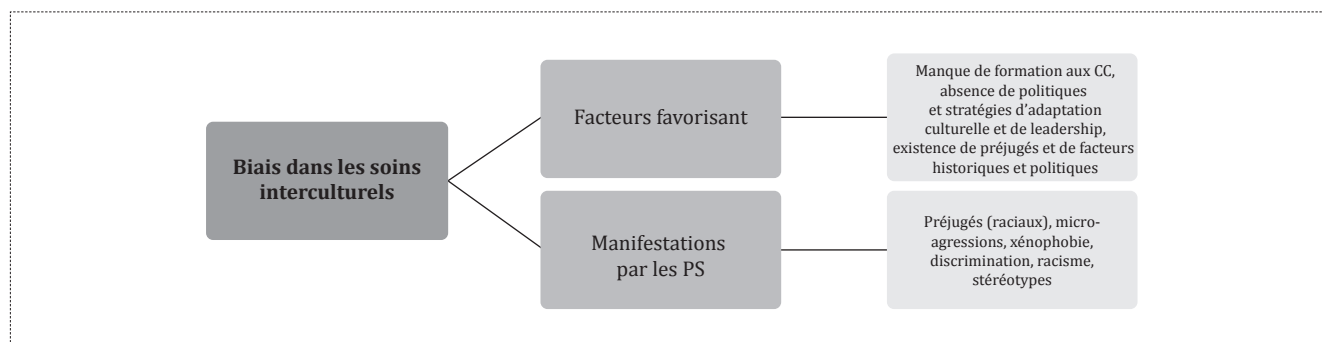


Figure 2 : Manifestations des biais dans les soins interculturels

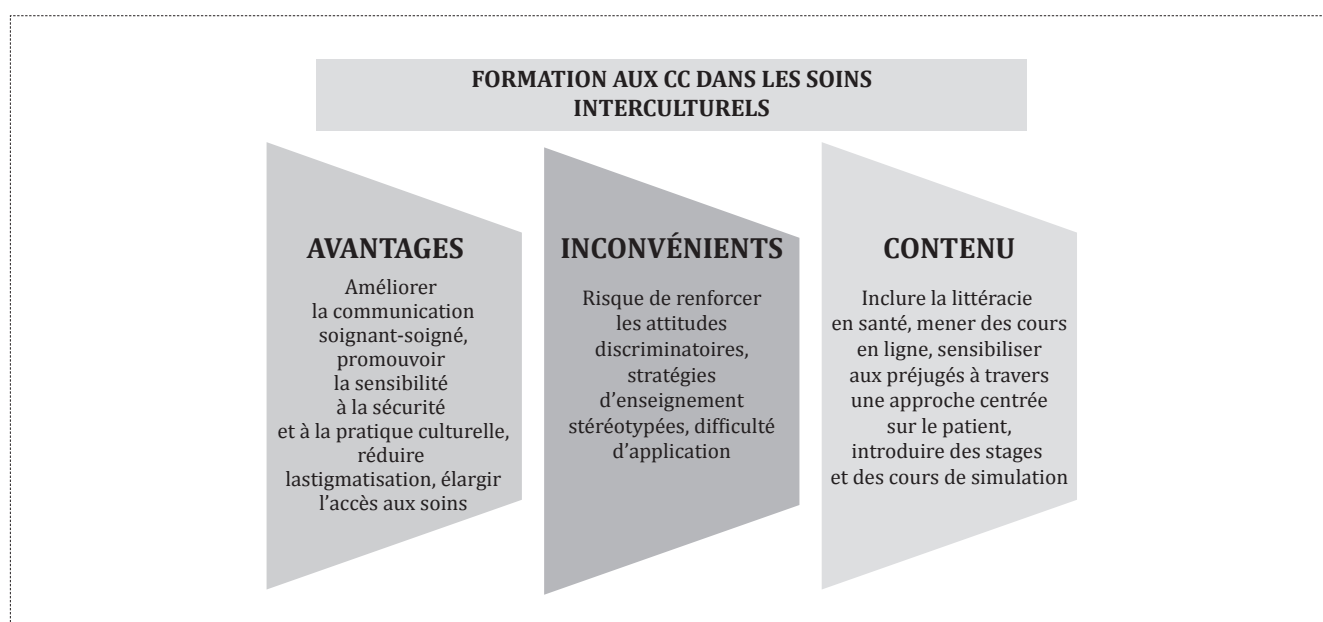


Figure 3 : Formation aux CC dans les soins interculturels

de biais et de discrimination dans la relation thérapeutique interculturelle et de comprendre l'effet des CC dans la réduction des biais et de 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 soient 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 multifactoriels et souvent difficiles à démêler (30). 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 (4, 30-33, 35-36), la faible littératie en santé (5, 30, 32, 50), les barrières culturelles

et/ou financières (4, 30, 32, 35, 37-38, 50, 56). Ajoutons à ceux-là le manque de formation aux CC chez les prestataires des soins de santé (4, 6, 30, 33-34, 36, 37, 51), une adaptation culturelle insuffisante (4-6, 32, 35-39), l'absence de stratégies et de politiques institutionnelles (4-6, 30, 32, 35, 39-40), ainsi que des facteurs historiques (40) et politiques (32).

McFarland (2019) (57) 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 formation 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 sont centrés sur l'amélioration de la sensibilisation et la réactivité des PS aux différentes normes culturelles (11, 58).

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 (59).

La prestation de soins culturellement adéquats a été associée à des résultats positifs chez les patients, particulièrement à une meilleure communication (4, 51, 60), à une plus grande satisfaction (61, 62), à un meilleur état de santé (40, 49), à une réduction des disparités et une amélioration de l'équité en santé (59, 63). 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 (64-65).

Les CC aux trois niveaux macro, méso et micro

Il convient de signaler que les CC agissent sur trois niveaux : sociétal (macro), organisationnel (méso) 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) (6).

Au niveau micro (individuel), les résultats de cette SR montrent que les CC aident à réduire les biais dans les relations thérapeutiques interculturelles 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 par de 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. À cet effet, des améliorations structurelles, à un double niveau macro (sociétal) et méso (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 (30). De même, le recours organisationnel à des interprètes compétents et qualifiés ou à des courtiers/médiateurs culturels a été également évoqué 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 (5, 32, 50, 66, 67).

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 délivrés aux migrants et réfugiés (40, 48).

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

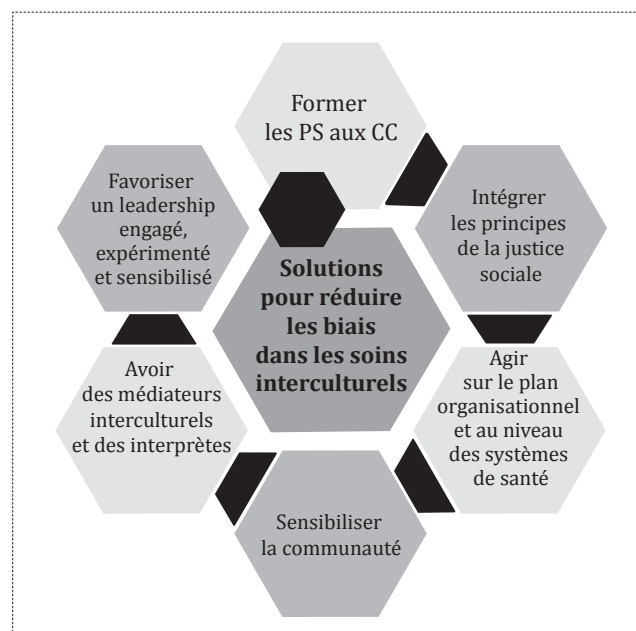


Figure 4 : Autres solutions pour la réduction des biais de soins interculturels en santé

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. À 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 (68). Par ailleurs, sa situation géographique entre l'Asie, l'Afrique et l'Europe est un immense carrefour où des conflits et des tensions peuvent s'enflammer brusquement (69). 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 déplacés en 2021, dont 15 800 nécessitant une protection internationale (70).

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 l'application et/ou l'implémentation actuelles 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 États-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 et de langues parlés 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 (71).

Dans le contexte du Moyen-Orient, où les CC n'ont pas été suffisamment prises en compte, conduire des recherches et des études supplémentaires pourrait 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 de 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 organisations et les prestataires 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. WHO. Refugee and Migrant Health [En ligne]. 2022 [cité le 3 mars 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/health-topics/refugee-and-migrant-health#tab=tab_1
2. UNHCR. Compact for Migration, Definitions [En ligne]. [Cité le 3 mars 2023] Disponible sur: <https://www.unhcr.org/fr/questions-frequeemment-posees.html?query=refugies%20definition#Questcequunr%C3%A9fugi%C3%A9>
3. 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.
4. 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.

5. Mancuso L. Overcoming Health Literacy Barriers: A Model For Action. *Journal of Cultural Diversity*. 2011;18(2):60-7.
6. Boyle PJ. An Assessment of Cultural Competence of Community Public Health Nursing in Liffeside Health Service Area, Dublin. London, United Kingdom: Middlesex University; 2014.
7. Fassin D. L'intervention française de la discrimination. *Revue française de science politique*. 2002;52(4):403-23.
8. Schim SM, Doorenbos A, Benkert R, Miller J. Culturally Congruent Care: Putting the Puzzle Together. *Journal of Transcultural Nursing*. 2007;18(2):103-10.
9. Dreher M, MacNaughton N. Cultural Competence in Nursing: Foundation or Fallacy? *Nurs Outlook*. 2002;50(5):181-6.
10. Census.gov. Why We Ask Questions About... Hispanic or Latino Origin [En ligne]. [Cité le 3 mars 2023] Disponible sur: <https://www.census.gov/acs/www/about/why-we-ask-each-question/ethnicity/>
11. Betancourt JR, Green AR. Commentary: Linking Cultural Competence Training to Improved Health Outcomes: Perspectives From the Field. *Acad Med*. 2010;85(4):583-5.
12. 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.
13. Fassin D. Migrants en situation de vulnérabilité et santé. *Santé publique, La santé en action*. Mars 2021;455.
14. 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).
15. Cohen-Emerique M. Pour une approche interculturelle en travail social. *Théories et pratiques*. Rennes, France: Presses de l'EHESP; 2015. 480 p.
16. Bodenmann P, Madrid C, Vannotti M, Rossi I, Ruiz J. Migrations sans frontières mais... barrières des représentations. *Rev Med Suisse*. 2007;135(3):2710-7.
17. 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.
18. Guillaumin C. L'idéologie raciste. *Genèse et langage actuel*. Nice, France: Institut d'études et de recherches interethniques et interculturelles; 1972. p. 3-247.
19. Byrne A, Tanesini A. Instilling New Habits: Addressing Implicit Bias in Healthcare Professionals. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2015;20(5):1255-62.
20. 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.
21. Office of Minority Health. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care - Final Report [En ligne]. US Department of Health and Human Services; 2001. 132 p. Disponible sur: <https://www.searac.org/wp-content/uploads/2018/04/National-Standards-Report.pdf>
22. Mutha S, Allen C, Welch M. Toward Culturally Competent Care: A Toolbox for Teaching Communication Strategies. California, San Francisco: Center for the Health Professions, University of California; 2002. 100 p.
23. Winkelman MJ. Culture and Health: Applying Medical Anthropology. Hoboken, United States: John Wiley and Sons; 2009. 512 p.
24. Université de Montréal. Réaliser un examen de la portée [En ligne]. [Cité le 26 juin 2024] Disponible sur: <https://bib.umontreal.ca/evaluer-analyser-rediger/syntheses-connaissances/examen-portee>
25. UNHCR The UN Refugee Agency. Lebanon [En ligne]. [Cité en janv 2023.] Disponible sur: <https://www.unhcr.org/lebanon.html>
26. 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.
27. Manual TJBIR. Methodology for JBI Scoping Reviews. 2015.
28. Arksey H, O'Malley L. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19-32.
29. 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.
30. Schmidt NC, Fargnoli V, Epiney M, Irion O. Barriers to Reproductive Health Care for Migrant Women in Geneva: A Qualitative Study. *Reproductive Health*. 2018;15(1):43.
31. 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.
32. Mladovsky P, Ingleby D, McKee M, Rechel B. Good Practices in Migrant Health: The European Experience. *Clinical Medicine (London)*. 2012;12(3):248-52.
33. 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.
34. 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.
35. DelVecchio Good MJ, Hannah SD. "Shattering Culture": Perspectives on Cultural Competence and Evidence-Based Practice in Mental Health Services. *Transcult Psychiatry*. 2014;52(2):198-221.
36. Campinha-Bacote J. A Culturally Competent Model of Care for African Americans. *Urol Nurs*. 2009;29(1):49-54.
37. Mortensen A. Cultural Safety: Does the Theory Work in Practice for Culturally and Linguistically Diverse Groups? *Nursing Praxis in New Zealand*. 2010;26(3):6-16.
38. Bourdin MJ, Bennegadi R, Paris C. Cultural Competence in the Healthcare Relationship with Migrant Patients. *Soins*. 2010; 55(747):24-5.
39. Oda K, Rameka M. Students' Corner: Using Te Tiriti O Waitangi to Identify and Address Racism, and Achieve Cultural Safety in Nursing. *Contemporary Nurse*. 2012;43(1):107-12.
40. Theunissen KE. The Nurse's Role in Improving Health Disparities Experienced by the Indigenous Māori of New Zealand. *Contemporary Nurse*. 2011;39(2):281-6.
41. 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.
42. 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.
43. 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.
44. 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.
45. 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.
46. 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.
47. Institute of Medicine Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care, Smedley BD, Stith AY, Nelson AR (ed.). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington (DC), United States: National Academies Press (US); 2003. 782 p.
48. Inhorn MC. Diasporic Dreaming: Return Reproductive Tourism to the Middle East. *Reproductive BioMedicine Online*. 2011;23(5):582-91.
49. 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.
50. 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.
51. Carter BM, Phillips BC. Revolutionizing the Nursing Curriculum. *Creative Nursing*. 2021;27(1):25-30.
52. Crush J, Ramachandran S. Xenophobia, International Migration and Development. *J Human Dev Capabilities*. 2010;11(2):209-28.
53. Jones CP. Levels of Racism: A Theoretic Framework and a Gardener's Tale. *Am J Public Health*. 2000;90(8):1212-5.
54. 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.
55. 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.
56. 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.
57. 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.
58. 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.
59. 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.
60. Kelly F, Papadopoulos I. Enhancing the Cultural Competence of Healthcare Professionals Through an Online Course. *Diversity in Health and Care*. 2009;6:77-84.
61. 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.
62. Shepherd SM. Cultural Awareness Workshops: Limitations and Practical Consequences. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):14.
63. 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.
64. Alpers LM. Distrust and Patients in Intercultural Healthcare: A Qualitative Interview Study. *Nurs Ethics*. 2018;25(3):313-23.
65. 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.
66. 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.
67. 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.
68. Tellenne C. Le Moyen-Orient est l'otage des grandes puissances. In: *Idées reçues sur la géopolitique et la géoéconomie*. Paris, France: Le Cavalier bleu; 2023. p. 187-99.
69. Wyrzten J. *Worldmaking in the long Great War*. New York Chichester, West Sussex: Columbia University Press; 2022.
70. UNHCR. Middle East and North Africa 2021 [En ligne]. 2022 [cité le 3 mars 2023]. Disponible sur: <https://reporting.unhcr.org/globalreport2021/middle-east-and-north-africa#:~:text=and%20North%20Africa-,GLOBAL%20REPORT%202021,15.8%20million%20a%20year%20earlier>
71. Lambert J. Le singulier système des monothéismes. *Topique*. 2006;96(3):11-22.