

Université de Montréal

L'expérience des personnes migrantes vivant avec le diabète de type 2 dans les pays à revenu élevé, en utilisant une perspective du transnationalisme

*Par*

Laetitia Olone Konzabi

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès Science (M.Sc.)  
en sciences infirmières, option expertise clinique

Décembre 2022

© Laetitia Olone Konzabi, 2022

Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières

---

*Ce mémoire intitulé*

**L'expérience des personnes migrantes vivant avec le diabète de type 2 dans les pays à  
revenu élevé, en utilisant une perspective du transnationalisme**

*Présenté par*

**Laetitia Olone Konzabi**

*A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes*

**Marie-Josée Levert Nom**  
Présidente-rapporteuse

**Lisa Merry**  
Directrice de recherche

**Chantal Caux**  
Membre du jury

## Résumé

La croissance de la migration dans le monde, intensifiée par des crises politiques et économiques, ainsi que par des catastrophes naturelles dans plusieurs pays, amène des défis dans la prestation des soins de santé dans les pays à revenu élevé, qui doivent s'assurer d'offrir des soins de santé adéquats aux populations migrantes. Il est reconnu que des personnes migrantes présentent un taux élevé de diabète de type 2 (DT2) par rapport aux personnes natives des pays d'accueil, notamment à cause des facteurs génétiques et des facteurs liés à la migration. De plus, il a été prouvé que les personnes migrantes conservent des liens transnationaux avec leurs proches et leurs pays d'origine. Ces liens peuvent constituer des leviers ou s'ériger en obstacle pour la gestion et la prise en charge du DT2 dans le pays d'accueil.

Nous avons mené une métasynthèse qualitative dans le but de déterminer comment le transnationalisme se manifeste et influence l'expérience de santé des personnes migrantes vivant avec le DT2 dans les pays à revenu élevé.

Un total de 21 études qualitatives pertinentes menées dans des pays à revenu élevé, dont la Norvège (n=1), la Suède (n=1), l'Australie (n=6), le Canada (n=2), le Pays-Bas (n=1), les États-Unis (n=7), le Royaume-Uni (n=2) et la Belgique (n=1), a été repéré dans cinq différentes bases de données. Le transnationalisme a servi de cadre de référence ayant guidé l'analyse des données de l'étude. Plusieurs liens transnationaux (sociaux, culturels, linguistiques, religieux, affectifs, économiques, recherche des soins de santé, etc.) ont été identifiés et l'analyse thématique a permis de formuler des thèmes et des sous-thèmes. Il en est ressorti que les personnes migrantes maintiennent des liens avec leurs cultures, ainsi qu'avec leurs proches (familles, amis) et membres de leur communauté culturelle. Ces liens peuvent exercer une influence importante sur leur vie et sur leur expérience de vivre avec le DT2. En effet, le diagnostic de la maladie (DT2), les changements à apporter aux habitudes de vie (alimentation saine, pratique d'activité physique), la prise des médicaments, ainsi que la gestion quotidienne du DT2 sont influencés par les liens transnationaux. En conclusion, les liens transnationaux ont un impact positif et négatif sur la gestion et la prise en charge du DT2 dans les pays à revenu élevé.

Des recommandations pour la pratique, la formation et la recherche ont été émises.

**Mots-clés** : migrant, diabète de type 2, transnationalisme, pays à revenu élevé, pays développé

## **Abstract**

The growth of migration around the world, intensified by political and economic crises and natural disasters in many countries, is creating challenges in the delivery of health care in high-income countries, which must ensure that adequate health care is provided to migrant populations. It is recognized that migrant individuals have a higher rate of type 2 diabetes (T2DM) than native-born individuals in host countries, due in part to genetic and migration-related factors. In addition, it has been shown that migrants maintain transnational ties to their relatives and countries of origin. These links can be levers or barriers for the management and care of T2DM in the host country.

We conducted a qualitative metasynthesis to determine how transnationalism manifests itself and influences the health experience of migrants living with T2D in high-income countries.

A total of 21 relevant qualitative studies conducted in high-income countries, including Norway (n=1), Sweden (n=1), Australia (n=6), Canada (n=2), the Netherlands (n=1), the United States (n=7), the United Kingdom (n=2), and Belgium (n=1), were identified in five different databases. Transnationalism was used as a framework to guide the analysis of the study data. Several transnational ties (social, cultural, linguistic, religious, emotional, economic, health care seeking, etc.) were identified and thematic analysis was used to formulate themes and sub-themes. It was found that migrants maintain ties with their cultures, as well as with their relatives (family, friends) and members of their cultural community. These ties can have an important influence on their lives and on their experience of living with T2DM. Indeed, the diagnosis of the disease (T2DM), the changes to be made to lifestyle habits (healthy eating, physical activity), the taking of medication, as well as the daily management of T2DM are influenced by transnational ties. In conclusion, transnational ties have a positive and negative impact on the management and care of T2DM in high-income countries.

Recommendations for practice, education, and research were made.

Keywords: migrant, type 2 diabetes, transnationalism, high-income country, developed country

## Table des matières

Résumé .....	5
Abstract .....	7
Liste des tableaux .....	13
Liste des figures .....	15
Liste des sigles et abréviations .....	17
Remerciements .....	19
Introduction .....	21
Chapitre 1 – Problématique.....	22
But de l'étude .....	28
Question de recherche .....	28
Chapitre 2 – Cadre de référence.....	31
Chapitre 3 – Méthodologie.....	37
Justification du choix de l'approche méthodologique.....	38
Définition et but de la métasynthèse qualitative .....	38
Étapes de la métasynthèse qualitative .....	39
1. Formulation d'une question de recherche et élaboration de la stratégie de recherche.....	39
2. Définition des critères d'inclusion et d'exclusion.....	41
3. Sélection des études. ....	43
Évaluation de la qualité. ....	44
4. Extraction, analyse et synthèse des données. ....	44
Rigueur.....	45
Chapitre 4 – Résultats .....	47
Description des études incluses.....	48
Aperçu général des résultats des études .....	51
Les caractéristiques des participants dans les études .....	52

Analyse sur le transnationalisme.....	57
Liens sociaux.....	63
Influences (positives et négatives) des proches (famille, amis) et membres de la communauté culturelle sur la prise en charge et la gestion du DT2. ....	63
Liens culturels. ....	66
Influence des croyances culturelles sur la prise en charge et la gestion du DT2. Tout d’abord, .....	67
Influence des pratiques culturelles sur l’adoption de saines habitudes de vie pour mieux gérer le DT2. ....	68
L’impact (positif et négatif) du rôle du genre au sein de la famille sur la gestion et la prise en charge du DT2. ....	70
Liens religieux. (n=9 ou ≈ 43 %) .....	71
Influence des liens religieux sur la prise en charge et la gestion du DT2. ....	71
Liens linguistiques. (n=9 ou ≈ 43 %) .....	74
Impact de la barrière linguistique sur la prise en charge du DT2. ....	74
Recherche des soins de santé. ....	75
Les facteurs motivant la recherche des soins de santé à l’étranger ou auprès des membres de la communauté.....	75
Expériences avant, pendant et après la migration. ....	76
Impact de la migration sur la santé ainsi que la prise en charge du DT2.....	76
L’impact de l’expérience pré et post-migration avec les services de santé sur la prise en charge du DT2. (n= 7).....	78
Lien affectif. (n=3 ou ≈ 14%).....	80
L’influence des liens affectifs sur la gestion du DT2.....	80
Chapitre 5 – Discussion .....	81
Liens sociaux et liens culturels.....	82
Liens religieux.....	86
Liens linguistiques.....	87
Recherche et utilisation des soins et services de santé.....	88
Migration transnationale .....	89

Perspective du transnationalisme versus autres cadres de références soit la compétence culturelle et la sécurisation culturelle .....	91
Retombées possibles de l'étude.....	94
Pour la pratique. ....	94
Pour la formation.....	95
Pour la recherche.....	95
Limites et forces de la recherche.....	96
Considérations éthiques.....	97
Conclusion.....	97
Annexes.....	110
Annexe A : Plan de concept et stratégies de recherche dans les bases de données Cinhal, Embase, Global Health, Medline et Pubmed .....	111
Annexe B Grille d'extraction des données de base des études .....	129
Annexe C Évaluation de la qualité des études .....	176
Annexe D Outil d'extraction des données sur le transnationalisme.....	199

## Liste des tableaux

Tableau 1. –	Tableau 1. Concepts avec mots clés .....	41
Tableau 2. –	Caractéristiques socio-démographiques des participants dans les études .....	53
Tableau 3. –	Les liens transnationaux ayant un impact sur l’expérience des migrants vivant avec le DT2	60
Tableau 4. –	Évaluation de la qualité des études avec l’outil Critical Appraisal Skills Programme CASP (2018)	176
Tableau 5. –	Outil d’extraction des données sur le transnationalisme .....	199

## Liste des figures

Figure 1. –	Diagramme de flux Prisma (2020) .....49
-------------	---

## **Liste des sigles et abréviations**

AIIC : Association des infirmières et infirmiers du Canada

CASP: Critical Appraisal Skills Program

DT2 : Diabète de type 2

FID : Fédération internationale du diabète

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OIM : Organisation internationale pour les migrants

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des Nations Unies

## Remerciements

Tout d'abord, je rends grâce à l'auteur de la vie pour son amour, sa grâce et sa force qu'il renouvelle en moi tous les jours.

J'aimerais remercier madame Lisa Merry, ma directrice de recherche pour tout l'accompagnement dont j'ai bénéficié durant ce programme de maîtrise. Je n'aurais pas pu finaliser ce mémoire sans ses explications, ses rétroactions, son écoute attentive, sa grande ouverture, ainsi que ses encouragements à chaque étape de la réalisation de ce travail.

Je profite aussi de l'occasion pour remercier madame Marie-Josée Levert qui a été la première professeure, à part ma directrice, avec qui j'ai discuté du projet de mémoire lors du premier séminaire de rédaction. Mes remerciements vont aussi à madame Chantal Cara pour ses conseils, son accompagnement et partage des ressources et outils durant les deux séminaires de rédaction du mémoire.

Je remercie également les membres du jury notamment madame Chantal Caux et madame Marie-Josée Levert, pour les commentaires qui m'ont permis d'améliorer la qualité de ce travail.

Je remercie sincèrement madame Asia Mourid, bibliothécaire à la bibliothèque paramédicale de la faculté des sciences infirmières pour sa patience, son approche pédagogique et ses rétroactions qui m'ont permis de trouver les articles scientifiques pertinents à ma recherche.

Merci à l'institut universitaire de recherche Sherpa pour la bourse d'études qui m'a été octroyée pour soutenir la réalisation de ce travail.

Merci à mon cher époux, Jiby, d'être toujours présent pour moi et de m'avoir soutenu dans cette nouvelle aventure. Merci à mes deux filles Jessy Joyce et Olivia Jayne pour la joie qu'elles me procurent tous les jours.

Merci à mes parents, particulièrement à ma mère qui m'a toujours soutenue et encouragée. Je remercie aussi mes sœurs et frères, ma grande sœur Fanny, mon amie May Lynn, d'être ces sources de motivation et de persévérance pour moi.

Je termine en remerciant toutes mes collègues de travail qui m'ont encouragé tout au long de ce parcours.

## **Introduction**

Le diabète de type 2 (DT2) est l'une de principales causes de mortalité dans le monde (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2020). Ainsi, sa prévention et sa prise en charge adéquate sont parmi les priorités de la santé publique au Canada, notamment pour les populations les plus vulnérables (Agence de la santé publique du Canada, 2019; Montesi et al., 2016). Plusieurs études (Abouzeid et al., 2013; Choi et al., 2018; Jager et al., 2020; Montesi et al., 2016) rapportent que la prévalence du DT2 est plus élevée au sein des populations migrantes par rapport aux populations d'accueil, dans les pays à revenu élevé.

Les liens transnationaux, faisant référence aux échanges sociaux, culturels, économiques, aux sentiments d'appartenance et à l'utilisation des soins de santé dans le pays d'origine (Safi, 2018; Schiller, 1995; Schiller et al., 1995; Vertovec, 2001; Vertovec, 2009), peuvent constituer des barrières ou des leviers dans la prise en charge des problèmes de santé des migrants (Merry et al, 2020; Roosen, 2021).

À ce jour, il y a peu ou pas d'études documentant le transnationalisme et l'expérience de vivre avec le DT2. Dans le cadre de ce travail de mémoire, une métasynthèse qualitative a été effectuée sur l'expérience des personnes migrantes vivant avec le DT2 dans les pays à revenu élevé, en utilisant une perspective du transnationalisme.

Tout d'abord, la problématique a été circonscrite afin de situer son importance, ce qui a conduit à la formulation du but et de la question de recherche. Ensuite, le transnationalisme, cadre de référence de l'étude, a été décrit, suivi de la méthode de recherche. Enfin, les résultats de l'étude ont été présentés suivis d'une discussion permettant de mettre en lumière la contribution de la recherche à l'avancement des connaissances et une conclusion a clos le travail.

## **Chapitre 1 – Problématique**

L'Organisation internationale pour les migrants [OIM] définit le « migrant international » comme : « Toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons [...] dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale » (OIM, 2019, p. 132). Un immigrant est une personne qui s'installe volontairement dans un pays autre que son pays de naissance (Statistiques Canada, 2017). En revanche, un réfugié est une personne qui se trouve hors de son pays d'origine et craignant avec raison d'être persécutée à cause de sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un groupe social ou ses opinions politiques, exigeant une protection internationale (Gouvernement du Canada, 2021; Organisation des Nations Unies [ONU], 2021). En outre, un demandeur d'asile est une personne qui demande la protection d'un pays autre que le sien à titre de réfugié, mais dont la demande n'a pas encore fait l'objet d'une décision (Croix-Rouge canadienne, 2021). L'immigration constitue une source de croissance démographique, économique et culturelle pour le Canada puisqu'elle pallie le faible taux de natalité de la population canadienne et fournit une main-d'œuvre travaillante pour une économie prospère (Gouvernement du Canada, 2020). Lors du dernier recensement canadien en 2021, il a été rapporté que plus d'un million de nouveaux immigrants (immigrants économiques, immigrants issus du regroupement familial et réfugiés) se sont établis au pays entre 2016 et 2021, représentant ainsi 3,7% d'immigrants récents parmi l'ensemble de la population canadienne en 2021 (Statistiques Canada, 2022). Il est à noter que les migrants représentent 23% de la population totale canadienne, car près d'une personne sur quatre résidant au Canada est née à l'étranger (Statistiques Canada, 2022). Aussi, l'immigration a contribué à près de 80% de la croissance démographique du Canada en 2021 (Statistique Canada, 2022). De plus, le Canada a joué un rôle important dans la protection internationale des réfugiés, en réinstallant sur son territoire près de 85 000 nouveaux réfugiés entre 2016 et 2021 (Statistiques Canada, 2022).

Cette croissance de la population migrante, exacerbée par des crises économiques, politiques (les guerres, le terrorisme) et d'autres calamités, dans plusieurs pays (Boggild et al., 2019; ONU, 2019), a un impact sur le système de santé canadien (Adhikari et Sanou, 2012). En effet, l'augmentation de la migration peut apporter des défis en matière de la planification, la prestation des services de santé et des programmes de prévention des maladies (Abouzeid et al., 2013; Adhikari et Sanou, 2012). Par conséquent, il est important d'accorder une attention particulière à la migration car elle peut amener des enjeux reliés au domaine de la santé (Montesi et al., 2016). Assurément, les pays

à revenu élevé, tel que le Canada, sont confrontés à des défis liés à la prestation de soins de santé accessibles, équitables, et culturellement compétents aux groupes ethniques minoritaires, qui sont de plus en plus nombreux (Adhikari et Sanou, 2012; Alzubaidi et al., 2015). En effet, des études (Abouzeid et al., 2013; Alzubaidi et al., 2015; Montesi et al., 2016) rapportent que certains migrants éprouvent diverses difficultés reliées à leur statut, telles que le manque d'accès aux services de santé et sociaux, l'isolement puisque certains migrants sont séparés de leur famille, l'insécurité alimentaire due au contexte socio-économique précaire, ainsi que le stress lié à la réinstallation dans le pays d'accueil. Ces situations de vulnérabilité les mettent à risque de développer des maladies ou de voir une détérioration des conditions de santé préexistantes (Montesi et al., 2016). Il apparaît donc nécessaire de s'assurer que les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies prennent en compte les contextes de vulnérabilité de cette population et soient culturellement appropriés (Abouzeid et al., 2013; Adhikari et Sanou, 2012).

Le DT2 est une maladie chronique qui se manifeste lorsqu'il y a incapacité du corps à produire l'insuline en quantité suffisante ou à l'utiliser de manière adéquate (Agence de santé publique du Canada, 2017). Le DT2 est le type de diabète le plus répandu, représentant environ 90% des cas dans le monde et sa prévalence s'accroît très rapidement. Cette maladie touche un adulte sur onze, soit 463 millions de personnes à travers le monde (Fédération internationale du diabète [FID], 2019). (Banerjee et Shah, 2018; Gouvernement du Canada, 2022).

Au Canada, en 2015, la prévalence du DT2 était estimée à 3,4 millions, soit 9,3 % de la population, et cette proportion pourrait s'élever à 12,1%, soit 5 millions de la population, d'ici 2025 (Diabète Canada, 2017). La FID (2019) ajoute : « Le diabète constitue l'une des urgences sanitaires mondiales du 21ème siècle qui connaît l'évolution la plus rapide, le nombre d'adultes atteints de diabète ayant plus que triplé au cours des 20 dernières années. » (Page 4).

Cependant, il existe une forte disparité au niveau de la prévalence du diabète, (Abouzeid et al., 2013; Adjei et al. 2020; Agyemang et van den Born, 2019; Banerjee et Shah; 2018). En effet, certains groupes ethniques tel que les africains, les asiatiques, les autochtones et les hispaniques seraient considérés à risque élevé de développer le DT2 et éprouveraient des difficultés dans son autogestion, ce qui peut les mettre à risque de présenter des résultats défavorables associés à la maladie (Adhikari et Sanou, 2012; Agence de la santé publique du Canada, 2012; Agence de la santé publique du Canada, 2019; Agyemang et van den Born, 2019; Alzubaidi et al., 2017; Banerjee

et Shah, 2018; Meeks et al., 2016). D'ailleurs, certains facteurs inhérents à la migration semblent favoriser le développement du DT2 auprès des populations migrantes. Cela peut expliquer le fait que la prévalence du DT2 soit plus élevée chez les migrants dans les pays à revenu élevé (Abouzeid et al., 2013; Banerjee et Shah, 2018; Choi et al., 2018; Guell, 2011; Jager et al., 2020; Maneze et al., 2018; Meeks et al., 2016; Montesi et al., 2016). C'est-à-dire certaines conditions de vie découlant de la migration favoriseraient chez certains migrants le développement des comportements néfastes pour la santé. Ces facteurs pourraient correspondre à des situations de vulnérabilité et de précarité, notamment la pauvreté, la séparation avec le conjoint ou la conjointe ainsi que la famille, le manque d'emploi, le stress socio-économique et les difficultés d'adaptation à leur nouvel environnement (Adjei et al., 2020). Aussi, certains migrants vivent des situations de discrimination et d'inégalités qui pourraient être associées à leur statut de migrant (réfugié, demandeur d'asile), leur pays de naissance, leur origine ethnique et le temps écoulé depuis l'installation dans le pays à revenu élevé (Abouzeid et al., 2013; Adjei et al. 2020; Battaglini et al., 2014; Desmeules, 2019; Jatrana et al. 2014; Kalich et al., 2016; Lu et Ng, 2019; Veenstra et al., 2020; Veenstra et Patterson, 2016; Wang et al., 2012). Cela pourrait amener des difficultés d'accès aux soins de santé de qualité et aux services sociaux (manque de connaissances sur les services disponibles, soins non-adaptés aux croyances culturelles, discrimination, barrières linguistiques, non-éligibilité à certains services/ressources), ainsi que représenter des risques pour leur santé, (Ahmed et al., 2016; Borkhoff et al., 2013; Luiking et al., 2019).

Quelques temps après leur installation dans des pays à revenu élevé, certains migrants peuvent expérimenter une détérioration de leur santé, entre autres, par ce qu'ils sont souvent exposés à un environnement obésogène (Abouzeid et al., 201; Gushulak et al., 2011). Cela peut comprendre par exemple la modification de leur régime alimentaire pour se conformer à la société d'accueil, la pratique d'un mode de vie plus sédentaire, le tabagisme, la consommation excessive des produits sucrés, salés et riches en gras. Assurément, ces comportements peuvent les mettre à risque de développer le DT2 (Abouzeid et al., 2013; Adjei et al., 2020; Banerjee et Shah, 2018; Jatrana et al., 2014; Lu et Ng, 2019). Il apparait donc important de comprendre ces facteurs afin d'adapter les interventions de promotion de la santé et de prévention des maladies, adressées à cette population.

Le transnationalisme, bien documenté dans la vie des migrants, est connu comme facteur affectant la santé et le bien-être de ces derniers. Le transnationalisme est défini comme les échanges sociaux (ex. : appels téléphoniques, textos, réseaux sociaux, visites), politiques (ex. : participation aux activités politiques de son pays d'origine), culturels (partage d'idées culturelles et des ressources), économiques (ex. : transferts d'argent), et l'utilisation des services et des soins de santé, ainsi que des sentiments d'identité et d'appartenance que les migrants entretiennent au-delà des frontières nationales (Safi, 2018; Schiller, 1995; Schiller et al., 1995; Vertovec, 2001; Vertovec, 2009; Villa-Torres et al., 2017). Les liens transnationaux sont fondés sur la perception que ces personnes partagent une certaine forme d'identité commune, généralement un même lieu d'origine et des traits culturels et linguistiques qui y sont associés (Vertovec, 2001). Cela est marqué par des méthodes de communication ou d'échange de ressources et d'informations, ainsi que par la participation à des activités socioculturelles et politiques reliées à leur lieu d'origine (Vertovec, 2001). Les liens transnationaux peuvent influencer de manière significative l'expérience de santé des migrants ainsi que leur bien-être, positivement comme négativement (Afulani, 2016; Gonzalez-Vazquez et al., 2016; Ibe-Lamberts et al., 2016; Kim et al., 2021; Merry et al., 2020; Roosen et al., 2021; Sanon et al., 2016). En effet, certains migrants créent une identité ethnique suffisamment flexible afin de naviguer dans plusieurs systèmes de santé et ressources culturelles différentes (Villa-Torres et al., 2017). Cette identité flexible semble leur permettre de bénéficier des ressources disponibles, localement, et transnationales (Gonzalez-Vazquez et al., 2013). Par exemple, les migrants peuvent demander des informations et des références sur la santé aux proches et professionnels de la santé de leur pays d'origine, utiliser le télédiagnostic, recevoir les médicaments envoyés par les proches qui sont dans le pays d'origine, consulter des guérisseurs traditionnels et utiliser des services de santé formels et informels, lorsqu'ils se rendent dans leur pays d'origine (Villa-Torres et al., 2017). La revue systématique des écrits menée par Agu et al. (2019) a aussi rapporté que les populations migrantes issues des minorités ethniques seraient de fervents utilisateurs de la médecine traditionnelle, complémentaire et alternative, qu'ils considèrent comme naturelle et sûre et les proches et familles à l'étranger seraient les principales sources de références à l'utilisation de cette médecine alternative (Agu et al., 2019). En outre, certains migrants doivent subvenir financièrement aux besoins des membres de leur famille restés au pays d'origine, entraînant un stress considérable, pouvant nuire aux efforts d'autogestion de la maladie (Villa-Torres et al., 2017). Aussi, les

croyances culturelles et religieuses, souvent maintenues par des liens avec les membres de la famille dans les pays d'origine, sont également considérées comme des éléments importants pouvant influencer la santé des migrants (Maneze et al., 2018; Nazroo et al., 2009). En effet, la compréhension culturelle de la religion aurait un impact significatif sur la prise en charge de la maladie de certains migrants (Gomersall et al., 2011). Par ailleurs, malgré certaines lacunes existantes dans les soins de santé offerts aux migrants, il semble que les professionnels de la santé reconnaissent généralement les liens transnationaux en matière de « manières d'appartenance transnationales » incluant l'identité culturelle, religieuse et linguistique. Cependant, ces professionnels semblent ne pas prendre en compte les liens transnationaux en matière de « manières d'être transnationales » qui comprennent les liens émotionnels et les contacts sociaux (échanges des conseils), économiques (soutien financier) ainsi que la recherche et l'utilisation des soins et services de santé à l'étranger, que les migrants entretiennent avec leurs proches et leurs pays d'origine (Merry et al., 2020). De façon globale, il y a un manque d'études sur le transnationalisme et l'expérience de santé des personnes migrantes, y compris dans les contextes de soins. Précisément, aucune étude portant sur le transnationalisme et l'expérience de vivre avec le DT2 n'a été identifiée.

Le DT2 peut induire de graves complications pouvant mener jusqu'au décès prématuré. Cependant, des interventions précoces auprès des personnes atteintes peuvent arriver à contrôler et ainsi, éviter ou diminuer les risques de complications associées au DT2 (Agence de la santé publique du Canada, 2017). Il apparaît donc essentiel d'assurer une prise en charge adéquate des personnes diabétiques. Cette prise en charge requiert l'implication active de la personne atteinte dans l'apprentissage et le développement des compétences reliées à l'autogestion du DT2 (Diabète Canada, 2013). Les infirmières travaillant dans la communauté, soit dans les services de première ligne ou de proximité, sont souvent les professionnelles qui transmettent les informations et les techniques de soin pour une prise en charge adéquate du diabète (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2012; 2021). En effet, elles procèdent à l'évaluation des usagers, ainsi qu'à l'enseignement des notions générales sur le DT2 et sur les traitements non pharmacologiques (ex. : gestion du poids, diète santé, pratique de l'activité physique) et pharmacologiques (ex. : médication, insuline) (Gaudreault, 2013; AIIC, 2021). La situation particulière des personnes migrantes peut nécessiter une connaissance approfondie de leur expérience de vie et de la maladie, ainsi que du contexte socioculturel et transnational dans

lequel ils vivent, afin d'adapter les enseignements et les soins à leur réalité et par conséquent, de permettre une bonne gestion de la maladie (Abouzeid et al., 2013; Choi et al., 2018). En identifiant certaines croyances modifiables, les infirmières pourront davantage développer et mettre en place des interventions culturellement appropriées afin de favoriser un accès optimal aux soins et aux services de santé de qualité (Alzubaidi et al., 2015). Certainement, utiliser une approche intégrant les croyances, la culture et les proches de près comme de loin dans les soins du DT2 pourrait répondre aux besoins des migrants et mieux les accompagner dans leur expérience avec le DT2 (Choi et al., 2018). Aussi, la prise en compte d'autres facteurs transnationaux (ex. : la recherche et l'utilisation des soins à l'étranger) pourrait également favoriser l'administration des soins de meilleure qualité aux migrants (Choi et al., 2018).

Les infirmières en soins de première ligne ou de proximité sont parmi les acteurs importants dans la promotion de la santé et la prévention des maladies, et peuvent contribuer à réduire les inégalités en matière de santé, particulièrement auprès de la population migrante (Benhaberou-Brun, 2020).

En somme, le transnationalisme apparaît comme une composante essentielle à la vie et à la santé des personnes migrantes. Bien que les écrits indiquent le DT2 comme étant une des maladies chroniques les plus répandues, et ce, chez les migrants, il n'existe, à notre connaissance actuelle, aucune étude (qualitative ou quantitative) menée à la fois sur le transnationalisme (l'influence/l'impact des liens transnationaux) et l'expérience des personnes migrantes vivant avec le DT2 dans les pays à revenu élevé. Ceci justifie l'intérêt de mener une métasynthèse qualitative (Tricco et al., 2016) sur le sujet.

### **But de l'étude**

Déterminer à travers une métasynthèse qualitative, comment le transnationalisme se manifeste et influence l'expérience de santé des personnes migrantes vivant avec le DT2 dans les pays à revenu élevé.

### **Question de recherche**

La recherche tentera de répondre à la question suivante: comment se manifeste le transnationalisme (les liens sociaux, culturels, linguistiques, religieux, économiques, politiques, identitaires, affectifs) dans les expériences de santé des personnes migrantes vivant avec le DT2

dans les pays à revenu élevé (ex. : types et nature des liens transnationaux, les impacts sur les croyances et les comportements en matière de la santé, les interactions avec les soignants, les choix de traitements et la gestion de la maladie, le *coping*, etc.

## **Chapitre 2 – Cadre de référence**

Pour mieux comprendre les expériences des personnes migrantes vivant avec le DT2 dans les pays à revenu élevé, le transnationalisme a été utilisé comme cadre de référence.

Historiquement, le transnationalisme a été conceptualisé par Schiller, Basch et Blanc-Szanton en 1992 afin de mieux comprendre les expériences des personnes migrantes dans les pays d'accueil (Roosen et al., 2021; Schiller et al., 1992). Par ailleurs, mentionnons qu'il est considéré comme un concept, mais aussi comme cadre théorique (Schiller et al., 1992).

Le transnationalisme a d'abord fait son apparition dans les disciplines d'économie, des sciences politiques et de la sociologie avant d'être appliqué à l'étude des migrants et dans les disciplines des sciences de la santé, incluant les sciences infirmières (Gonzalez-Vazquez et al., 2016; Rosemberg et al., 2016). Le transnationalisme appliqué à la migration se définit comme le processus à travers lequel les migrants bâtissent des liens entre leur pays d'origine et celui d'accueil (Gonzalez-Vasquez et al., 2016; Schiller et al., 1992). En effet, il semble que les migrants créent et conservent divers types de liens (culturel, social, économique, politique, religieux, culturel, linguistique, et affectif) au-delà des frontières et ces liens les connectent à la fois au pays d'origine et à celui d'accueil (Schiller et al., 1992; Vertovec, 2001).

Il existe deux types de transnationalisme, soit le transnationalisme « d'en haut » ou *from above* et le transnationalisme « d'en bas » ou *from below*. Le premier (transnationalisme d'en haut) s'opère principalement dans les secteurs des entreprises et entre les gouvernements des pays (Tedeschi et al., 2020). Alors que le deuxième (transnationalisme d'en bas) représente le niveau « micro » du transnationalisme et réfère aux activités et aux pratiques transnationales formelles et informelles ainsi qu'au degré d'intensité des échanges transnationaux entre individus (migrants) (Tedeschi et al., 2020). Dans le cadre de ce travail, nous allons nous concentrer sur la définition du transnationalisme « d'en bas » ou *from below* pour déterminer les liens transnationaux ayant un impact sur l'expérience des migrants vivant avec le DT2 dans les pays à revenu élevé.

Le transnationalisme permettrait de mettre en lumière le fonctionnement ainsi que la conservation des liens sociaux, politiques et économiques des migrants internationaux au-delà des frontières nationales (Vertovec, 2009). Ajoutons que le transnationalisme met en exergue les différents liens qui associent les personnes ou les institutions au-delà des frontières (Villa-Torres et al., 2017). Il montre comment les migrants internationaux (ex. : immigrants économiques, réfugiés, etc.) utilisent différents moyens pour préserver des liens avec leur pays d'origine ou

d'autres pays importants pour eux, cela après s'être établis dans un nouveau pays (Vertovec, 2001).

D'une part, il semble que les liens transnationaux considérés comme « manière d'être » sont caractérisés par la circulation d'informations et de ressources matérielles et financières, de même que par l'implication et la participation des migrants aux activités à caractère civique et politique de leur pays d'origine (Vertovec, 2001; Peggy et Jaworsky, 2007). En plus de ce qui vient d'être mentionné, les liens transnationaux impliqueraient chez des migrants, la conservation des liens affectifs avec leurs proches (famille, amis) et membres de la communauté culturelle ainsi que la recherche et l'utilisation des soins et services de santé dans le pays d'origine (Peggy et Jaworsky, 2007; Vertovec, 2001). Les échanges économiques, par exemple, passent souvent par des transferts des fonds effectués par des migrants à leurs proches restés dans les pays d'origine (Vertovec, 2001). En effet, lorsqu'ils arrivent dans le pays d'accueil, les migrants maintiennent généralement des habitudes, des connaissances et des comportements issus de leur pays d'origine (Levitt et Lamba-Nieves, 2010; Schiller et al., 1992). Cela influence leur « manière d'être » dans les pays d'accueil et détermine également l'intensité des relations maintenues avec leur pays d'origine (Levitt et Lamba-Nieves, 2010).

Il est à noter que les liens transnationaux sont facilités ou améliorés grâce aux avancées technologiques ciblant les moyens de communication (téléphones, ordinateurs, internet, télévision) et de transport, qui permettent aux migrants de préserver les échanges avec leur pays d'origine (Glick Schiller et al., 1992; Levitt et Lamba-Nieves, 2010; Vertovec, 2001). Ces liens entraînent généralement des impacts économiques, socioculturels et politiques significatifs sur les migrants, leurs familles et leurs communautés (Levitt et Jaworsky, 2007; Vertovec, 2001). Quant aux liens économiques, l'impact se manifeste à travers des transferts de fonds massifs envoyés par les migrants à leurs familles et communautés restées dans les pays d'origine (Levitt et Lamba-Nieves, 2010; Vertovec, 2001). Outre les transferts de fonds économiques, Levitt et Lamba-Nieves (2010) mentionnent que les migrants bénéficient et envoient des prestations (transferts) sociales et culturelles, et ce, de manière continue et répétitive. La plupart des migrants conservent des liens et échanges notamment en matière de mariage, de religion, de consommation médiatique et de certains produits ou marchandises essentiels ainsi que l'utilisation des services ou produits de santé (Gonzalez-Vazquez et al., 2016; Vertovec, 2001). En ce qui concerne les

liens politiques transnationaux, ils peuvent se manifester lors des questions entourant la citoyenneté et la politique autant dans le pays d'accueil que dans leur pays d'origine, notamment la participation aux élections et l'adhésion à des associations ou à des partis politiques (Levitt et Jaworsky, 2007; Vertovec, 2001).

Les liens transnationaux font partie intégrante de la vie des migrants, influencent leur expérience de la migration et créent un nouvel espace social leur permettant de s'unir, peu importe l'endroit où ils vivent (Levitt et Jaworsky, 2007). Cela nourrit chez eux la perception de partager une identité commune basée sur le lieu d'origine, la culture ainsi que la langue (Vertovec, 2001).

D'autre part, le transnationalisme possède une composante subjective autrement appelée « manière d'appartenir » représentée par l'identité, la conscience, les émotions et le sentiment d'appartenance à son pays d'origine (Levitt et Jaworsky, 2007; Vertovec, 2001). Les identités et les pratiques des migrants sont généralement dotées de signification culturelle et sociale puisqu'elles sont inhérentes à la culture (Levitt et Lamba-Nieves, 2010). Le transnationalisme établit que les migrants vivent à la fois dans deux ou plusieurs mondes sociaux d'où ils développent des expériences diverses formant des répertoires culturels qui à leur tour influencent la formation de l'identité (Tedeschi et al., 2020; Vertovec, 2001). En effet, l'identité du migrant est façonnée par l'expérience vécue dans chaque pays tant d'origine que d'accueil (Vertovec, 2001). De plus, les identités transnationales peuvent constituer la principale motivation de l'engagement politique envers le pays d'accueil ou le pays d'origine (Vertovec, 2001). Les expériences des migrants dans les pays d'accueil sont grandement influencées par les liens qu'ils maintiennent avec leurs proches, ainsi que par leur engagement et leur attachement à leur pays d'origine (Levitt et Jaworsky, 2007).

En somme, il appert que des pratiques et activités transnationales économiques, socioculturelles, religieuses et politiques influencent le sentiment d'appartenance des personnes migrantes à des lieux, affectent leur citoyenneté, modulent leur vision, leur aspiration et les décisions qu'ils prennent tous les jours et par conséquent, influencent leur identité (Tedeschi et al., 2020). Cependant, ces échanges, ces activités et sentiments affectifs transnationaux peuvent varier d'une personne migrante à une autre selon le type de relation, l'intensité des échanges et le temps (la durée) dans les pays d'accueil (Levitt et Jaworsky, 2007; Tedeschi et al., 2020; Vertovec, 2001). Le cadre théorique du transnationalisme, appliqué à cette étude, a permis de

mieux comprendre comment les expériences de vie et le contexte transnationaux, y compris les liens préservés avec les proches, la culture ainsi que la participation aux activités reliées à leur pays d'origine, peuvent influencer l'expérience avec le DT2, la prise en charge de la maladie et les interactions avec les professionnels de la santé, chez les personnes migrantes. À cet effet, au moment de l'analyse des études qui ont été retenues, le cadre de référence du transnationalisme a été considéré à la fois en matière de pratiques transnationales et d'identité transnationale.

## **Chapitre 3 – Méthodologie**

## **Justification du choix de l'approche méthodologique**

La recherche des écrits a révélé qu'il n'y avait pas d'études portant directement sur le transnationalisme et l'expérience des personnes migrantes atteintes de DT2 et vivant dans les pays à revenu élevé. Ainsi, nous avons opté pour une méthode d'analyse secondaire d'études primaires pour répondre à la question de recherche. En effet, le but de notre étude étant de déterminer comment le transnationalisme se manifeste et influence l'expérience des personnes migrantes vivant avec le DT2 dans les pays à revenu élevé, une méthode d'analyse secondaire des études qualitatives s'est avérée appropriée. L'approche qualitative est souvent utilisée lorsque l'on cherche à explorer ou à comprendre un phénomène donné (Beaucher et Jutras, 2007). Dans les études qualitatives, un intérêt particulier est accordé à l'expérience de la maladie, au récit du patient, aux déterminants sociaux de la santé, aux pratiques éducatives en santé, à la professionnalisation des acteurs des soins et aux transformations des systèmes de santé (Balard et al., 2016). Étant donné notre intérêt pour les études ressortant les expériences, qui d'ailleurs sont majoritairement exprimées dans les études qualitatives (Balard et al., 2016), nous avons opté pour une métasynthèse qualitative.

## **Définition et but de la métasynthèse qualitative**

Une métasynthèse qualitative est une méthode intégrative et interprétative amenant à l'émergence des thèmes (Tricco et al., 2016). Cette méthode permet de rassembler et de décomposer les découvertes, les examiner, découvrir les caractéristiques marquantes et, en quelque sorte, combiner les phénomènes en un tout transformé (Finfgeld, 2003). Elle utilise un processus de déduction logique afin de combiner des données provenant de plusieurs études qualitatives dans le but de former un tout cohérent (Tricco et al., 2016). Plus précisément, la métasynthèse qualitative met en évidence des nouvelles interprétations des études primaires qualitatives sur un phénomène donné (Beaucher et Jutras, 2007).

Le but d'une métasynthèse est avant tout interprétatif. C'est-à-dire, elle n'est pas une simple agglomération pour réaliser une unité ni un résumé qui décrit le plus petit dénominateur commun (Thorne et al., 2004). De surcroît, la métasynthèse ne vise pas à produire une simplification excessive. Il s'agit plutôt de conserver les différences et d'éclairer la complexité (Thorne et al., 2004). Aussi, elle vise à produire une interprétation exacte d'un phénomène, à comparer et à contraster diverses études dans le but d'arriver à un consensus sur une

compréhension nouvelle et unique d'un phénomène (Tricco et al., 2016). Une métasynthèse requiert un examen rigoureux et une interprétation des résultats d'études qualitatives permettant de produire une interprétation nouvelle et intégrative des résultats (Finfgeld, 2003). De plus, cette méthodologie permet de clarifier les concepts qui aboutiront en un raffinement des connaissances existantes, des théories et des modèles opérationnels émergents. Ce qui favorisera l'amélioration des résultats cliniques, de la recherche et des politiques de santé (Finfgeld, 2003).

Il existe différentes approches pour mener une métasynthèse qualitative (Gewurtz et al., 2008). Cependant, la majorité implique les mêmes étapes: formuler une question de recherche pertinente au sujet et élaborer la stratégie de recherche, définir des critères d'inclusion et d'exclusion, sélectionner les études, compléter une évaluation de la qualité des études extraites et analyser et synthétiser les résultats de toutes les études afin de proposer de nouvelles interprétations (Finfgeld, 2003; Beaucher et Jutras, 2007; Gewurtz et al., 2008; Lachal et., 2017).

### **Étapes de la métasynthèse qualitative**

Pour réaliser cette métasynthèse, les étapes de réalisation proposées par Finfgeld (2003) et Lachal et al. (2017) ont été suivies.

**1. Formulation d'une question de recherche et élaboration de la stratégie de recherche.** Dès le départ, nous avons formulé la question à laquelle la recherche tentera de répondre puisque Finfgeld (2003) mentionne que lors de la réflexion sur la formulation de la question de recherche, les chercheurs doivent épurer leurs sujets tout en projetant de quelle manière les résultats pourraient répondre à des questions cliniques existantes, construire une théorie et même éclairer les politiques publiques. Rappelons que la question de recherche de cette étude est formulée de la manière suivante: comment se manifeste le transnationalisme (les liens sociaux, culturels, linguistiques, religieux, économiques, politiques, identitaires, affectifs) dans les expériences de santé des personnes migrantes vivant avec le DT2 dans les pays à revenu élevé (ex. : types et nature des liens transnationaux, les impacts sur les croyances et les comportements en matière de la santé, les interactions avec les soignants, les choix de traitements et la gestion de la maladie, le coping, etc.)?

Ensuite, conformément à Finfgeld (2003), qui stipule que le chercheur doit consulter plusieurs bases des données afin de trouver des articles pertinents à l'étude, la stratégie de recherche a été élaborée. Une bibliothécaire a été consultée afin de guider l'étudiante chercheuse

dans sa stratégie de recherche documentaire, tel que les auteurs (Finfgeld, 2003; Lachal et al., 2017) le suggèrent. En effet, avec l'aide de cette dernière, nous avons identifié les concepts clés à l'étude qui ont aidé à trouver des articles pertinents dans les bases de données. D'ailleurs, ces concepts ont été sélectionnés avec l'aide de la même bibliothécaire et de la directrice de recherche. Les concepts clés identifiés sont « migrants », « diabète » et « pays à revenu élevé ». Ces termes ont été traduits en anglais et leurs synonymes ont été déterminés (voir tableau 1) grâce aux dictionnaires et encyclopédies trouvés sur la page des bibliothèques de la santé de l'Université de Montréal (ex. : *hetop*, *linguee*) ainsi qu'à l'application *google traduction*. Les différents synonymes des mots clés ont été combinés avec des opérateurs logiques ou booléens « OR » et « AND » pour formuler les équations de recherche avec descripteurs (voir annexe A). Les équations de recherche avec mots clés ont été formulées en utilisant les opérateurs logiques et de proximité (guillemets, troncature et masques). Toutes les équations ont été adaptées à chaque base de données utilisée pour la recherche. Ensuite, la stratégie de recherche pour chaque base de données a été présentée à la bibliothécaire, que nous avons consultée à différentes reprises. Après plusieurs essais dans des bases de données dans le but d'affiner les stratégies de recherche, ces dernières ont été validées par la bibliothécaire (voir le plan de concept comprenant les historiques de recherche dans les bases de données à l'annexe A).

Les recherches ont été effectuées dans les bases des données suivantes : Cinahl, Embase, Global health, Medline et Web of science. La recherche des descripteurs et des mots clés a été limitée dans plusieurs champs, notamment les sujets, les titres, les résumés et les mots clés des articles.

Dans un premier temps, des limites de temps (articles publiés entre 2011 et 2021) et de langue (français et anglais) ont été déterminées.

Tableau 1. – Concepts avec mots clés

Concepts	Migrants	Diabète	Pays à revenu élevé
	<a href="#">Migrants</a> <a href="#">Immigrants</a> <a href="#">Refugees</a> <a href="#">Emigrants</a> <a href="#">Newcomer</a> <a href="#">Asylum seekers</a> <a href="#">Transients</a> <a href="#">Undocumented workers</a> <a href="#">Undocumented alien</a> <a href="#">illegal alien</a> <a href="#">Undocumented immigrants</a> <a href="#">Undocumented migrants</a> <a href="#">Illegal migrants</a> <a href="#">Illegal immigrants</a> <a href="#">Immigration</a> <a href="#">emigration</a>	<a href="#">Diabetes</a> <a href="#">Diabetes mellitus</a> <a href="#">Diabetes type 2</a> <a href="#">Diabetes mellitus</a> <a href="#">Diabetes mellitus type 2</a> <a href="#">Prediabetic state</a> <a href="#">Glucose intolerance</a> <a href="#">Diabetes insulin-resistant</a> <a href="#">Non-insulindependent diabetes</a>	<a href="#">High-income countries</a> <a href="#">Western countries</a> <a href="#">Western world</a> <a href="#">the Occident</a> <a href="#">Developed countries</a> <a href="#">industrialized countries</a> <a href="#">Austria</a> <a href="#">Liechtenstein</a> <a href="#">Luxembourg</a> <a href="#">Spain</a> <a href="#">Greece</a> <a href="#">Ireland</a> <a href="#">Switzerland</a> <a href="#">Iceland</a> <a href="#">Germany</a> <a href="#">Sweden</a> <a href="#">Australia</a> <a href="#">Netherlands</a> <a href="#">Denmark</a> <a href="#">Norway</a> <a href="#">Finland</a> <a href="#">Italy</a> <a href="#">Monaco</a> <a href="#">Portugal</a> <a href="#">France</a> <a href="#">Belgium</a> <a href="#">New Zealand</a> <a href="#">United states</a> <a href="#">United Kingdom</a> <a href="#">Canada</a>

**2. Définition des critères d’inclusion et d’exclusion.** Les auteurs (Finfgeld, 2003; Sandelowski et Barroso, 2007) mentionnent que pour faire avancer les connaissances liées aux soins de santé, les chercheurs doivent identifier les études pertinentes liées à leurs domaines d’intérêt de recherche. À cet effet, les critères d’inclusion et d’exclusion doivent être suffisamment spécifiques afin de s’assurer d’avoir le contrôle sur le projet et d’être en mesure de bien comparer et de mettre en contraste de façon claire les résultats des études qualitatives (Gewurtz et al., 2008). Pour ce faire, nous avons déterminé les critères de sélection des études utilisées pour la métasynthèse (Finfgeld, 2003; Gewurtz et al., 2008). En effet, tel que l’explique Fingeld (2003), cela permet aux cliniciens, aux chercheurs, aux décideurs et aux intervenants impliqués dans la vie et dans les soins des personnes migrantes de prendre une décision éclairée sur l’utilisation des résultats de la métasynthèse.

Nous avons appliqué les critères d’inclusion suivants :

- La langue française ou anglaise simplement, puisqu'elles sont les seules langues que nous comprenons. De plus, plusieurs publications sont rédigées dans ces deux langues (Lachal et al., 2017)
- La date de publication entre 2011 et 2021, afin de s'assurer d'avoir les informations pertinentes et en vigueur, car les données sur la migration et les expériences des migrants peuvent évoluer rapidement. Mentionnons qu'une attention particulière a été accordée aux dates durant lesquelles les collectes de données ont été effectuées (entre 2011 et 2021), ceci également dans le but de s'assurer que les données utilisées pour la métasynthèse ne soient pas très anciennes. Dans un souci de faisabilité du travail, nous avons par la suite ajusté les dates de publication entre 2016 et 2021.
- Les études qualitatives publiées dans des revues révisées par les pairs;
- Les études effectuées dans les pays à revenu élevé accueillant beaucoup des migrants selon *World population review* (2021) et selon la liste des pays à revenu élevé de l'*Organisation for Economic Co-operation and development* (OECD, 2019). Par exemple le Canada, les États-Unis, l'Australie, et des pays européens comme la France, la Belgique, l'Allemagne, etc.
- Les études menées sur les expériences des migrants (immigrants économiques, réfugiés, demandeurs d'asile) adultes, atteints du DT2. Cependant, nous avons porté une attention sur les statuts des migrants lors de l'analyse des résultats afin de ressortir les différences. Les études effectuées auprès des enfants ont été exclues par ce que les expériences de santé des enfants sont fortement influencées par les parents. En outre, nous avons considéré autant les études dans lesquelles les migrants expriment leurs expériences de vivre avec le DT2 que celles qui présentent l'expérience des migrants selon le point de vue d'autres personnes impliquées dans leurs vies et dans leurs soins (ex. : la famille, les amis, les professionnels de la santé). Nous avons également considéré les études dans lesquelles les migrants sont en prédiabète, car la majorité des personnes (plus de la moitié) prédiabétiques deviennent diabétiques si des mesures ne sont pas prises rapidement (Agence de la santé publique du Canada, 2014).

Les critères d'exclusion comprennent :

- Les études portant sur des migrants, dont les résultats, incluent aussi des personnes non migrantes, par exemple, les enfants des migrants (deuxième génération de migrants) sans les présenter séparément.
- Les études portant sur des migrants atteints de différentes maladies chroniques dans lesquelles les résultats pour les migrants avec le DT2 ne sont pas présentés séparément d'autres maladies.

**3. Sélection des études.** La recherche dans les bases de données a permis de repérer plusieurs articles. Ces articles ont été téléchargés et transférés vers le logiciel Endnote où tous les doublons ont été supprimés. Ce logiciel a servi également à gérer les articles afin de faciliter la sélection. Ensuite, un premier tri a été fait en examinant les titres et les résumés des articles. Cet exercice a permis d'éliminer des articles non pertinents à notre étude pour ne retenir que les articles potentiellement pertinents.

Considérant le nombre important d'études à examiner en intégralité, nous avons ajouté une limite supplémentaire de temps, soit les articles publiés entre 2016 et 2021. Cela nous a permis de réduire l'échantillon d'articles à lire au complet. Ces derniers ont été examinés dans leur intégralité, en se basant sur les critères d'inclusion et d'exclusion déterminés et ceux qui ne respectaient pas ces critères ont été retirés de la sélection (Achterbergh et al., 2020). Un pourcentage (10 %) des articles sélectionnés a été validé par la directrice de recherche. De plus, nous avons eu des discussions régulières afin d'échanger sur le processus de sélection et d'apporter des clarifications au besoin.

À la suite de la lecture complète des articles, nous avons retenu un échantillon final d'articles sélectionnés pour la méta-synthèse. Une première extraction des données de base (titre, but de l'étude, méthode, etc.) a été faite et consignée dans un document Excel (voir annexe B) qui a été partagé par la directrice de recherche et que nous avons adapté à notre étude dans le but de faciliter le travail.

Pour illustrer le processus de sélection d'articles en toute clarté, un schéma PRISMA (voir figure 1) a été créé (Lachal et al., 2017). En effet, le nombre d'articles trouvés ainsi que le nombre d'articles restants à la fin du processus de sélection est documenté en mentionnant les étapes de

sélection et les raisons pour lesquelles certains articles ont été exclus. Cela dans le but d'établir la pertinence de la méthode et la fiabilité des résultats (Page et al., 2021).

**Évaluation de la qualité.** Lachal et al. (2017) mentionnent qu'il n'y a pas de consensus quant à l'évaluation de la qualité des recherches qualitatives, même qu'il n'y en a pas sur les critères à appliquer ni sur comment les appliquer. Cependant, plusieurs chercheurs préfèrent évaluer les études pour des métasynthèses et certains même soutiennent que l'évaluation constitue une étape importante pour mener une bonne métasynthèse (Lachal et al., 2017). Nous avons donc décidé d'évaluer la qualité des études retenues, car cela renforce la crédibilité et la validité du processus de synthèse des données (Gewurtz et al., 2008). Par ailleurs, mentionnons qu'il est recommandé de vérifier les résultats des études et de choisir les études utilisant des méthodes qualitatives connues et validées, surtout des études dont les résultats sont soutenus par des données telles que les *verbatim* des participants Finfgeld (2003). Malgré cela, nous n'avons pas exclu les études sur la base de cette évaluation, mais nous l'avons plutôt considéré au moment de la synthèse des résultats (Achterbergh et al., 2020), à l'instar de la suggestion faite par Gewurtz et al. (2008) de balancer le désir d'accroître la crédibilité de l'étude avec le risque encouru d'exclure des études pertinentes. Conséquemment, pour effectuer l'évaluation des études, nous avons utilisé un outil d'évaluation de la qualité des études qualitatives, le *critical appraisal skills program* (CASP, 2018). Cet outil (Voir annexe C) regroupe dix questions réparties en trois différentes sections comprenant la validité (clarté des objectifs de la recherche, pertinence de la méthodologie qualitative, du plan de recherche, de la stratégie de recrutement et de la collecte des données, prise en compte appropriée de la réflexivité du chercheur), résultats (considérations éthiques, pertinence de l'analyse des données, clarté des conclusions énoncées) et utilité ou retombées de l'étude (valeur de la recherche, contribution pour la pratique ou la recherche).

**4. Extraction, analyse et synthèse des données.** Comme mentionné plus haut dans le texte, la totalité d'articles sélectionnés a été lue et des données ont été extraites et consignées dans un fichier *Excel* (voir la grille d'extraction des données des études à l'annexe B) dans le but de comprendre le contexte de chaque étude (Lachal et al., 2017). En suivant l'exemple de Lachal et al. (2017), les informations consignées comprennent entre autres:

- L'identification de l'étude (auteurs, année de publication, titre);
- Le but de l'étude;
- La méthode utilisée;

- Les éléments de la méthodologie : pays où l'étude a été réalisée, les participants, le type d'échantillonnage, la stratégie de collecte et d'analyse des données
- Les caractéristiques de la population à l'étude : statut de migration (réfugié, immigrant économique, etc.), pays d'origine, sexe, âge, groupe ethnique, durée dans le pays d'accueil;
- Les caractéristiques d'autres populations à l'étude (ex. membres de la famille, professionnels de la santé)

Ces données ont été compilées et une synthèse a été élaborée dans un tableau *Word* présenté dans la section des résultats (tableau 2).

Ensuite s'en sont suivis l'extraction et l'analyse des données en utilisant le cadre de référence du transnationalisme. Pour ce faire, nous avons utilisé un outil développé selon le transnationalisme (voir l'outil d'extraction et d'analyse des données sur le transnationalisme à l'annexe D). Cet outil a permis d'extraire les informations relatives au transnationalisme dans chaque étude. Après cela, nous avons procédé à une analyse thématique en regroupant les données semblables pour former un thème. En effet, pour chaque étude incluse, nous avons lu attentivement, ligne par ligne, dans les sections de résumé, des résultats et de la discussion. Cela nous a permis d'identifier et d'importer dans l'outil d'extraction et d'analyse des données sur le transnationalisme, toute phrase faisant référence implicitement ou explicitement aux liens transnationaux, qu'il s'agisse d'une citation (*verbatim*) ou d'une interprétation des auteurs de l'étude (Achterbergh et al., 2020). Mentionnons que les *verbatim* ont été traduits en français afin de faciliter la lecture et la compréhension du texte de ce travail. Ces données ont été catégorisées selon le lien transnational dont il était question dans le passage de l'article.

Nous avons par la suite utilisé un code de couleur propre à chaque lien transnational dans le tableau. Après cela, nous avons regroupé les codes selon les différentes catégories.

Enfin, nous avons réduit et réorganisé les catégories pour former des thèmes. Cette analyse thématique nous a permis de répondre à la question de recherche en vue de l'émergence des nouveaux résultats qui seront représentatifs de l'ensemble des résultats des études analysées (Beucher et Jutras, 2007).

**Rigueur.** Pour renforcer l'intégrité des résultats et réduire la subjectivité, la directrice de recherche a appuyé tout le processus de la recherche (le développement du protocole de recherche, la sélection des articles, l'extraction des données, l'analyse des données, et la

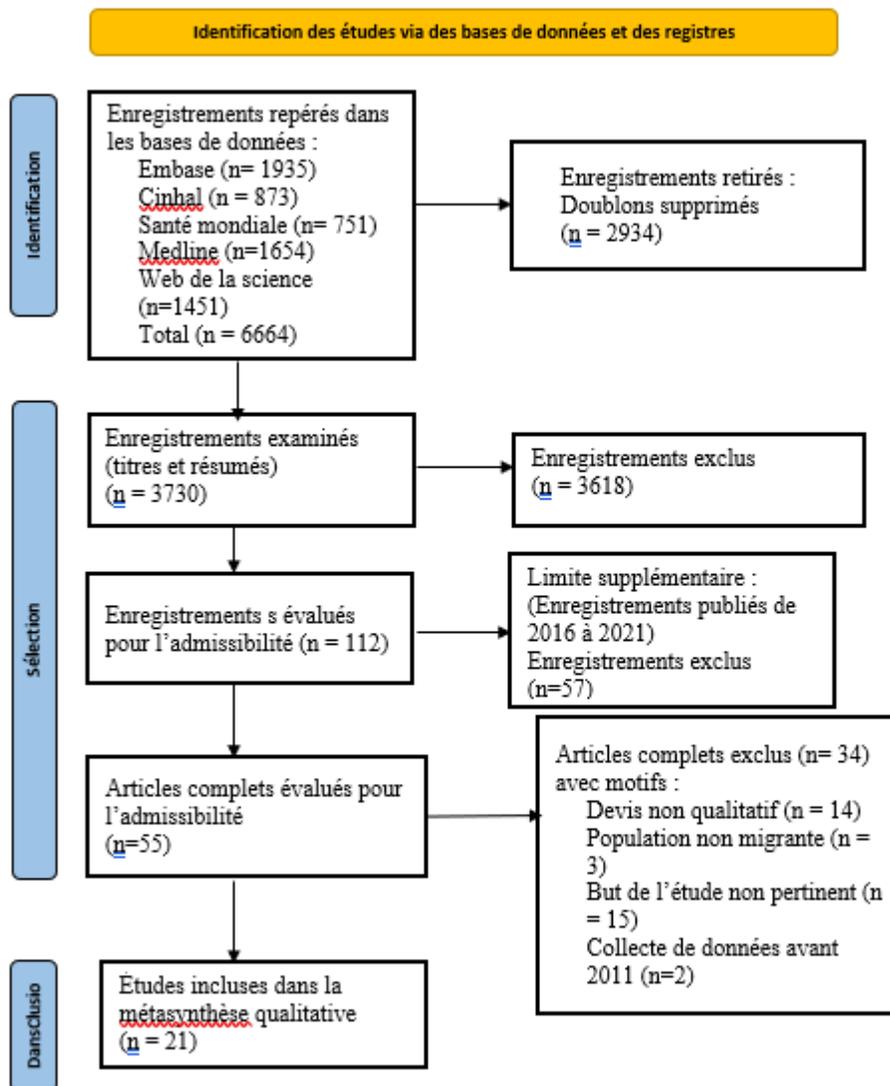
rédaction des résultats). De plus, nous avons veillé à effectuer un échantillonnage et une analyse approfondis et impartiaux des données (Finfgeld, 2003). Les articles ont été lus en intégralité et cela a permis d'assurer une sélection méthodique des articles. Aussi, tout le processus de sélection incluant les raisons d'exclusions des études a été bien documenté. La conception et l'utilisation d'un outil basé sur le cadre du transnationalisme ont permis que les données soient extraites et analysées d'une façon systématique. Pour s'assurer d'une meilleure compréhension au moment de l'analyse des études sélectionnées, chaque article a été relu à plusieurs reprises. Les analyses ont été effectuées de manière itérative au cours de l'extraction des données. De même, les thèmes ont été identifiés et raffinés progressivement. Les résultats ont aussi été soutenus par des citations (*verbatim*) provenant des données brutes. De plus, les données contextuelles (ex. l'âge, le statut d'immigration, l'ethnie, le pays de naissance) des participants des études primaires ont été rapportées dans un tableau. Cela représente une forme particulière d'informations pouvant aider à expliquer les variations entre les données extraites des études qualitatives et faciliter la transférabilité des résultats (Finfgeld, 2003).

## **Chapitre 4 – Résultats**

## **Description des études incluses**

La recherche a permis de repérer un total de 6664 études dans cinq différentes bases de données, soient, Embase (n= 1935), Cinahl (n=873), Global health (n=751), Medline (n= 1654) et Web of Science (n=1451). Le nombre d'études a été réduit à 3730 après la suppression des doublons (n=2934). Par la suite, un premier tri en examinant les titres et les résumés d'études a permis d'exclure 3618 études non pertinentes au sujet de la recherche. À cette étape, les études potentiellement pertinentes (n=112) ont été retenues. Après l'ajustement de la limite de temps (les études publiées entre 2016 et 2021), afin de réduire davantage le nombre d'études à examiner en entiereté (question de faisabilité) et dans le souci de n'utiliser que les plus récentes, l'échantillon d'études à lire au complet a été réduit à 55. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués au moment de la lecture complète de ces études. Par la suite, celles qui ne répondaient pas aux critères (n=34) ont été exclues pour les raisons suivantes : devis non qualitatif (quantitatif, mixte, revue des écrits, n= 14); population non migrante (n=3); études ne parlant pas de l'expérience des migrants vivant avec le DT2 (n= 15); études dont les collectes de données ont été effectuées avant 2011 (n=2). L'échantillon final (voir diagramme de flux Prisma) retenu pour réaliser cette métasynthèse qualitative est constitué de 21 études qualitatives effectuées dans les pays à revenu élevé, dont la Norvège (n=1), la Suède (n=1), l'Australie (n=6), le Canada (n=2), le Pays-Bas (n=1), les États-Unis (n=7), le Royaume-Uni (n=2) et la Belgique (n=1).

Figure 1. – Diagramme de flux Prisma (2020)



Toutes les études (n=21) ont été publiées dans des revues révisées par des pairs. De plus, toutes ces études étaient rédigées en anglais. Les caractéristiques de chaque étude sont rapportées dans l’outil d’extraction des données de base des études (voir annexe B) ainsi que dans le tableau d’évaluation de la qualité des études qualitatives avec l’outil CASP (annexe C). Toutes les études ont énoncé clairement leurs buts. Tout d’abord, la majorité (n=18 ou ≈86 %) visait à explorer l’expérience des personnes migrantes en lien avec la gestion du DT2. Cela inclut entre autres les connaissances, les perceptions sur le DT2 et sa gestion; les facteurs influençant l’adhésion au traitement; les facilitateurs et obstacles (ex. : isolement, soutien social) à la gestion optimale du

DT2; l'influence des croyances ethnoculturelles et religieuses; l'utilisation des services de santé, etc. Par ailleurs, une étude (Allen et al., 2020) s'est penchée sur les facteurs influençant la participation des migrants au dépistage oculaire de la rétinopathie diabétique, qui est une complication du DT2. Une autre étude (Mitchell-Brown et al., 2017) visait à identifier les obstacles et les facilitateurs de l'expérience relative à l'éducation (enseignement) reçue sur le DT2 auprès des professionnels de la santé, alors qu'une autre (Wallace et al., 2021) a décrit et contextualisé la variété des facteurs de stress chez des migrants diagnostiqués avec un prédiabète.

La majorité d'études (n=13 ou ≈62%) a utilisé une méthodologie qualitative descriptive.

Quoiqu'une grande partie parmi elles (n=10 ou ≈47,6%) n'ait pas mentionné clairement le type de méthodologie qualitative utilisée. Cependant, en considérant le but poursuivi, ainsi que les références soutenant la méthode, il semble que ces études ont utilisé une méthode qualitative descriptive. Parmi ces études descriptives, une (Joo et Lee, 2016) a utilisé la stratégie mixte de collecte de données en combinant des entrevues individuelles et de groupes. Le reste d'études descriptives a utilisé soit des groupes de discussion/entrevues de groupe (n=4 ou ≈19%) ou des entrevues individuelles (n= 8 ou ≈ 38%) pour collecter les données.

Trois études (≈ 14%) ont utilisé la méthodologie exploratoire dont une (Choi et al., 2017) ayant employé une approche d'étude de cas. Cette dernière est donc la seule étude qui a appliqué une stratégie mixte de collecte de données, soit l'observation participante, l'entrevue individuelle et l'entrevue de groupe. Deux études (≈9,5%) (Alloh et al., 2019; Alloh et al., 2021) menées par les mêmes auteurs et faisant partie d'un grand projet de recherche sur la population migrante d'origine ouest-africaine vivant avec le DT2 au Royaume-Uni, ont utilisé la méthodologie constructiviste de la théorie fondée dans le but de comprendre les expériences de vivre avec le DT2. Des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées pour collecter les données de ces études (Alloh et al., 2019; Alloh et al., 2021).

Enfin, deux études (≈9,5%) (Magny-Normilus et al., 2020; Uppal et al., 2016) ont utilisé la méthodologie phénoménologique avec des entrevues individuelles tandis qu'une autre (≈4,7%) (Allen et al., 2021) était une étude qualitative fondée sur la théorie du changement de comportement ayant employé des entrevues individuelles pour collecter les données.

Le choix de la méthode a été bien justifié par les auteurs dans plusieurs études (n=14 ou ≈66%). D'autres auteurs n'ont pas mentionné le type de devis qualitatif utilisé ni justifié le choix de ce

dernier. Cela peut amener un doute sur la rigueur méthodologique de ces écrits. Cependant, pour la majorité d'études, les stratégies de collecte de données utilisées étaient cohérentes à la méthode utilisée et ont été bien mentionnées, et justifiées, avec des écrits. Dans la majorité d'études, les collectes de données ont été réalisées par des chercheurs faisant partie de l'équipe de recherche. Ils étaient pour la plupart soit des étudiants aux cycles supérieurs d'un programme du domaine de la santé, soit des professionnels de la santé (pharmaciens, médecins, infirmières, infirmières praticiennes spécialisées, nutritionnistes, etc.), formés sur des techniques d'entrevues ou d'animation de groupes de discussion, en vue de mener une étude qualitative. La plupart d'entre eux partageaient la même origine de pays ou ethnique que la population à l'étude et pouvaient parler leur langue. Donc, plusieurs modérateurs d'entrevue parlaient couramment au moins deux langues. Toutefois, aucune étude n'a mentionné une relation préexistante entre les chercheurs et les participants à l'étude. Ce qui pourrait constituer un point positif, car on peut affirmer l'absence de conflit d'intérêts.

Dans la majorité d'études, les données ont été analysées grâce à la méthode d'analyse thématique (n=11 ou ≈52%), suivie de l'analyse de contenu (n=6 ou ≈28%). D'autres études ont utilisé des approches inductives et/ou déductives, par exemple, l'approche inductive de la théorie fondée pour les études qualitatives constructivistes de la théorie fondée (Alloh et al., 2019; Alloh et al., 2021), ainsi que l'analyse de données existentielles de Moustakas pour une étude phénoménologique (Magny-Normilus et al., 2020). Une étude (Hjelm et Apelqvist., 2016) a mentionné simplement l'approche déductive-inductive sans préciser.

Le processus d'analyse de données a été bien décrit dans toutes les études, et sa pertinence au but de l'étude ainsi qu'à la méthode choisie a été justifiée. Dans l'ensemble, le type d'analyse des données utilisées correspondait avec la présentation des résultats. Ce qui peut traduire le respect de la rigueur lors des analyses des études.

### **Aperçu général des résultats des études**

Dans presque toutes les études, les résultats principaux ont été décrits sous forme de thèmes ou domaines/catégories ayant des sous-thèmes ou sous-domaines/catégories et appuyés par des *verbatim* des participants. Cependant, dans les études ayant utilisé l'approche d'analyse de contenu, les résultats ont été présentés avec plus de précision, notamment, le nombre et/ou le pourcentage de participants par thème certains ajoutaient le sexe et l'âge des participants à la suite des *verbatim*. En outre, dans les études utilisant une méthode qualitative constructiviste de

la théorie fondée (Alloh et al., 2019; Alloh et al., 2021), des concepts regroupés sous des catégories théoriques ont émergé à la suite de l'analyse de données.

Dans l'ensemble, les expériences des personnes migrantes vivant avec le DT2 dans les pays à revenu élevé ont été décrites dans le but d'explorer et de comprendre les obstacles et les facilitateurs à la gestion du DT2 par cette population. Plusieurs perceptions, croyances, obstacles et facilitateurs à la gestion du DT2, ont été ressorties dans les études, quelques-unes, propres à certaines cultures ou à certains groupes ethniques alors que d'autres étaient communs à tous les migrants, peu importe leur origine et leur statut (ex. : l'impact du DT2, l'accès aux informations/enseignement sur le DT2 ainsi qu'aux soins de santé).

### **Les caractéristiques des participants dans les études**

La quasi-totalité d'études (n=20 ou ≈95%) comptait plus de 10 participants alors qu'une seule en comptait seulement neuf. En effet, plus du tiers d'études (n= 8 ou ≈38%) comptait entre 10 et 20 participants alors qu'une autre partie (n=8 ou ≈ 38%) en comptait entre 20 et 30 et le reste d'études (n=4 ou ≈19%) en comptait plus de 30.

Les caractéristiques sociodémographiques des populations dans les 21 études sont présentées dans le tableau ci-dessous (tableau 2). Les migrants dans les études étaient tous de première génération et avaient des origines très variées, puisqu'ils provenaient des cinq différents continents, soient l'Afrique, l'Amérique, l'Asie, l'Europe et l'Océanie. En premier lieu, les populations originaires du continent asiatique étaient les plus représentées dans les études (n=12 ou ≈57%). En deuxième position arrivent les Africains (n=8 ou ≈38%), suivis des Haïtiens et des Latino-Américains (n=3 ou ≈14%) et en dernière position sur les Samoanes (n=1 ou ≈4,7%).

Dans la majorité d'études, les auteurs n'ont pas clairement mentionné la catégorie (statut migratoire) de migrants étudiés (ex. : résidents permanents, réfugiés, demandeurs d'asile). Cependant, quelques-unes ont identifié des résidents permanents ou citoyens naturalisés (n=3 ou ≈14%), d'autres comprenaient des réfugiés et une étude dont l'échantillon était constitué uniquement des demandeurs d'asile. Par ailleurs, une seule étude avait intégré des proches (ou membres de famille) des migrants souffrants de DT2 comme participants. Aucune étude dans l'échantillon ne présentait l'expérience des personnes migrantes selon le point de vue des professionnels de la santé, notamment les infirmières.

Dans la majorité d'études, les participants avaient la possibilité de s'exprimer soit dans leur langue maternelle ou dans la langue du pays d'accueil. Cependant, les chercheurs ont eu recours aux interprètes formels et informels (membres de famille, amis/proches) dans seulement quatre études. Dans l'ensemble, les échantillons et les populations représentées en matière de pays d'origine dans toutes les études augmentent la transférabilité des résultats. En revanche, le manque de diversité des populations en ce qui concerne le statut de migration peut signifier que les résultats de la revue peuvent être moins pertinents pour les migrants avec des statuts précaires ou vulnérables, car les enjeux sont différents selon le statut migratoire. Rappelons que les résultats de cette revue manquent également le point de vue des professionnels de la santé.

Tableau 2. – Caractéristiques sociodémographiques des participants dans les études

<b>Caractéristiques sociodémographiques des populations dans les études</b>			
<b>Article (A)</b>	<b>Type, nombre et sexe</b>	<b>Age moyen ou intervalle d'âge</b>	<b>Durée dans le pays d'accueil</b>
A1: Abuelmag et al. (2019)	18 migrants de 1ère génération Kurdes (9 femmes et 9 hommes) vivant en Norvège. 13 originaires d'Irak et 5 d'Iran	51,2 ans	Donnée non fournie
A 2 : Ahmad et al. (2021) a.	23 migrants indiens nés en Inde et vivant à Sydney en tant que citoyens australiens ou résidents permanents (18 hommes et 5 femmes)	39 ans	<5 ans, n=8 5-10 ans, n= 7 >10ans, n= 8
A3 : Ahmad et al. (2021) b.	23 migrants indiens nés en Inde et vivant à Sydney en tant que citoyens australiens ou résidents permanents (18 hommes et 5 femmes)	40-61 ans	<5 ans, n=8 5-10 ans, n= 7 >10ans, n= 8
A4: Allen et al. (2021)	39, immigrés au Canada depuis le Pakistan, la Chine et les pays francophones d'Afrique et des Caraïbes (Togo, Congo, Maroc, Haïti, Sénégal, Tunisie et Algérie) 21 hommes et 18 femmes	47, 4 ans	>5 ans

<b>Caractéristiques sociodémographiques des populations dans les études</b>			
<b>Article (A)</b>	<b>Type, nombre et sexe</b>	<b>Age moyen ou intervalle d'âge</b>	<b>Durée dans le pays d'accueil</b>
A5: Alloh et al. (2019)	34 immigrants (15 hommes et 19 femmes) originaires de l'Afrique de l'Ouest (Nigéria, Ghana et Gambie) et vivant au Royaume Uni	33-84 ans	Donnée non fournie
A6: Alloh et al. (2021)	34 immigrants (15 hommes et 19 femmes) originaires de l'Afrique de l'Ouest (Nigéria, Ghana et Gambie) et vivant au Royaume Uni	Idem	Idem
A7: Carolan-Olah et Cassar. (2018)	13 migrants italiens en Australie (8 hommes et 5 femmes)	74 ans	>50 ans
A8: Choi et al. (2017)	<p>18 Observations</p> <p>-15 lors des consultations diététiques individuelles auprès de 7 femmes et 8 hommes d'origine chinoise (n=12) et de l'Asie du Sud incluant Malaisie, Singapour et Cambodge (n=3)</p> <p>-3 durant les programmes éducatifs de groupe (deux à Melbourne et un à Sydney) avec un total de 95 participants.</p> <p>Groupe# 1 : 19 participants (11 femmes et 8 hommes) originaires de la Chine (n=16) et l'Asie du Sud (n=3)</p> <p>Groupe # 2 : 62 participants (39 femmes et 23 hommes) originaires de la Chine (n=57) et l'Asie du Sud (n=5)</p> <p>Groupe # 3 : 14 participants (9 femmes et 5 hommes) originaires de la Chine.</p>	64-75 ans	Donnée non fournie

<b>Caractéristiques sociodémographiques des populations dans les études</b>			
<b>Article (A)</b>	<b>Type, nombre et sexe</b>	<b>Age moyen ou intervalle d'âge</b>	<b>Durée dans le pays d'accueil</b>
A9: Hjelm et Apelqvist. (2016).	26 migrants de première génération (20 hommes et 6 femmes) vivant en Suède. 13 originaires des pays européens (Hongrie, ex Yougoslavie, Turquie, France, Danemark, Finlande) et 13 des pays non européens (Iraq, Iran, Palestine, Liban, Égypte, Brésil) 14 réfugiés	38-86 ans	>7 ans (7-60 ans)
A10: Jager et al. (2019)	12 migrants de première génération d'origine africaine, asiatique ou latino-américaine (6 de la Turquie, 2 du Maroc, 3 d'Irak et 1 de Curaçao, Antilles néerlandaises) avec DT2 vivant aux États-Unis. 8 femmes et 4 hommes	44-87 ans	10-46 ans
A11: Joo et Lee. (2016)	23 immigrants coréen de première génération (12 hommes et 11 femmes) âgés atteints de DT2 et vivant aux États-Unis	66-71 ans	>20 ans
A12: Kindarara et al. (2017)	10 (5 hommes et 5 femmes) immigrants d'Afrique subsaharienne (1 de l'Éthiopie, 1 de l'Érythrée, 2 du Kenya, 1 du Liberia, 2 du Nigeria, 1 de la Sierra Leone et 2 du Zimbabwe) atteints du DT2 et aux États-Unis	60,3 (44-76) ans	>5 ans
A13 : Magny-Normilus et al. (2020)	16 immigrants haïtiens de première génération (12 femmes et 4 hommes) vivant aux États-Unis atteints du DT2	55,6 ans	>10 ans
A14: McConatha et al. (2020)	28 immigrants (17 femmes et 11 hommes) originaires des pays du Moyen-Orient (Iran,	60 à 80 ans	≥5 ans

<b>Caractéristiques sociodémographiques des populations dans les études</b>			
<b>Article (A)</b>	<b>Type, nombre et sexe</b>	<b>Age moyen ou intervalle d'âge</b>	<b>Durée dans le pays d'accueil</b>
	Turquie et Liban) et vivant aux États-Unis, ayant reçu un diagnostic de DT2 (13 dont 7 hommes et 6 femmes) ou de prédiabète (15 dont 4 hommes et 11 femmes)		
A 15: Mitchell-Brown et al. (2017)	16 immigrants (7 hommes et 9 femmes) de première génération née au Laos, d'origine hmong vivant en Californie aux États-Unis	40-69 ans	>20 ans
A16: Moise et al. (2017)	10 migrants haïtiens repartis en 2 groupes dont le premier composé de 5 femmes et 1 homme, atteints de DT2 et le deuxième de 2 femmes et 2 hommes à risque de DT2 (âge >30 ans antécédant familial de DT2) vivant aux États-Unis	41-91 ans	>10 ans
A17: Roth et al. (2021)	12 migrants soudanais de première génération (3 hommes et 9 femmes) vivant avec le DT2 à Melbourne, en Australie comme résidents permanents ou citoyens Australiens	30-59 ans	>5 ans
A 18: Shahab et al. (2019)	20 migrants (13 hommes et 7 femmes) d'origine samoane et vivant en Sydney en Australie dont 14 souffrants de DT2 et 6 ayant un membre de leur famille atteint de DT2 et capables de participer à un entretien en langue anglaise.	55 (36-67) ans	Donnée non fournie
A19: Uppal et al. (2016)	9 immigrants (5 hommes et 4 femmes) Sikh de première génération atteints de DT2 et vivant au Canada	56 (44-70) ans	Donnée non fournie

<b>Caractéristiques sociodémographiques des populations dans les études</b>			
<b>Article (A)</b>	<b>Type, nombre et sexe</b>	<b>Age moyen ou intervalle d'âge</b>	<b>Durée dans le pays d'accueil</b>
A20: Van Hemelrijck et al. (2021)	20 demandeurs d'asile (10 hommes et 10 femmes) originaires de différents pays (Afghanistan, Arménie, Burundi, Éthiopie, Iraq, Kosovo, Liban, Maroc, Palestine, Rwanda, Somalie, Syrie et République Démocratique du Congo), vivant dans des centres d'accueil belges, atteints de DT2	53,5 ans	2 ans
A21: Wallace et al. (2021)	20 immigrants (14 femmes et 6 hommes) latino-américains (10 nés au Mexique, 1 au Puerto Rico, 3 au Honduras, 1 à El Salvador, 2 en Chili, 1 en Colombie, 1 au Pérou et 1 au Venezuela) vivant avec un prédiabète aux États-Unis. 10 étant résidents ou citoyens américains et 10 autres sans papiers.	51 ans	Donnée non fournie

### **Analyse sur le transnationalisme**

La plupart d'informations sur les liens transnationaux a été repérée dans la section des résultats des articles, et parfois dans les discussions. Il a aussi été possible de trouver des informations sur les liens transnationaux dans la section de résumé, mais ces dernières n'étaient pas ou très peu détaillées. Les principaux thèmes sont résumés dans le tableau 3 (les liens transnationaux ayant un impact sur l'expérience des migrants vivant avec le DT2) et présentés sous forme narrative dans les sections suivantes. En bref, plusieurs liens transnationaux (culturels, sociaux, etc.) ont été identifiés. Dans la grande majorité d'études, les liens culturels et sociaux étaient les plus identifiés, suivis des liens linguistiques et religieux. Il a aussi été question de la recherche de soins de santé (ex. : conseils donnés ou médicaments envoyés par les

proches restés dans le pays d'origine ou voyage dans le pays d'origine pour y recevoir des traitements traditionnels), ainsi que de l'expérience avec le système et les soins de santé dans le pays d'accueil qui était souvent comparée à celle vécue dans le pays d'origine. Cependant, aucune étude n'a fait référence aux liens transnationaux dans un contexte des soins par les professionnels de la santé dans le pays d'accueil. Quelques études ont mentionné brièvement des liens politiques et économiques, souvent reliés au processus entourant la migration, ainsi qu'à la situation économique dans le pays d'origine et l'impact financier à considérer pour un migrant lors des changements des habitudes de vie pour une meilleure gestion du DT2. Dans certaines études, les informations sur les liens transnationaux n'étaient pas toujours présentées clairement. Par exemple, il a été parfois question des liens sociaux sans préciser si la relation se passait entre la personne migrante et des membres de sa communauté culturelle (locale ou à l'étranger) ou simplement avec des gens du pays d'accueil en général. De plus, dans certaines études, les liens évoqués n'étaient pas forcément « transnationaux » par exemple, des liens religieux, qui peuvent exister dans un contexte autre que la migration. Aussi, quelques fois, certains liens transnationaux se rapportaient aux expériences antérieures à la migration qui exercent une influence sur l'expérience de vivre avec le DT2 dans le pays d'accueil, après la migration. Dans l'ensemble, force est d'admettre que les personnes migrantes ont des liens très serrés avec leurs cultures ainsi que leurs proches (famille, amis et membres de leur communauté) et ces liens peuvent exercer une influence importante sur leur vie et leur expérience de vivre avec le DT2. Depuis l'annonce du diagnostic de la maladie, en passant par les changements à apporter aux habitudes de vie, jusqu'à la gestion quotidienne du DT2, les migrants s'inspirent des expériences des proches et des membres de leur communauté culturelle. Certains même continuent de se conformer aux règles culturelles et sociales de leur communauté, et ce malgré la maladie. En effet, certains migrants ont de la difficulté à apporter des modifications dans leur alimentation, puisque les repas traditionnels ainsi que leur consommation s'imprègnent de leur culture. D'autres avouent éprouver des difficultés à pratiquer régulièrement une activité physique, puisqu'elle n'est pas encouragée dans leur culture. Aussi, certains préfèrent consommer des produits naturels traditionnels venant de leur pays d'origine au lieu des traitements prescrits par un médecin dans le pays d'accueil. Enfin, plusieurs migrants préfèrent retourner consulter un médecin dans leur pays, car ils éprouveraient des difficultés à avoir accès aux soins et services de santé adaptés à leur condition et dans leur langue (barrière linguistique). Bien que les liens

transnationaux possèdent des aspects positifs, les situations mentionnées dans les lignes précédentes peuvent entraîner des délais dans le diagnostic et la prise en charge du DT2, en plus de mettre à risque de développer des complications associées à la maladie.

Tableau 3. – Les liens transnationaux ayant un impact sur l’expérience des migrants vivant avec le DT2

<b>Liens transnationaux</b>	<b>Thèmes</b>	<b>Sous thèmes</b>	<b>Nombre d’articles (n)</b>
<b>Liens sociaux</b>	L’influence (positive et négative) des proches (famille, amis) et membres de la communauté culturelle sur la prise en charge et la gestion du DT2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membres de la famille atteints du DT2 comme source de motivation pour bien gérer la maladie</li> <li>• Proches (famille, amis) et membres de la communauté culturelle comme source de soutien pour gérer la maladie</li> <li>• Attentes culturelles de soutien envers des membres de la famille</li> <li>• Obstacles à l’adoption et au maintien des changements dans les habitudes de vie</li> <li>• Pression sociale et stigmatisation reliées au statut de diabétique</li> </ul>	16
<b>Liens culturels</b>	L’influence des croyances culturelles sur la prise en charge et la gestion du DT2		15
	L’influence des pratiques culturelles sur l’adoption de saines habitudes de vie pour mieux gérer le DT2		
	L’impact (positif ou négatif) du rôle du genre au sein de la famille sur la gestion et la prise en charge du DT2		
<b>Liens religieux</b>	L’influence des liens religieux sur la prise en charge et la gestion du DT2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influences positives de la prière et la croyance en Dieu sur l’acceptation et la prise en charge du DT2</li> <li>• Les avantages de certaines obligations religieuses sur la gestion du DT2</li> <li>• Influences négatives des croyances et pratiques religieuses sur la prise en charge et gestion du DT2</li> </ul>	9

<b>Liens linguistiques</b>	L'impact de la barrière linguistique sur la prise en charge du DT2		9
<b>Expériences avant, pendant et après la migration (liens politiques, économiques et environnementaux)</b>	L'impact de la migration sur la santé ainsi que la prise en charge du DT2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La migration associée au développement et à la détérioration du DT2</li> <li>• L'environnement post-migration (durant la réinstallation dans le pays d'accueil) comme obstacle à une bonne prise en charge du DT2</li> </ul>	9
	L'impact de l'expérience pré et post-migration avec les services de santé sur la prise en charge du DT2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'expérience avant la migration</li> <li>• L'expérience dans le pays d'accueil</li> </ul>	7
<b>Recherche des soins de santé</b>	Les facteurs motivant la recherche des soins de santé à l'étranger		4
<b>Liens affectifs</b>	L'influence des liens affectifs (inquiétudes pour la famille comme source de stress, attachement aux membres de la famille comme source motivation) sur la gestion du DT2		3

**Liens sociaux.** Plusieurs études (n=16 ou ≈76%) ont décrit des liens sociaux transnationaux ayant un impact sur la prise en charge et la gestion du DT2, et par conséquent, sur l'expérience de vivre avec le DT2. D'entrée de jeu, il semble que les liens sociaux sont étroitement liés aux liens culturels. En effet, l'identité, le sentiment d'appartenance au pays d'origine ou à la communauté culturelle (famille, amis, etc.) ainsi que les pratiques des migrants sont imprégnés de signification culturelle et sociale (Levitt et Lamba-Nieves, 2010). Par conséquent, il appert que le contexte de la migration influence les dynamiques, les relations ainsi que les rôles familiaux et sociaux, sans oublier les liens identitaires des migrants. Cela peut aussi influencer les attentes des migrants envers leurs proches (ex. : le soutien attendu de leurs proches) ainsi que leur gestion et leur prise en charge du DT2.

***Influences (positives et négatives) des proches (famille, amis) et membres de la communauté culturelle sur la prise en charge et la gestion du DT2.*** D'une part, les proches et membres de la communauté culturelle peuvent exercer une influence positive dans la vie et la gestion du DT2 chez des migrants. Premièrement, les membres de la famille atteints du DT2 étaient considérés comme une référence pour certains migrants (Abuelmagd et al., 2019). En effet, leur situation constituait une source de motivation pour des migrants dans leur prise en charge du DT2, car ils craignaient que leur état de santé se détériore et qu'ils développent des complications associées au DT2 comme leurs proches (Abuelmagd et al., 2019). Cela engendrait une inquiétude et une préoccupation à l'égard de la maladie. Un migrant a déclaré : *elle [ma grand-mère] et mon père ont le diabète. Ils ne peuvent plus marcher... J'espère que cela ne m'arrivera pas à moi aussi. Alors je fais attention parce qu'ils ne l'ont pas fait. J'espère que je pourrai gérer* (Abuelmagd et al., 2019).

De plus, certains migrants ont mentionné que leurs proches (famille, amis), même ceux qui vivent à l'étranger (pays d'origine ou autre pays) leur rappelaient de prendre la médication lorsqu'ils oubliaient, et de suivre les recommandations en lien avec les habitudes alimentaires, en plus de les aider à prendre et à se rendre aux rendez-vous médicaux (Abuelmagd et al., 2019; Ahmad et al., 2021; Joo et Lee.; 2016; Kindarara et al., 2017; McConatha et al., 2020; Moise et al., 2017; Roth et al., 2021).

Deuxièmement, il a été rapporté dans plusieurs études (Abuelmagd et al., 2019; Ahmad et al., 2021a; Carolan-Olah et Cassar, 2018; Choi et al., 2017; Uppal et al., 2016) que les migrants se réunissent avec leurs proches (famille, amis) et membres de leurs communautés culturelles lors

des rencontres et événements sociaux. D'ailleurs, il appert que les réunions, activités sociales et religieuses permettent aux migrants de rester attachés aux proches et aux membres de leur communauté et de discuter de la situation de leurs pays d'origine (Abuelmagd et al., 2019). Également, d'autres migrants ont rapporté que lors des rencontres sociales, il arrivait souvent qu'ils se retrouvent avec leurs amis également atteints du DT2 et qui prenaient le même médicament (ex. : metformin) qu'eux. En cas d'oublis, ces amis partageaient avec eux la dose oubliée (Abuelmagd et al., 2019). D'autres encore ont partagé le fait que les membres de leur communauté culturelle apportaient du soutien dans les soins et la gestion du DT2 (Kindarara et al., 2017). L'un d'eux a déclaré: *je n'ai pas beaucoup de personnes, seulement quelques personnes de mon pays. Ils m'aident. Cela m'aide lorsque nous sommes ensemble et que je peux discuter du diabète. La plupart d'entre nous, Africains avons le diabète... Nous partageons tous nos histoires de diabète. Toutes ces choses. Elles aident beaucoup* (Kindarara et al., 2017). Cela semble afficher un soutien social informationnel et émotionnel entre migrants.

Troisièmement, il est aussi pertinent de mentionner que certains migrants ont des attentes sociales et culturelles envers les membres de leurs familles (enfants). Par exemple, des migrants chinois dans une étude australienne ont avoué compter énormément sur leurs enfants adultes pour gérer leurs rendez-vous de santé, s'occuper du transport vers le lieu du rendez-vous et jouer le rôle d'interprète durant la consultation, etc. (Choi et al., 2018). Les auteurs ont rapporté cependant qu'une meilleure adhérence aux recommandations des professionnels de la santé sur les bonnes habitudes de vie a été observée lorsque l'enseignement était fait en présence de la famille (Choi et al., 2018). Cela pourrait témoigner l'importance du soutien des proches (famille) dans la prise en charge du DT2, ainsi que l'impact positif d'une réponse favorable aux attentes sociales et culturelles à l'égard des membres de la famille.

D'autre part, les proches et membres de la communauté culturelle peuvent exercer une influence négative dans la prise en charge et la gestion du DT2 des migrants. En effet, les rencontres, se tenant parfois dans le pays d'origine, peuvent conduire à la non-observance du traitement prescrit et des bonnes habitudes alimentaires. (Abuelmagd et al., 2019; Ahmad et al., 2021). Par exemple, certains migrants ont reconnu avoir involontairement oublié de prendre leur médicament, lorsqu'ils étaient sortis pour des dîners de famille ou des fêtes (Ahmad et al., 2021a). Ajoutons que pour beaucoup de migrants, manger ensemble avec la famille élargie est une pratique culturelle très répandue. Cependant, certains ont avoué se sentir impuissants dans

l'imposition et le maintien des changements de leurs habitudes alimentaires (Jager et al., 2019). D'autres migrants, surtout les femmes, ont mentionné qu'il était difficile d'adhérer et de maintenir les bonnes habitudes alimentaires à cause des obligations sociales telles que préparer les repas lors des réceptions ou lorsque des membres de la famille sont invités (Roth et al., 2021). Aussi, des migrants africains dans une recherche menée aux États-Unis ont reconnu que les aliments consommés lors des événements avec les proches du même pays d'origine étaient riches en calories et pourraient ne pas être conformes à la diète recommandée pour la gestion du DT2 (Kindarara et al., 2017; Roth et al., 2021; Shahab et al., 2019). Cependant, ils avouaient ne pas respecter leur diète et même ne pas être encouragés à le faire par des proches, qui souvent étaient aussi atteints de DT2 (Kindarara et al., 2017; Shahab et al., 2019). L'une d'elles a mentionné : *les femmes que je connais, les femmes plus âgées de notre communauté, elles ont le diabète. Personne n'éduque les autres. Personne ne leur dit de faire attention à ce qu'elles mangent... Il est donc très difficile de gérer son diabète lorsqu'on se réunit autour d'un repas* (Kindarara et al., 2017). Par conséquent, il s'avère que l'absence de soutien des proches (famille, amis) et membres de la communauté culturelle dans les changements des habitudes de vie telle que l'adoption de bonnes habitudes alimentaires augmentait la difficulté à maintenir une alimentation saine (Abuelmagd et al., 2019; Ahmad et al., 2021; Jager et al., 2019; Uppal et al., 2016). D'ailleurs, des migrants qui n'ont pas le soutien de leur famille notamment à cause du contexte migratoire (ex. : séparation avec la famille élargie, changements culturels) admettent se sentir seuls et peu motivés à prendre en charge leur maladie (Allen et al., 2020). Dans une étude menée au Canada, une participante migrante d'origine pakistanaise a partagé ceci : *parfois, j'ai l'impression que ce n'est pas facile pour moi de sortir et j'aimerais que quelqu'un m'emmène. Mais 99% du temps, il n'y a personne pour m'emmener et je dois y aller seule. Le problème, c'est que je suis seule. J'avais une famille... enfin, plus maintenant... c'est pourquoi je dois m'occuper de moi-même* (Allen et al., 2020). En outre, les migrants qui dépendent de leurs enfants pour se rendre aux rendez-vous peuvent manquer des suivis importants lorsque ces derniers ne sont pas disponibles à cause de leurs horaires de travail ou des responsabilités parentales (Choi et al., 2018). D'ailleurs, une participante chinoise de 77 ans a déclaré d'avoir manqué des rendez-vous médicaux, car son fils était difficilement disponible pour l'accompagner (Choi et al., 2018).

Par ailleurs, il a aussi été soulevé que le regard des autres a un impact négatif sur des migrants atteints de DT2, particulièrement lors des rencontres sociales avec les membres de leur

communauté. En effet, certains migrants ont avoué avoir retardé la prise de leurs médicaments lorsqu'ils étaient en dehors de la maison, car ils ne voulaient pas que les autres soient au courant de leur DT2 (Ahmad et al., 2021a). D'autres encore ont mentionné avoir caché leur diagnostic de DT2 aux membres de leur communauté par crainte de stigmatisation (Kindarara et al., 2017; Roth et al., 2021; Shahab et al., 2019). Certains ont reconnu que la stigmatisation avait un effet négatif sur leurs habitudes alimentaires, leur prise de rendez-vous avec un médecin et leur compliance au traitement pharmacologique prescrit (Ahmad et al., 2021; Kindarara et al., 2017; Shahab et al., 2019; Roth et al., 2021). D'ailleurs, un participant indien dans une étude menée en Australie a mentionné ceci : *partout où nous allons dans des rassemblements sociaux ou religieux, j'avais l'habitude de prendre la même nourriture car personne ne savait que j'étais diabétique... Le problème dans la communauté indienne, c'est qu'ils font preuve de pitié. Un autre a ajouté : ils me conseillent de prendre ceci et cela pour guérir le diabète, c'est pourquoi je ne veux pas que les autres sachent que je suis diabétique. Ma femme, au début, je ne lui avais pas informé, parce que cela lui ferait peur...* (Ahmad et al., 2021a). De même, des migrants italiens dans une autre étude australienne ont aussi avoué subir une pression sociale due aux regards des autres, ce qui entraînait chez eux une difficulté à décliner la nourriture ou le vin offerts lors d'évènements sociaux (Carolan-Olah et Cassar, 2018). En effet, le DT2 est perçu par ces migrants italiens, comme un frein à la socialisation avec leurs pairs, à cause des changements qu'il impose dans l'alimentation. D'ailleurs, un participant a mentionné : *le diabète m'empêche de m'amuser. Lors des fêtes, il y a toujours beaucoup de sucreries et de nourriture. C'est difficile de faire la fête, de participer et d'être sociable quand on ne peut pas manger la plupart des choses que les gens ont préparées. Un autre a ajouté: Il est difficile de s'en tenir à un régime strict... On cède souvent à la tentation - c'est un péché de gourmandise et on ne se sent bien que pendant un instant* (Carolan-Olah et Cassar, 2018). Cela a aussi été rapporté par des migrants iraniens participant à une recherche aux États-Unis. Ils ont avoué éviter des rassemblements avec les membres de leur communauté, car ces rencontres impliquaient souvent la consommation de nourriture traditionnelle et d'alcool. Les auteurs rapportent que cette réaction peut malheureusement entraîner de l'isolement social, qui à son tour peut mener à des problèmes de santé mentale, pouvant impacter négativement leur gestion du DT2 (McConatha, 2020).

**Liens culturels.** Dans plusieurs études (n=15 ou ≈71,4%), il a été reconnu que les liens culturels exercent une influence sur la prise en charge et la gestion du DT2, et par conséquent, sur

l'expérience de vivre avec le DT2. La culture semble être une composante importante et essentielle de la vie des migrants. En ce sens, des liens culturels relient les migrants à leurs proches et aux membres de leur communauté culturelle, ainsi qu'à leur pays d'origine (Vertovec, 2001). Comme mentionné plus haut dans ce document, la culture fait partie intégrante à l'identité des migrants (Levitt et Lamba-Nieves, 2010; Vertovec, 2011). Cela se manifeste à travers leur façon de vivre/d'être, de réfléchir et d'agir (comportements). Ainsi, les croyances culturelles avant la migration peuvent influencer la prise en charge et la gestion du DT2 (adhésion au traitement prescrit, changement dans les habitudes de vie, notamment l'alimentation et la pratique d'activité physique) dans le pays d'accueil. De même, la migration peut amener des défis en ce qui touche des valeurs culturelles, l'environnement étant différent. Cela peut avoir un impact sur la gestion du DT2 (Magny-Normilus et al., 2020).

***Influence des croyances culturelles sur la prise en charge et la gestion du DT2.*** Tout d'abord, mentionnons que certaines croyances culturelles ont un impact sur l'acceptation, la prise en charge et la gestion du DT2 (Alloh et al. 2019; Alloh et al. 2021; Jager et al., 2019; Kindarara et al., 2017; Roth et al., 2021). En effet, des migrants originaires d'Afrique subsaharienne dans quelques études, surtout ceux dont le diagnostic du DT2 a été émis dans leur pays d'origine avant la migration, ont reconnu ne pas avoir consulté un professionnel de la santé lorsqu'ils ont ressenti les premiers symptômes de la maladie, à cause de leurs croyances culturelles (Alloh et al., 2019; Alloh et al., 2021; Kindarara et al., 2017). Un migrant a déclaré ceci : *en Afrique, quand il s'agit de maladies, nous pensons toujours que cela vient de la sorcellerie. La seule chose que l'on fait quand on se lève le matin, c'est de se sentir bien, c'est tout... On va voir le médecin ou on va à l'hôpital seulement quand on est malade. Il n'y a pas de contrôles physiques* (Kindarara et al., 2017). Un autre a ajouté : *C'est le problème le plus important pour les gens d'Afrique, je peux dire que c'est le problème le plus important. Ils ne vont pas chez le médecin. Même s'ils ont une assurance Medicaid, ils ne l'utilisent que lorsqu'ils sont malades. La plupart du temps, ils ne vont pas se faire examiner* (Kindarara et al., 2017).

Par ailleurs, certains de ces migrants ont avoué avoir tenté des traitements traditionnels, composés essentiellement de plantes avant d'aller chercher des services médicaux (Alloh et al., 2021). Cela peut avoir entraîné un délai dans le début de prise en charge du DT2 et de ce fait les mettre à risque de développer des complications associées au DT2. D'ailleurs, un migrant africain dans l'étude de Alloh et al. (2021) a déclaré : *Mais vous savez, dans notre culture, on pensait que*

*c'était autre chose, ma vie sexuelle était affectée, j'ai essayé avec ma femme, c'était la même chose, alors j'en ai conclu que quelque chose n'allait pas, j'ai commencé à comprendre que j'avais du diabète. À cause de cet effet secondaire, j'ai compris que j'avais du diabète. J'ai essayé toutes les herbes africaines auxquelles je pouvais penser* (Alloh et al., 2021).

Il semble que certains migrants font beaucoup confiance aux produits traditionnels par rapport aux traitements que peut prescrire un professionnel de la santé. De plus, il s'avère que certaines croyances culturelles amènent des migrants à adopter des habitudes ou des pratiques non reconnues comme traitement, telles que penser que des plantes puissent guérir le DT2 (Alloh et al., 2019; Choi et al., 2018; Jager et al., 2019). Par exemple, un migrant africain dans une recherche au Royaume-Uni a déclaré : *En Afrique, on nous disait de manger des aliments amers, car ils aident à guérir ou du moins à réduire le taux de sucre dans le sang. J'avais donc l'habitude de manger de l'aloé vera, de l'ewuro et de l'igba vert.* (Alloh et al., 2019).

Similairement, des migrants chinois dans une étude australienne ont déclaré avoir essayé la recette de guérison qui circulait dans leur communauté, consistant à manger du gombo tous les jours afin de mieux contrôler le DT2 (Choi et al., 2018). De même, des migrants arabes dans une recherche menée aux États-Unis ont avoué consommer des aliments respectant leur culture et supposément bénéfiques pour contrôler le DT2, notamment le kéfir, le jus de citron et l'ail (Jager et al., 2019). Ajoutons que certains migrants dans une autre étude australienne ont avoué ne pas toujours respecter le traitement prescrit par leur médecin, surtout lorsqu'ils avaient, entre autres, des rituels culturels (Ahmad et al., 2021). Tout cela semble manifester l'influence que peuvent exercer les croyances culturelles dans la gestion du DT2 des migrants.

***Influence des pratiques culturelles sur l'adoption de saines habitudes de vie pour mieux gérer le DT2.*** La plupart des migrants semblent reconnaître l'importance d'une saine alimentation et de la pratique d'une activité physique pour une bonne gestion du DT2. Cependant, leurs traditions culturelles peuvent exercer une influence négative sur l'adoption de bonnes habitudes de vie visant la gestion du DT2 (Alloh et al., 2019; Jager et al., 2019; Kindarara et al., 2017; Roth et al., 2021; Shahab et al., 2019; Uppal et al., 2016). En effet, plusieurs migrants dans certaines études ont exprimé l'importance que revêt la consommation des repas traditionnels du pays d'origine, qui n'est pas toujours saine et appropriée dans la gestion du DT2 (McConatha et al., 2020; Roth et al., 2021; Uppal et al., 2016). Cela semble être un moyen qui les relie à leurs proches, communauté et pays d'origine, car la nourriture peut constituer aussi une

identité culturelle (Carolan-Olah et Cassar, 2018; McConatha et al., 2020). Ainsi, ils ont exprimé la difficulté qu'ils éprouvaient à apporter et à maintenir des modifications dans leurs régimes alimentaires (Abuelmagd et al., 2019; Alloh et al., 2019; Carolan-Olah et Cassar, 2018; Jager et al., 2019; Kindarara et al., 2017; McConatha et al., 2020). Un migrant a déclaré ceci : *dans notre culture, on mange toutes sortes de choses, mais si on ne mange pas de riz, on n'est pas satisfait. Ils m'ont dit de ne pas manger de riz. . . Si vous êtes diabétique, vous ne mangez pas de fufu tous les jours. Mais c'est ton régime. Le fufu est ton régime. Le riz, c'est ton régime... Il n'y a aucun Africain qui ne mange pas de riz et qui ne mange pas de fufu* (Kindarara et al., 2017).

De même, certains participants kurdes dans une recherche menée en Norvège ont déclaré que la nourriture saine recommandée pour le contrôle du DT2 ne goûte rien et que la nourriture traditionnelle est de loin la meilleure (Abuelmagd et al., 2019). Similairement, des migrants ouest-africains en Australie dans l'étude par (Alloh et al., 2019) ont avoué vivre des difficultés dans l'adoption des saines habitudes alimentaires. Pour certains parmi eux, il était difficile de réduire leur portion alimentaire, car ils étaient habitués à manger de grosses portions (Alloh et al., 2019). Un migrant africain a déclaré ceci : *vous savez comment nous aimons notre nourriture, j'ai de grandes portions de nourriture, contrairement aux petites choses qu'ils mangent ici, ça ne peut pas être suffisant pour moi, c'est vraiment frustrant".* Un autre a ajouté : *je mange quand j'ai faim, le problème est que j'ai un gros appétit et que leurs petites tailles de nourriture ne peuvent pas être suffisantes pour un homme africain comme moi. Je dois me concentrer sur moi lorsque j'ai faim.* (Alloh et al., 2019).

Toujours en lien avec la modification des habitudes de vie dans la prise en charge du DT2, il a été rapporté que beaucoup de migrants dans deux recherches éprouvaient des difficultés avec la pratique d'activité physique (Alloh et al., 2019; Jager et al., 2019). Certains disent que ce n'est pas dans leur culture de pratiquer une activité physique (Alloh et al. 2019). D'ailleurs, un migrant africain dans une des études a mentionné ceci : *Activité physique ? Ce n'est pas vraiment quelque chose que je pratique maintenant, il m'est trop difficile de faire suffisamment d'exercice depuis que je suis arrivée ici, même avant d'avoir mon diabète. Je pense que cela a à voir avec les valeurs attachées au fait d'aller à la salle de sport chez nous, Africains. Je ne peux pas me contenter d'aller à la salle de sport ou de courir pour faire de l'exercice, cela ne fait pas partie de moi".*(Alloh et al., 2019).

***L'impact (positif et négatif) du rôle du genre au sein de la famille sur la gestion et la prise en charge du DT2.*** L'homme et la femme jouent chacun un rôle important au sein de la famille. Ce rôle peut avoir un impact dans la gestion du DT2. Étant culturellement lié au rôle du genre, c'est-à-dire les attentes sociales en fonction du genre de la personne au sein de la famille, le rôle des conjoints peut réellement impacter la gestion et la prise en charge du DT2.

Tout d'abord, sur le point de vue culturel, la femme joue un rôle différent de celui d'un homme dans certaines familles des migrants. En effet, c'est souvent elle qui s'occupe d'apprêter la nourriture. Par conséquent, il est parfois difficile pour certaines femmes de se conformer à une diète saine pour gérer le DT2, car cela impliquerait des changements dans l'alimentation des autres membres de la famille. D'ailleurs, certaines participantes diabétiques dans une étude norvégienne ont exprimé qu'elles préféreraient préparer la nourriture traditionnelle pour toute la famille, plutôt que de faire deux repas séparés, dont un repas sain pour elles (Abuelmagd et al., 2019). D'autres participantes dans deux autres recherches aux États-Unis et au Canada, ont exprimé vivre un stress occasionné par le fait d'apporter des changements au régime alimentaire (McConatha et al., 2020; Uppal et al., 2016) car cela pourrait amener des tensions dans les relations familiales (McConatha et al., 2020). Cela étant dit, il semble que le rôle de la femme dans le foyer l'amène à négliger sa gestion du DT2 (adoption de saines habitudes) au profit de la famille.

Par ailleurs, certains hommes, qui ont également participé dans l'étude canadienne et américaine, ont mentionné que ce sont leurs femmes qui s'assurent qu'ils respectent leur traitement et la diète recommandée (Abuelmagd et al., 2019; McConatha et al., 2020). En effet, un migrant indien a mentionné: *Ma femme me rappelle et me motive, en prenant ces médicaments* (Ahmad et al., 2021a). Également, un participant kurde a déclaré: *ma femme s'occupe beaucoup de moi. Elle me dit, par exemple, Ceci (la nourriture) n'est pas bon pour ton diabète. Et je fais alors attention. Si elle n'avait pas été là, j'aurais peut-être dû commencer par prendre de l'insuline tous les jours. Que Dieu la bénisse!* (Abuelmagd et al., 2019). De plus, un migrant du Moyen-Orient a ajouté : *Ma femme mesure les quantités de nourriture pour moi et j'ai arrêté de me gaver* (McConatha et al., 2020). Même constat était soulevé chez des migrants africains dans une autre étude en Australie. L'un d'eux a déclaré : *Et ma femme, qui n'est pas très bien elle-même, fournit toujours un effort particulier pour s'assurer que je prenne mes repas, même*

*lorsque j'ai d'autres contraintes et que j'ai du mal à le faire moi-même, et elle a essayé de fournir un effort supplémentaire pour s'assurer que je mange, et cela a été bon. Elle a surveillé et gardé un œil sur ce que je mange (Alloh et al., 2019).*

Enfin, il semble que les hommes peuvent contribuer à la gestion du DT2 de leur conjointe. En effet, dans certaines familles, l'homme s'occupe de prendre et gérer des rendez-vous de santé de sa conjointe. Ce qui est le cas d'une participante pakistanaise dans une étude menée au Canada ayant déclaré : *Je n'ai jamais fait ce genre de chose [prise de rendez-vous, etc.] auparavant. C'est mon mari qui s'occupe de tout. C'est pourquoi je n'ai pas prévu de me rendre chez le médecin. Il [le mari] s'occupe des rendez-vous et des autres formalités (Allen et al., 2020).* Une autre a ajouté : *oui, mon mari et mes enfants me motivent, ils me disent que je dois aller me faire examiner (Allen et al., 2020).*

Cela témoigne l'influence culturelle du rôle de genre dans la gestion du DT2 au sein d'une famille.

**Liens religieux. (n=9 ou ≈ 43 %)** Tout d'abord, mentionnons que les liens religieux peuvent être présents en dehors du contexte de la migration tout comme les liens sociaux et culturels, mais ils semblent être amplifiés par la migration. Cependant, les liens religieux chez les migrants peuvent être enracinés dans certaines cultures et de ce fait, avoir un impact sur la vie des migrants dans les pays d'accueil.

***Influence des liens religieux sur la prise en charge et la gestion du DT2.*** Les pratiques religieuses, la croyance en Dieu ainsi que les prières semblent exercer une influence positive sur le bien-être des migrants (Ahmad et al., 2021b; Kindarara et al., 2017; Magny-Normilus et al., 2020). Premièrement, dans plusieurs études (Ahmad et al., 2021b; Kindarara et al., 2017; Magny-Normilus et al., 2020), des migrants ont déclaré que la prière et la croyance en Dieu les aidaient à bien gérer le DT2. Un migrant dans une des études a déclaré : *c'est lui [Dieu] qui me donne la direction, qui m'aide, ce n'est pas mon pouvoir. C'est le pouvoir de Dieu. C'est la puissance de Dieu qui m'aide à surmonter ce diabète. Merci à Dieu pour cela (Kindarara et al., 2017).* Un autre migrant adepte de l'hindouisme a mentionné : *je suis l'hindouisme et je fais des prières. Après les prières, je me sens bien, cela me donne des vibrations positives de l'intérieur (Ahmad et al., 2021b).* Cela a été aussi exprimé par des croyants musulmans dans la même étude, dont l'un qui a déclaré : *oui, je récite le Coran et je fais ma prière 5 fois par jour. Pour moi, c'est juste une connexion directe avec Dieu, c'est tout. Je récite le Coran aussi fort que possible. J'essaie de*

*le faire tous les jours, et cela me donne une force intérieure positive.* (Ahmad et al., 2021b). En addition, les croyances religieuses peuvent aussi avoir un impact sur l'acceptation de la maladie, ce qui peut aider à faire face à la maladie. Par exemple, des migrants du Moyen-Orient dans une recherche menée en Suède ayant développé des complications du DT2 (ulcères des pieds diabétiques) ont mentionné que leur situation de santé était la volonté d'Allah, qu'il fallait accepter à tout prix (Hjelm et Apelqvist, 2016).

Deuxièmement, certaines obligations religieuses en lien avec l'alimentation peuvent être bénéfiques pour la gestion du DT2. Par exemple, le jaïnisme qui oblige les adeptes à adopter un régime végétarien. Un migrant dans la recherche de (Ahmad et al., 2021b) a déclaré : *Je suis adepte du jaïnisme, et je suis purement végétarienne parce que le principe d'Ahimsa (non-violence) nous encourage à prendre des légumes. Cela aide à contrôler le diabète.*

Quant à la pratique d'activité physique pour la gestion du DT2, certains migrants dans la recherche par Abuelmagd et al. (2019) considèrent les mouvements pendant la prière comme un moyen possible de pratiquer une activité physique. De même, des adeptes de l'hindouisme dans l'étude par (Ahmad et al., 2021b) ont mentionné que le yoga et la méditation les aidaient à contrôler leur DT2. L'un d'eux a déclaré ceci : *La méditation renforce votre système immunitaire si vous la pratiquez pendant plusieurs années. Pendant la méditation, je dis à mon esprit d'être dans le présent, d'être toujours heureux, d'être une bonne personne, sans colère ni critique...* (Ahmad et al., 2021b).

Aussi, certains migrants musulmans originaires du Moyen-Orient dans une étude suédoise ont évoqué l'influence positive du lavage régulier des pieds comme rituel durant la prière, sur l'hygiène des pieds pour une personne atteinte de DT2 (Hjelm et Apelqvist, 2016).

Troisièmement, il a aussi été rapporté que les liens religieux peuvent contribuer à favoriser les rencontres et activités sociales entre migrants. En effet, l'église peut être considérée comme centre communautaire et jouer le rôle de leader social dans des communautés de certains migrants, comme celles des Samoanes dans la recherche australienne de (Shahab et al., 2019).

En revanche, bien que les croyances religieuses semblent aider à préserver le bien-être et contribuer à l'adoption de bonnes habitudes de vie pour gérer le DT2, elles peuvent amener une certaine fermeture et de l'incrédulité face au développement de la maladie (Ahmad et al., 2021b; Shahab et al., 2019). Par exemple, certains participants dans l'étude d'Ahmad et al., (2021b) pensaient que les prières et bénédictions des chefs religieux avaient le pouvoir de prévenir des

maladies dont le DT2. Aussi, certaines obligations religieuses peuvent être néfastes à la gestion du DT2, en amenant les personnes à prendre des décisions qui peuvent contribuer à la détérioration de l'état de leur santé (Ahmad et al., 2021b; Shahab et al., 2019). En effet, dans quelques études l'influence des croyances religieuses a été perçue dans les décisions concernant la santé, notamment, l'usage de l'insuline et des médicaments d'origine animale, qui contiendraient des ingrédients provenant des animaux, dont la consommation est interdite par leur religion (Ahmad et al., 2021b; Shahab et al., 2019). D'ailleurs, un migrant dans l'une de ces études a mentionné ceci: *Si certains médicaments sont fabriqués à partir de sources animales, en particulier le porc, j'éviterai de les prendre parce que c'est interdit, haram, dans l'islam.* (Ahmad et al., 2021b). Un autre migrant dans l'autre étude a ajouté : *Les Samoans sont chrétiens et ils disent toujours qu'ils croient en Dieu, et quand ils font quelque chose, ils disent toujours qu'il faut prier. Juste prier, prier pour que Dieu guérisse cette personne mais on ne lui donne pas de médicaments* (Shahab et al., 2019).

Il semble aussi que la religion peut entretenir un sentiment d'obligation de contribuer financièrement à l'église et à la communauté, en envoyant de l'argent et des biens au pays d'origine. Ce qui était le cas pour certains migrants dans l'étude de (Shahab et al., 2019). Cette pratique pouvait placer ces migrants dans des situations de précarité, allant jusqu'à manquer de médicament pour la gestion de leur DT2 (Shahab et al., 2019).

Enfin, certaines pratiques religieuses telles que le jeûne peuvent avoir un impact positif sur le bien-être, mais peuvent aussi causer préjudice à la personne diabétique (Ahmad et al., 2021b; Jager et al., 2019). En effet, des points de vue divergents concernant l'impact du jeûne religieux sur la gestion du DT2 ont été émis par des migrants participant à l'étude de Ahmad et al. (2021b). Précisément, certains croient que le jeûne n'a aucun effet négatif sur leur DT2 et d'autres admettent le contraire, car selon eux, le jeûne rend difficile le contrôle de la glycémie (Ahmad et al., 2021b). Cependant, les migrants dans l'étude d'Abuelmagd et al. (2019) ont estimé que la pratique du jeûne religieux ne constituait pas un obstacle pour la compliance à leur traitement. Similairement, des migrants dans l'étude d'Ahmad et al. (2021b) ont ajouté que lorsqu'ils modifient les horaires de prise de médicament en fonction du jeûne, ce dernier n'entraîne pas nécessairement de conséquence sur leur compliance au traitement. Cela a été aussi appliqué par des migrants dans l'étude de Jager et al. (2019) qui ont déclaré respecter leur régime

alimentaire recommandé pour la gestion DT2 lors de la consommation des repas au coucher du soleil, et d'adapter leurs médicaments en conséquence.

En outre, des migrants croyants dans ces recherches ont avoué pratiquer le jeûne religieux malgré leur maladie, car pour eux, le jeûne est une obligation religieuse à ne pas négliger (Abuelmagd et al., 2019; Ahmad et al., 2021b; Jager et al., 2019). De plus, d'autres auraient même menti à leur médecin traitant au sujet de leur jeûne (Jager et al., 2019). D'ailleurs l'un d'eux a avoué : *mon médecin ne me l'a pas permis, mais je l'ai fait quand même. C'est pourquoi j'ai menti. Il m'a demandé et j'ai dit non. Il a dit que vous ne devriez pas jeûner et j'ai dit OK. Mais je ne voulais pas ça, je voulais être à jeun* (Jager et al., 2019). En revanche, ceux qui ne jeûnent pas ont mentionné de ne pas l'avoir fait en raison de leur bas taux de glycémie ou de l'exemption au jeûne qui serait accordé aux personnes malades (Jager et al., 2019).

Par ailleurs, ceux qui ne préconisent pas le jeûne avec le DT2 pensent que les personnes diabétiques qui pratiquent le jeûne le font par pression sociale (Ahmad et al., 2021b).

**Liens linguistiques. (n=9 ou ≈ 43 %)** Beaucoup de migrants maintiennent leurs habiletés à s'exprimer dans leur langue maternelle. Il s'avère que cela les relie à leurs proches et à leur communauté culturelle ainsi qu'à leur pays d'origine. Cependant, certains migrants peuvent éprouver des difficultés à s'exprimer dans la langue parlée dans le pays d'accueil (Abuelmagd et al., 2019; Allen et al., 2021; Choi et al., 2018; Mitchell-Brown et al., 2017). Cela peut être particulièrement éprouvant lorsqu'ils sont atteints de DT2 et que des soins sont requis (Jager et al., 2019; Joo et Lee., 2016).

**Impact de la barrière linguistique sur la prise en charge du DT2.** Même si certains migrants se disent satisfaits des soins de santé donnés par les professionnels de la santé dans les pays d'accueil, la barrière linguistique chez les migrants peut constituer un obstacle majeur à la compréhension de la maladie, des traitements, de l'enseignement transmis par les professionnels de la santé ainsi qu'à la relation avec ces derniers (Abuelmagd et al., 2019; Carolan-Olah et Cassar, 2018; Joo et Lee., 2016; Mitchell-Brown et al., 2017; Roth et al., 2021).

Conséquemment, certains migrants, comme dans l'étude de (Allen et al., 2020), retournent dans leur pays d'origine pour y recevoir des soins de santé à cause de cela. En revanche, d'autres migrants, par exemple des migrants italiens en Australie dans la recherche par (Carolan-Olah et Cassar, 2018), ont exprimé le besoin d'avoir des ressources supplémentaires telles que des interprètes italiens et des livres écrits en italiens afin de surmonter les barrières linguistiques

(ex. : faciliter l'enseignement du DT2). Aussi, certains migrants, par exemple, les participants dans les recherches de (Mitchell-Brown et al., 2017; Uppal et al., 2016), cherchent des professionnels de la santé provenant du même pays d'origine et parlant la même langue qu'eux afin de surmonter les barrières linguistiques. D'ailleurs, un migrant mentionne : *c'est satisfaisant d'aller voir un médecin hmong. Il est plus facile d'expliquer et d'exprimer son besoin* (Mitchell-Brown et al., 2017).

Il en est aussi dégagé que les difficultés à s'exprimer dans la langue du pays d'accueil peuvent avoir un effet négatif sur l'implication personnelle aux soins du DT2, en particulier la participation (prise et présentation aux rendez-vous) et au dépistage des complications du DT2 telle que la rétinopathie, ce qui était le cas pour certains participants dans l'étude de Allen et al. (2020). D'autre part, la barrière linguistique peut aussi limiter l'échange et le partage d'information entre le migrant atteint du DT2 et les professionnels de la santé (Jager et al., 2019; Uppal et al., 2016). Cela peut avoir un impact important dans la gestion quotidienne du DT2 (adhésion au traitement, participation aux programmes d'enseignement et d'activité physique, groupes de soutien sur le DT2, échange avec d'autres personnes atteintes du DT2) (Jager et al., 2019; Uppal et al., 2016).

**Recherche des soins de santé.** Quelques études (n=4 ou ≈19 %) rapportent que des migrants retournent rechercher des soins de santé dans leurs pays d'origine ou auprès des membres de leur communauté culturelle afin de surmonter les obstacles d'accès aux soins vécus dans le pays d'accueil (Ahmad et al., 2021a ; Allen et al., 2020; Choi et al., 2017; Joo et Lee., 2016).

***Les facteurs motivant la recherche des soins de santé à l'étranger ou auprès des membres de la communauté.*** Plusieurs facteurs motivent des migrants à retourner vers leurs pays d'origine pour y rechercher des soins, notamment les préférences pour la médecine traditionnelle, la barrière linguistique et les difficultés d'accès aux services et soins de santé dans le pays d'accueil (Allen et al., 2020). Cela a été davantage observé chez des migrants chinois, parlant le mandarin dans deux études (Allen et al., 2020; Choi et al., 2018). D'ailleurs, un migrant chinois vivant au Canada a déclaré : *Au Canada, la barrière de la langue apparaît chaque fois qu'il s'agit de l'hôpital et C'est pourquoi je retourne en Chine deux fois par an - c'est principalement pour mon examen médical.* (Allen et al., 2020). Même chose pour des migrants coréens dans une étude américaine qui ont avoué chercher les informations et les conseils sur la gestion du DT2 sur les

sites internet et télévisions coréens. Un migrant Coréen mentionne: *aujourd'hui, Internet est bien développé ; je recherche du matériel éducatif sur l'autogestion du diabète sur les sites web officiels ou les blogs des principaux hôpitaux coréens* (Joo et Lee., 2016). Similairement, des migrants chinois dans l'étude canadienne ont mentionné que lorsque l'information reçue des professionnels de la santé leur semble limitée ou incomplète, ils se tournent vers les membres de leur communauté (Choi et al., 2018).

Aussi, certains migrants indiens vivant en Australie, dans l'étude de (Ahmad et al., 2021a) ont avoué avoir tenté des traitements alternatifs (ex. : herbes, médecine ayurvédique) provenant de l'Inde avant de débiter le traitement contre le DT2 prescrit par le médecin. Par ces faits, ils semblent avoir plus confiance aux thérapies de leur pays jusqu'à prendre la décision de débiter leur consommation en premier pour voir l'effet avant de débiter le traitement prescrit par le médecin (Ahmad et al., 2021a). Un migrant indien a mentionné ceci : *Mon ami a apporté des médicaments ayurvédiques d'Inde, il était diabétique et les utilisait* (Ahmad et al., 2021a). D'autres encore, se rendent eux-mêmes dans leur pays d'origine, délaissant leur traitement en cours pour des thérapies/traitements traditionnels, suggérés par leurs proches vivant dans le pays d'origine (Ahmad et al., 2021a).

**Expériences avant, pendant et après la migration.** Les expériences avant, pendant ou après la migration ont un impact sur la prise en charge du DT2, allant de l'acceptation de la maladie, passant par la compliance aux traitements prescrits jusqu'aux suivis requis.

**Impact de la migration sur la santé ainsi que la prise en charge du DT2.** Plusieurs études (n=9 ou  $\approx 43\%$ ) ont fait mention des situations ayant entraîné la migration ainsi que l'impact de cette dernière sur l'apparition du DT2 et sa prise en charge. Ces facteurs, pouvant aussi être considérés comme des liens politiques, économiques et environnementaux, affectent la vie et la santé des personnes migrantes atteintes de DT2. En effet, certains migrants dans une des études associent le développement du DT2 au processus de la migration, découlant de la guerre et des crises économiques dans leur pays d'origine (Abuelmagd et al., 2019). D'autres migrants dans une autre recherche ont partagé l'impact négatif des conflits politiques (guerres) à l'origine de la migration, sur la mauvaise gestion de leur DT2 préexistant avant la migration (Van Hemelrijck et al., 2021). Par ailleurs, certains migrants dans une troisième étude ont relié le stress quotidien de leur vie à la suite de leur réinstallation (recherche d'un nouvel emploi, changement d'environnement) dans le pays d'accueil comme étant une cause sous-jacente de l'apparition du

DT2 (Kindarara et al., 2017). D'ailleurs, un migrant africain vivant aux États-Unis a déclaré ceci : *je peux dire que 90 % des gens, les gens de chez moi qui viennent d'Afrique, n'ont jamais eu de diabète quand ils étaient dans mon pays, mais quand ils viennent ici [aux États-Unis], ils en ont. Je pense donc que le mode de vie, la concurrence, le loyer, tout affecte leur vie. Parfois, même si vous travaillez, vous ne pouvez pas vous permettre de payer le loyer. C'est cher. Donc ça s'ajoute au stress* (Kindarara et al., 2017). En effet, il a été rapporté par des migrants à travers un certain nombre d'études que des difficultés d'adaptation dans leur nouvel environnement (pays d'accueil), rendent difficile la gestion du DT2 (Alloh et al., 2019; Kindarara et al., 2017; Uppal et al., 2016). De plus, certains migrants africains estiment que les aliments et boissons consommés en Afrique sont plus sains que ceux qu'ils consomment aux États-Unis (Kindarara et al., 2017). Même fait est rapporté par des migrants haïtiens vivant aux États-Unis dans l'étude par (Magny-Normilus et al., 2020).

Quant à la pratique d'activité physique, des migrants dans plusieurs études ont mentionné que l'environnement et le style de vie dans le pays d'accueil (ex. : Royaume-Uni, États-Unis) ne permettent pas la pratique d'une activité physique (Alloh et al., 2019; Kindarara et al., 2017; Magny-Normilus et al., 2020; Uppal et al., 2016). D'ailleurs, un migrant dans une des études mentionne : *le genre de vie que nous menons ici est juste difficile pour effectuer ces exercices que mes médecins me demandent de toujours faire, vous savez ? Je veux dire que je vais au travail, ce qui aide un peu, mais cet endroit semble avoir tout mis à ma portée, je n'ai presque pas besoin de marcher ou de faire de gros travaux, c'est le problème ici* (Alloh et al., 2019). Un autre dans une des autres études a ajouté : *si vous y pensez, les gens prennent du poids une fois qu'ils sont ici parce que vous ne marchez pas beaucoup comme chez vous [en Afrique subsaharienne]. Chez nous, on marche beaucoup. Tout le monde n'a pas de voiture* (Kindarara et al., 2017). Un migrant haïtien dans la recherche menée par (Magny-Normilus et al., 2020) a aussi déclaré : *En Haïti, nous marchons pour aller à l'école et en revenir, nous marchons pour rencontrer nos amis lorsque nous avons besoin de nous socialiser, nous marchons pour aller à des réunions, nous marchons pour tout. Nous avons plus de temps pour socialiser avec notre famille et nos amis. Nous nous aimions plus, nous étions moins stressés.*

Par ailleurs, le manque de ressource financière dans le pays d'accueil peut constituer un frein à la bonne gestion du DT2. Par exemple, certains migrants dans l'étude de (Alloh et al., 2019) rapportent que le coût associé aux aliments sains peut avoir un impact sur les modifications

des habitudes de vie et conséquemment sur la gestion du DT2. De plus, dans certains pays d'accueil, les personnes doivent avoir des assurances privées afin de bénéficier des soins de santé et d'une couverture pour l'achat des médicaments. Cependant, ceux qui n'en possèdent pas peinent à s'acheter des aliments sains et des médicaments, comme le mentionne un migrant dans l'étude par (Kindarara et al., 2017): *Oui, parce que lorsque je suis passée à une alimentation saine, chaque fois que je vais faire des courses, je dépense beaucoup d'argent et je me demande si c'est parce que ce n'est pas de la nourriture nigériane. Parfois, j'avais l'habitude d'acheter beaucoup de nourriture nigériane, mais quand il s'agit de toute cette nourriture saine, même une petite portion représente beaucoup d'argent* (Alloh et al., 2019). Ce qui rejoint le commentaire d'un migrant africain dans l'étude de (Kindarara et al., 2017) ayant mentionné : *Quand vous allez dans les magasins, vous voyez que la nourriture saine et bonne est très chère et que seuls les riches peuvent l'avoir. Mais les pauvres vont surtout au fast-food. C'est la seule chose qu'ils peuvent se permettre. Une autre ajoute: les médicaments sont aussi chers... J'ai découvert, lorsque j'ai perdu mon assurance, combien les médicaments coûtent"* (Kindarara et al., 2017). Outre les frais associés à la gestion de leur DT2, le style de vie, les emplois peu ou mal rémunérés, conjugués à l'obligation pour certains d'envoyer l'argent aux membres de famille restés dans le pays d'origine, ont un impact sur la vie des migrants et sur la gestion du DT2. Ce qui était la situation de certains migrants haïtiens dans l'étude de (Magny-Normilus et al., 2020).

***L'impact de l'expérience pré et post-migration avec les services de santé sur la prise en charge du DT2. (n= 7)*** Dans plusieurs études, certains migrants, surtout ceux qui ont reçu leur diagnostic de DT2 dans le pays d'origine ont partagé que les soins dans leur pays n'étaient pas adaptés à leurs besoins, entraînant ainsi des difficultés dans la prise en charge de la maladie (Ahmad et al., 2021a; Alloh et al., 2019; Alloh et al., 2021; Uppal et al., 2016; Van Hemelrijck et al., 2021). Par exemple, certains migrants ont reconnu que la prise en charge du DT2 est meilleure dans le pays d'accueil comparé au pays d'origine, car ils ont pu bénéficier d'un diagnostic précoce et d'une meilleure prise en charge du DT2, grâce à l'accès facile au système et aux soins de santé dans le pays d'accueil (Ahmad et al., 2021a; Alloh et al., 2021). En effet, des migrants ont déclaré que dans leur pays d'origine les services de santé étant payants, ils devaient tout déboursier de leurs poches pour pouvoir consulter un médecin et acheter les médicaments prescrits (Ahmad et al., 2021a; Alloh et al., 2021; Van Hemelrijck et al., 2021). De plus, ils ont ajouté que l'enseignement sur le DT2 et ses traitements n'étaient pas ou presque pas donné par

leurs professionnels de la santé dans le pays d'origine (Ahmad et al., 2021a; Alloh et., 2021; Uppal et al., 2016). Un migrant a mentionné : *il n'y a pas de spécialistes des pieds ou de la nourriture en Éthiopie* (Uppal et al., 2016). Un autre a ajouté : *le matériel nécessaire à l'autogestion, comme les glucomètres pour mesurer la glycémie, les bandes pour les glucomètres et l'insuline, étaient rares (c'est-à-dire limités en termes de disponibilité et d'accessibilité) dans le pays d'origine. Dans le cas de l'insuline, cette rareté pouvait faire augmenter les coûts* (Uppal et al., 2016).

En revanche, dans un certain nombre d'études, des migrants qui ont été diagnostiqué dans le pays d'accueil (ex. en Australie), ont avoué avoir un meilleur accès aux services de santé et recevoir des meilleurs soins que dans leur pays d'origine (Ahmad et al., 2021a; Alloh et., 2019; Alloh et., 2021; Uppal et al., 2016). D'ailleurs un migrant indien dans une de ces études a déclaré : *J'ai la chance d'avoir été diagnostiqué en Australie, quand on m'a diagnostiqué le diabète, j'ai eu un plan de soins de santé.... J'ai eu quatre séances avec un diététicien et un examen des yeux pour planifier mon bien-être, ce genre de choses, alors oui, c'est bien... mais en Inde, c'est tout le contraire, je dois payer pour tout et le système de santé public est totalement mauvais là-bas, je ne l'utilise jamais, je vais toujours voir mon médecin privé.* (Ahmad et al., 2021a). Un autre migrant dans une deuxième étude a déclaré : *Alors je suis venu ici, ici vous avez tout ici, j'ai un suivi. L'infirmière m'a tout montré et tout expliqué* (Uppal et al., 2016). Mentionnons qu'un bon accès aux soins et services de santé permet une prise en charge rapide du DT2.

En bref, les expériences avec les services et les soins de santé reçus avant ou après la migration ont un impact sur toute la prise en charge du DT2.

Par ailleurs, il a aussi été rapporté que les expériences antérieures peuvent avoir un impact sur la réceptivité des migrants et leur adhésion aux programmes de gestion du DT2 dans les pays d'accueil (Choi et al., 2018). Par exemple, des migrants chinois dans une étude ont rapporté éprouver des difficultés à naviguer dans le système de santé australien, par ce que les services sont différents de ceux de la Chine (Choi et al., 2018). Un migrant chinois a déclaré : *La consultation individuelle avec des professionnels est une bonne chose, mais nous n'y sommes pas habitués. À Hong Kong, nous nous rendons dans les centres communautaires pour assister à des conférences sur la santé et obtenir des informations sur la santé* (Choi et al., 2018). De plus, il a aussi rapporté que l'enseignement sur le DT2 ne répondait pas toujours aux attentes de migrants cultivés, ayant déjà une bonne connaissance antérieure du DT2, allant jusqu'à créer un désintéret

(Choi et al., 2018). Un migrant chinois dit ceci : *Ces ressources sont trop simples. Ils [les personnes qui ont élaboré le matériel] partent du principe que les personnes qui ont un mauvais niveau d'anglais ont également une mauvaise connaissance de la santé, mais de nombreux migrants chinois sont des professionnels à la retraite ou ont déjà lu des livres sur le diabète. Ils ont besoin d'informations plus approfondies et non d'images et de descriptions simplifiées du diabète* (Choi et al., 2018).

**Lien affectif. (n=3 ou ≈ 14% )**

***L'influence des liens affectifs sur la gestion du DT2.*** Certains migrants d'origine africaine et caraïbéennes au Canada dans la recherche menée par (Allen et al., 2020), ont rapporté l'importance pour eux d'entretenir leur santé pour le bien-être de leurs enfants. Par ailleurs, le souci et les inquiétudes en lien avec les membres de famille restés dans le pays d'origine peuvent occasionner du stress, constituant un obstacle à une gestion optimale du DT2 (Van Hemelrijck et al., 2021). En effet, certains migrants dans deux études menées respectivement en Australie et en Belgique ont mentionné que la gestion de leur DT2 était perturbée par le stress quotidien occasionné par les préoccupations ainsi que le fardeau économique et mental lié aux membres de la famille restés dans leurs pays d'origine (Roth et al., 2021; Van Hemelrijck et al., 2021).

## **Chapitre 5 – Discussion**

Cette métasynthèse de 21 études qualitatives visait à déterminer l'état des connaissances sur le transnationalisme (l'influence/l'impact des liens transnationaux) et l'expérience des personnes migrantes vivant avec le DT2 dans les pays à revenu élevé. Le transnationalisme comme cadre de référence a permis d'identifier plusieurs liens transnationaux, soit les liens : sociaux, culturels, religieux, linguistiques, affectifs, ainsi que la recherche et l'utilisation des soins de santé à l'étranger. Ces liens représentent les composantes du transnationalisme comme « manière d'appartenir » et « manière d'être », reflétées par les démonstrations identitaires, la conscience, les émotions, le sentiment d'appartenance à ses proches (famille, amis) et aux membres de la communauté culturelle, les échanges d'informations et des ressources (matérielles et financières), ainsi que la recherche et l'utilisation des soins et des services de santé dans le pays d'origine ou auprès des membres de la communauté culturelle du pays d'origine. (Levitt et Jaworsky, 2007; Vervotec, 2001). Cela a été particulièrement marqué par la participation aux rassemblements/événements, les visites dans le pays d'origine, le partage de la nourriture, la consommation des aliments traditionnels, la conservation et le respect des valeurs et pratiques culturelles.

Il a aussi été mis en évidence que la trajectoire migratoire transnationale a un impact important sur la santé des migrants et la prise en charge de leur maladie. Finalement, il a été révélé que les liens transnationaux ont un impact positif et négatif sur la vie des migrants, notamment les habitudes de vie (alimentation, activité physique), l'acceptation et l'adaptation à la maladie (*coping*), la gestion quotidienne du DT2, le soutien à la prise en charge de la maladie, le stress, ainsi que l'accès aux soins et services de santé.

Par ailleurs, les liens transnationaux dans un contexte des soins n'étaient pas vraiment évidents dans les études examinées dans le cadre de ce travail.

### **Liens sociaux et liens culturels**

Il a été constaté que plusieurs liens transnationaux, surtout les liens sociaux et les liens culturels, sont interreliés et se chevauchent entre eux. Prenons l'exemple des événements familiaux qui sont souvent liés aux traditions culturelles. Il en est de même pour les attentes que certains peuvent avoir envers leurs proches quant au soutien nécessaire qu'ils doivent leur apporter. Cela peut aussi être influencé par la culture.

En plus d'être très connectés, les liens sociaux et les liens culturels ont des impacts à la fois positifs et négatifs sur la gestion et la prise en charge du DT2. Cela inclut l'adoption et le maintien de bonnes habitudes de vie, le respect des traitements prescrits, ainsi que le soutien des proches. D'une part, il a été révélé dans les études que les proches (famille, amis) et membres de la communauté culturelle occupent une place importante dans la vie des migrants et peuvent être des sources de motivation dans la prise en charge du DT2. Aussi, il a été rapporté que les migrants se réunissent souvent avec leurs proches, parfois dans le pays d'origine, lors d'évènements, activités sociales et visites à la famille. Cependant, il semble que ces rassemblements créent un espace d'échange qui pourrait renforcer chez eux un sentiment d'appartenance à leur communauté. Cela pourrait contribuer à une bonne gestion du DT2 (rappel de la prise de médicament, partage des expériences positives). Ces résultats sont en concordance avec des études précédentes ayant affirmé l'impact positif des liens sociaux sur la gestion du DT2 (Olaya-Contreras et al., 2019; Osokpo et al. 2021; Patel et al., 2016). Précisément, la revue systématique des écrits menée par Osokpo et al. (2021) rapporte que le soutien de la famille facilite la gestion de la maladie à travers les autosoins chez les migrants atteints d'une maladie chronique comme le DT2. Aussi, les résultats de l'étude de Patel et al. (2016) dont le but était d'explorer le rôle des liens sociaux et des croyances sur le diabète chez les Britanniques d'origine sud-asiatique ont mené à la conclusion que les contacts (liens/réseaux) sociaux sont une source précieuse d'information et de support dans la gestion du DT2 (Patel et al., 2016). Olaya-Contreras et al. (2019) ont aussi rapporté que la participation et le soutien des proches constituaient un facteur facilitant la modification des habitudes de vie.

Par ailleurs, quoique positifs pour la gestion du DT2, les liens sociaux, par exemple des réunions familiales, peuvent aussi s'ériger en obstacle à la gestion du DT2 (omission ou oubli de la dose de médicament prescrit, consommation des aliments néfastes pour le DT2, etc.). De plus, certains migrants auraient culturellement des attentes envers les membres de leur famille pour obtenir leur soutien dans la gestion du DT2 (aide à la prise et accompagnement aux rendez-vous, préparation des repas, etc.), alors que ces derniers ne sont pas toujours disponibles notamment en raison des responsabilités concurrentes, qui peuvent être associées à la culture plus individualiste du pays d'accueil, exerçant une influence sur les relations familiales.

Cependant, d'autres migrants ont avoué cacher leur maladie aux proches par crainte de stigmatisation et de pression sociale liées aux attentes des proches. Cela les mettant à risque de ne pas respecter les bonnes habitudes de vie recommandées dans la gestion du DT2. La même chose a été aussi rapporté précédemment dans une étude suédoise (Olaya-Contreras et al., 2019) dont le but était d'explorer les perceptions, les expériences et les obstacles liés à la modification des habitudes de vie chez les immigrants irakiens à risque de DT2 et vivant en Suède. Les résultats de l'étude ont révélé la présence de plusieurs obstacles sociaux et culturels à la modification des habitudes de vie notamment la consommation de grandes portions d'aliments, le choix et la préférence pour certains aliments et boissons, les horaires irréguliers des repas, ainsi que les attentes traditionnelles des proches (famille, amis) en lien avec l'alimentation (Olaya-Contreras et al., 2019).

D'autre part, les résultats de la présente étude ont aussi révélé que certaines croyances et pratiques culturelles des migrants ont un impact sur leur gestion du DT2. Par exemple, certains éprouveraient de la difficulté à apporter et à maintenir des changements dans leurs habitudes alimentaires puisqu'ils ont du mal à abandonner ou à réduire la consommation de certains aliments de leur pays et de leur culture, car cela irait à l'encontre des valeurs culturelles adoptées par la famille/communauté. Certaines migrantes ont même négligé leur bonne alimentation au profit des membres de la famille, puisqu'elles ont la responsabilité de la préparation des aliments. De plus, d'autres migrants ont déclaré recourir à la consommation des produits traditionnels pour la gestion du DT2. Cela illustre l'impact des liens culturels sur la gestion du DT2, qui a d'ailleurs été observé par d'autres études précédentes. À titre d'exemple, la revue systématique des études mixtes menée par Osokpo et al. (2021) dans le but de comprendre et d'identifier les facteurs culturels influençant les pratiques d'autosoins des migrants africains vivant avec une maladie chronique telle que le DT2, dans des pays à revenu élevé a révélé des résultats similaires quant à l'impact (positif et négatif) des croyances et pratiques culturelles sur la gestion et prise en charge du DT2. Les auteurs ont mentionné que l'identité culturelle constitue à la fois un facilitateur et une barrière à la gestion des maladies chroniques telle que le DT2 chez les personnes migrantes. En effet, les auteurs ont rapporté que les normes, les croyances et les pratiques culturelles influencent la gestion d'une maladie chronique. Ils ont ajouté que les préférences pour la consommation d'aliments culturels amènent une difficulté dans le respect du régime alimentaire recommandé pour la gestion de la maladie (Osokpo et al., 2021). Cela est en concordance avec

les résultats d'une étude (Biyikli Gultekin, 2017) autrichienne menée dans le but de déterminer les besoins, les attentes, les conditions particulières et les caractéristiques culturelles des femmes turques atteintes de DT2 et vivants à Vienne. Les résultats semblent évoquer qu'il est souvent difficile pour des migrants d'apporter des changements dans leurs habitudes alimentaires principalement à cause de l'importance que revêt la cuisine, les aliments traditionnels, ainsi que le fait de se réunir en famille autour de la table pour manger ces mets traditionnels (Biyikli Gultekin, 2017). De plus, ces deux études (Osokpo et al., 2021; Biyikli Gultekin, 2017) font mention du recours des migrants aux traitements traditionnels (herbes) venant du pays d'origine pour la gestion du DT2. Cette pratique peut entraîner des délais dans la prise en charge du DT2. Similairement, une étude (Brathwaite et Lemonde, 2016) canadienne dont le but était d'explorer les croyances en matière de santé des migrants africains adultes concernant le DT2 et leurs pratiques pour le prévenir a révélé que des migrants s'adonnaient à certaines pratiques telles que la consommation des vitamines, d'herbes, des tisanes pour prévenir le développement du DT2. Cela a aussi été observé dans l'étude ethnographique menée en Écosse (Porqueddu, 2017) dans le but de déterminer la compréhension du diabète par les migrants indiens et pakistanais, leur expérience de la maladie et leurs stratégies de gestion de la maladie. Les auteurs ont rapporté que les migrants présentent une grande résistance à l'adhésion aux traitements médicamenteux prescrits à cause des effets secondaires. Ces migrants ont alors recouru aux remèdes à base de plantes qui, selon eux, ne causent pas d'effets secondaires, mais s'attaquent aux causes de la maladie.

Les résultats de la présente étude apportent une vision plus large sur les impacts autant positifs que négatifs des liens transnationaux sociaux et culturels, en attestant non seulement l'attachement social et culturel des migrants à leurs proches (famille, amis) et membres de la communauté culturelle dans le pays d'accueil, mais aussi avec les membres de la famille dans le pays d'origine. Cela a permis de révéler comment ces liens affectent la vie des migrants en influençant leur gestion et leur prise en charge du DT2.

En outre, les liens religieux et linguistiques sont également liés aux liens culturels et sociaux, et peuvent aider pour l'adaptation ou le *coping* avec le DT2, mais peuvent également créer des barrières à une bonne gestion de cette maladie (pratiques pouvant nuire à la santé, fatalisme et barrières linguistiques).

## **Liens religieux**

Il a été rapporté que les liens religieux revêtent une grande importance pour des migrants puisqu'ils influencent tant positivement que négativement la prise en charge et la gestion du DT2. En effet, des études ont révélé que certaines croyances et pratiques religieuses (ex. : la prière, le jeûne, le rituel de lavage des pieds) pouvaient aider des migrants à mieux accepter la maladie et contribuer au bien-être de ces derniers, ainsi qu'au maintien de bonnes habitudes de vie (alimentation saine telle qu'un régime végétarien, pratique d'activité physique comme le yoga, la méditation, les mouvements durant la prière). Des études précédentes ont trouvé des résultats similaires quant à l'impact positif de la religion sur la gestion du DT2. En effet, une étude (Lukman et Merry, 2022) a été effectuée dans le but d'explorer et de décrire les expériences d'autosoins des maladies chroniques des immigrants indonésiens vivant à Montréal, au Canada, et de mieux comprendre comment la religion et le soutien façonnent ces expériences. Les résultats de l'étude ont révélé que la religion et la foi constituaient des sources de motivation et de force, permettant d'accepter et de faire face à la maladie. De même, la revue des écrits menée par Onyishi et al. (2022) dont le but était d'explorer les influences potentielles des croyances, des pratiques et des stratégies d'adaptation religieuses sur les personnes atteintes de DT2 a rapporté un impact positif des croyances religieuses sur le bien-être et la qualité de vie. De plus, les auteurs (Onyishi et al., 2022) ont ajouté que certaines stratégies d'adaptation religieuses peuvent contribuer à une bonne gestion de la maladie. Cela a été également rapporté dans la revue des écrits de Onyishi et al. (2021) dont le but était d'examiner l'impact des croyances religieuses et des interventions basées sur la foi sur la gestion du DT2. Les résultats ont révélé que les croyances religieuses exercent une grande influence tant positive que négative sur la gestion du DT2 et d'autres maladies chroniques. En effet, elles peuvent soutenir à surmonter la maladie en procurant la confiance et l'espoir. En revanche, elles peuvent s'ériger en obstacle lorsqu'elles perturbent les mécanismes et stratégies d'adaptation. Par exemple lorsque la personne malade néglige la gestion et la prise en charge de sa maladie en se consacrant uniquement à la prière et la foi pour gérer la maladie (Onyishi et al., 2021).

Les résultats de notre étude ont aussi révélé que des croyances religieuses peuvent amener de la réticence et une certaine hostilité relativement à la prise en charge du DT2 (traitements, changement des habitudes de vie). De plus, certaines pratiques religieuses peuvent contribuer à la détérioration du DT2, en favorisant certaines décisions telles que le refus de se faire soigner avec

des produits contenant des cellules animales (ex. : insuline), pratiquer le jeûne malgré la maladie, etc. Ces résultats sont en concordance avec des études précédentes ayant affirmé que la religion, les croyances et pratiques religieuses exercent une influence négative sur la gestion et la prise en charge du DT2. En effet, une étude mixte (Andersson et al., 2016) a été menée dans le but de décrire et de comprendre les croyances en matière de la santé par rapport au DT2 ainsi que les attitudes concernant la participation à un processus de dépistage du DT2 dans un groupe local d'immigrants assyriens vivant en Suède. Les résultats ont révélé que l'origine ethnique et la religion de cette population exercent une influence sur leurs croyances en ce qui concerne la santé ainsi que la volonté et l'empressement à se faire dépister pour le DT2. De plus, certains migrants dans cette étude ont déclaré que leur santé appartenait à Dieu à qui revenait le pouvoir sur leur santé (Andersson et al., 2016).

Tout cela permet d'affirmer que les liens religieux (croyances et pratiques religieuses), faisant partie de l'identité des migrants, influencent tant positivement que négativement la gestion et la prise en charge du DT2.

### **Liens linguistiques**

Certains migrants, parlant uniquement leur langue d'origine, ont avoué éprouver des difficultés à s'exprimer dans la langue du pays d'accueil. Cela peut les avoir conduits à rechercher des professionnels de la santé parlant la même langue qu'eux ou à aller consulter ou rechercher des soins et services de santé dans leur pays d'origine.

Il s'avère que la barrière linguistique a un impact important sur la prise en charge du DT2, car elle peut nuire à la compréhension de la maladie et des traitements, en plus de restreindre les interactions avec les professionnels de la santé (enseignement sur le DT2, validation de la compréhension, relation avec les professionnels). Cela affecte la prise en charge du DT2.

D'ailleurs, la revue de la portée menée par Kathri et Assefa (2022) visant à explorer les questions et les défis liés à l'accès aux services de santé parmi les populations culturellement et linguistiquement diverses en Australie a permis d'identifier plusieurs facteurs influençant l'accès aux soins de santé, dont la barrière linguistique et le manque des services d'interprétation adéquats. De même, l'étude australienne (Maneze et al., 2018) sur des migrants philippins âgés atteints de maladie chronique, notamment le DT2 a identifié la barrière linguistique comme l'un

des obstacles à une bonne gestion du DT2. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés dans notre étude.

### **Recherche et utilisation des soins et services de santé**

La recherche et l'utilisation des soins de santé à l'étranger se sont avérées l'une des stratégies utilisées par des migrants pour surmonter les obstacles d'accès aux services de santé dans le pays d'accueil. En revanche, cela peut avoir un impact sur la prise en charge du DT2, car les conseils et soins, provenant parfois des expériences et remèdes traditionnels peuvent ne pas être adaptés à leurs conditions ou peuvent être contradictoires aux recommandations émises par les professionnels de la santé dans les pays d'accueil. Ces résultats rejoignent ceux des études précédentes sur l'utilisation des soins de santé à l'étranger par des migrants. En effet, une étude finlandaise (Kemppainen et al., 2018) a été menée dans le but de comprendre l'utilisation des soins de santé en Russie (soins de santé transfrontaliers) par des migrants d'origine russe vivant en Finlande. Les résultats ont prouvé un lien entre l'intégration dans le pays d'accueil, la discrimination et le recours aux soins de santé transfrontaliers. En effet, les auteurs ont rapporté que les migrants moins intégrés dans le pays d'accueil et ceux qui ont vécu de la discrimination dans les services de santé sont plus susceptibles de recourir aux soins transfrontaliers. Les auteurs (Kemppainen et al., 2018) ajoutent que les liens transnationaux peuvent contribuer au bien-être des migrants en renforçant leur sentiment d'appartenance à leurs pays d'origine et à leurs communautés, ils peuvent malheureusement empiéter davantage sur l'intégration dans le pays d'accueil. De surcroît, ils peuvent accentuer la déconnexion des migrants avec les services de santé dans le pays d'accueil et entretenir la perception que les soins transfrontaliers sont leur seule option pour obtenir des soins de santé (Kemppainen et al., 2018). Cela peut expliquer un lien bidirectionnel entre une intégration difficile des migrants dans le pays d'accueil et la recherche des soins santé dans leurs pays d'origine, ce qui peut accentuer la déconnexion avec les services de santé dans le pays d'accueil. Cette situation est causée entre autres par un manque de connaissance du système de santé et au fait d'avoir vécu de la discrimination dans le pays d'accueil (Kemppainen et al., 2018). De même, l'étude américaine (Gonzalez-Vazquez et al., 2016) menée pour explorer le rôle des liens transnationaux dans la recherche et l'accès à la médecine traditionnelle des migrants Mixtèques d'Oaxaca (Mexique), vivant aux États-Unis, a révélé l'utilisation transnationale de la médecine traditionnelle, notamment des plantes médicinales, des remèdes faits maison, des onguents spirituels, ainsi que le recours aux

guérisseurs traditionnels dans leur pays d'origine. Ceci rejoint les résultats de la revue systématique d'écrits (Villa-Torres et al., 2017) ayant révélé que des migrants voyagent vers leurs pays d'origine pour y recevoir des soins de santé en raison notamment de la langue et de leur perception de la qualité des soins. Aussi, la revue d'écrits (Saleem et al., 2019) menée dans le but de décrire les facteurs influençant l'utilisation des services de santé et des médicaments chez les migrants pakistanais vivant dans les pays à revenu élevé a révélé que l'utilisation des services de santé et des médicaments chez cette population était influencée par plusieurs facteurs, notamment les facteurs socio-économiques (croyances, langue, culture, religion, expérience et préférences personnelles) et les facteurs liés à l'organisation du système de santé dans le pays d'accueil (difficultés de naviguer dans le système de santé jugé très complexe, délais d'attente, manque d'accès, etc.). Pour surmonter ces barrières, certains migrants vont se tourner vers la médecine traditionnelle et alternative de leur pays d'origine (Saleem et al., 2019).

### **Migration transnationale**

La migration transnationale peut jouer un rôle important dans le développement du DT2, sur sa prise en charge et sa gestion dans le pays d'accueil. En effet, les expériences d'avant, pendant et d'après la migration (facteurs/liens politiques, économiques et environnementaux) ont un impact sur la santé des migrants. Par exemple, les résultats révèlent que les expériences de soins de prémigration, ainsi que le stress post-migration et l'adaptation dans le nouvel environnement (pays d'accueil) peuvent amener des obstacles à une bonne prise en charge du DT2. Cela est cohérent avec les travaux de Gushulak et MacPherson, (2006), qui exposent l'impact que peuvent avoir les différentes phases (trajectoires et environnements) de la migration sur la santé des migrants. En effet, ils identifient des phases (avant, pendant et après la migration) qu'ils relient aux possibles conséquences sur la santé. D'abord, ils présentent l'impact que peut avoir le fait qu'une personne migrante aie une condition de santé préexistante avant la migration sur l'issue dans le pays d'accueil (incidence et prévalence de la maladie, connaissances et utilisation des services de santé). Ensuite, ils présentent l'impact que peut avoir l'expérience migratoire sur la santé notamment, des traumatismes physiques et psychosociaux, la violence, les blessures et la précarité. Enfin, ils associent la période post-migratoire à la pauvreté, la barrière linguistique, les barrières administratives (statut migratoire), ayant un impact sur la santé (accès aux soins et aux services de santé).

D'autres études précédentes ont souligné l'impact du trajet migratoire et du statut de migration sur les expériences de santé des personnes migrantes vivant avec le DT2, dont une étude canadienne (Ofosu et al., 2022) qui a été menée dans le but d'examiner l'impact du contexte ethnoculturel des migrants sur l'expérience avec le DT2 et l'obésité, afin d'identifier les difficultés dans leur expérience des soins de santé. Les résultats de l'étude ont révélé la présence des facteurs de stress pré et post migration représentant un fardeau additionnel (difficultés financières, manque de soutien social) pour les migrants dans leur expérience avec le DT2, surtout pour ceux ayant un statut vulnérable ou précaire. Similairement, la revue des écrits menée par Agyemang et al. (2022) afin de déterminer les mécanismes explicatifs potentiels du fardeau du DT2 et de ses complications sur les migrants en Europe a permis d'identifier des facteurs pré et post-migratoires, en plus des prédispositions génétiques, ayant un impact sur le développement du DT2 et ses complications. Les résultats de l'étude ont révélé que les facteurs prémigratoires comprennent notamment le stress psychosocial découlant de la pauvreté, des guerres et des atteintes aux droits de la personne. Les auteurs (Agyemang et al., 2022) ont ajouté que ces facteurs prémigratoires obligent souvent plusieurs migrants à fuir leurs pays d'origine. De plus, les mêmes auteurs rapportent que le principal facteur impactant la santé des migrants après la migration, est l'adaptation dans leur nouvel environnement, car cela implique des changements dans les habitudes de vie (alimentation, activité physique, stress psychosocial, difficultés socio-économiques) et des difficultés d'accès aux services et soins de santé (Agyemang et al., 2022). Ces situations peuvent contribuer au développement du DT2 chez les migrants et entraîner un impact négatif sur la gestion du DT2.

En outre, la séparation familiale à cause de la migration peut aussi avoir un impact sur la santé des migrants, y compris la gestion et la prise en charge du DT2. En effet, des migrants peuvent être motivés à rester actifs dans la prise en charge de leur DT2 à cause de leurs enfants ou membres de la famille restés dans le pays d'origine. En revanche, il a été rapporté que des migrants peuvent éprouver des soucis et inquiétudes pour les membres de la famille restés dans le pays d'origine. D'autres encore, apportent de l'aide et subviennent aux besoins des proches (famille, amis) restés dans le pays d'origine, en envoyant régulièrement des fonds. Cela peut les amener à travailler davantage afin de répondre à leurs besoins. Tout cela peut occasionner du stress additionnel et avoir un impact négatif sur la santé des migrants et leur prise en charge de la maladie, car ils peuvent eux-mêmes manquer de l'argent pour acheter des médicaments et même

manquer du temps pour bien gérer leur maladie. Cela rejoint l'étude menée par Afulani et al. (2016) dans le but d'examiner l'association entre les liens transnationaux et la séparation transfrontalière avec la santé des migrants d'Afrique subsaharienne vivant en France. Les résultats de l'étude ont révélé que les migrants, surtout des femmes ayant laissé leurs enfants à l'étranger, qui transfèrent des fonds à l'étranger, sont plus à risque de présenter une santé précaire, notamment de développer une maladie chronique (Afulani et al., 2016). De même, l'étude de Sanon et al. (2014) a révélé que le fait d'envoyer des fonds aux membres de la famille restés dans le pays d'origine peut contribuer à l'augmentation du stress chez certains migrants, notamment ceux qui ont un faible revenu, allant jusqu'à favoriser l'apparition de certaines maladies chroniques, et à manquer d'argent pour payer leurs propres médicaments.

### **Perspective du transnationalisme versus autres cadres de références soit la compétence culturelle et la sécurisation culturelle**

Dans cette section, nous allons dans un premier temps présenter deux autres cadres de références utilisés dans les études sur les soins de santé auprès des populations minoritaires et ethniques. Certaines similitudes et différences avec le transnationalisme seront dégagées pour enfin mettre en lumière la valeur ajoutée de la perspective du transnationalisme dans la réalisation de ce travail.

Il est évident que l'augmentation de la migration entraîne la croissance des populations minoritaires dans des pays à revenu élevé. Cette diversité de la population amène des barrières culturelles et linguistiques, ayant un impact sur la qualité des soins adressés à ces populations (Saha et al., 2008). D'où l'importance de promouvoir le développement des soins et des services de santé pouvant mieux répondre aux besoins de ces populations et permettant la réduction des inégalités en santé (Govere et Govere, 2016; Henderson et al., 2019). La réduction des inégalités en matière de la santé passe avant tout par la lutte contre les déterminants de ces inégalités et l'offre des soins de santé appropriés et équitables (Curtis et al., 2019).

Plusieurs approches ont émergé et permettent de mieux comprendre les réalités de certaines populations minoritaires, afin d'adresser les déterminants de la santé et faciliter l'accès aux soins et services de santé de qualité. Parmi ces approches, se retrouvent notamment la compétence culturelle et la sécurisation culturelle. Ces deux approches sont davantage reconnues par des

professionnels de la santé de même que dans des organisations, comme moyens pouvant faciliter l'administration des soins équitables (Curtis et al., 2019).

La compétence culturelle se définit comme « un ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques congruents qui sont réunis dans un système, une agence, ou parmi les professionnels, et qui permettent à ce système, à cette agence ou à ces professionnels de travailler efficacement dans des situations interculturelles » [traduction libre] (Cross et al., 1989).

C'est une approche très reconnue, permettant de décrire des interventions qui visent l'amélioration de l'accessibilité et de l'efficacité des services de santé pour les personnes issues des minorités raciales et ethniques (Truong et., 2014). Plusieurs études, incluant celles portant sur les soins adressés aux populations migrantes vivant avec le DT2 ont utilisé cette approche. Il a été révélé que les interventions visant à améliorer la compétence culturelle peuvent favoriser des résultats cliniques positifs chez des patients (Truong et., 2014). Pour les personnes issues des minorités ethniques vivant avec le diabète, un enseignement tenant compte de la culture, permet d'améliorer les valeurs glycémiques, en plus de favoriser la compréhension et la gestion de la maladie (Attridge et al., 2014). Ce qui peut contribuer à diminuer les risques des complications (Attridge et al., 2014). De plus, des études ont révélé que les interventions structurées, personnalisées pour les groupes ethniques minoritaires qui intègrent les composantes culturelles, linguistiques et religieuses ont un impact positif sur la santé de ces patients (Zeh et al., 2012).

Par ailleurs, la sécurisation culturelle, apparue à la suite des travaux d'une infirmière et chercheuse maorie de la Nouvelle-Zélande (INSP, 2022), est une approche qui permet d'étendre et d'améliorer les perceptions et les discours sur la culture ainsi que les inégalités en matière de la santé (Gerlach, 2012). Précisément, elle permet d'élargir la compréhension de la culture au-delà d'une simple association entre les valeurs, les croyances et comportements sur l'ethnicité ou la race d'une personne (Gerlach, 2012). Elle repose sur son principe de base stipulant que la santé et l'accès aux services de soins de santé sont influencés par le contexte historique, social et économique (Gerlach, 2012). Cette approche met beaucoup d'accent sur les dynamiques de pouvoir dans la société, notamment le pouvoir du professionnel de la santé et celui du patient ainsi que la manière dont le partage de pouvoir peut faciliter la qualité des soins selon le contexte (Curtis et al., 2019). Elle implique une réflexion et une remise en question de la part du professionnel de la santé sur l'impact que peut avoir sa propre culture (attitudes, préjugés,

stéréotypes) sur la relation et les interventions auprès des patients (Curtis et al., 2019). Cette approche vise non seulement les professionnels de la santé, mais l'ensemble des établissements et du système de santé (Curtis et al., 2019). Elle est surtout utilisée dans le contexte des peuples autochtones, et ce n'est que récemment qu'elle a été utilisée plus largement avec d'autres populations (Curtis et al., 2019).

Tremblay et al. (2020) ont exposé trois types de stratégies pouvant contribuer à améliorer la sécurité culturelle des peuples autochtones vivant avec le diabète, soit, la formation des professionnels de la santé, la promotion des pratiques culturellement sécuritaires en adaptant les environnements cliniques et l'intégration des professionnels de la santé autochtones dans les milieux de soins et services de la santé (Tremblay, 2020). Ces auteurs ajoutent que les interventions culturellement sécuritaires ont un impact positif sur la santé de ces populations, améliorent leur satisfaction et leur accès aux soins de santé, en plus d'améliorer la confiance des professionnels de la santé dans leur capacité à administrer les soins (Tremblay et al, 2020).

Contrairement à la compétence culturelle, la sécurisation culturelle se focalise sur la culture des professionnels de la santé et du système de santé plus tôt que sur la culture du patient (Curtis et al, 2019). Par conséquent, de ces deux approches, il est recommandé de privilégier la sécurisation culturelle (Curtis et al, 2019).

Les deux approches citées ci-haut présentent des similarités avec le transnationalisme par le fait qu'elles visent la compréhension et la considération de l'importance que revêtent la culture, la langue et les liens religieux chez des populations minoritaires et ethniques (incluant les migrants), afin d'adresser des soins qui répondent à leur situation et qui visent à réduire les inégalités sociales de santé. Cependant, la perspective transnationale offre également une compréhension pour les différents liens sociaux, culturels, linguistiques, religieux, affectifs, économiques, et environnementaux, qui s'étendent au-delà des frontières nationales. Elle considère au-delà de la culture, la globalité des facteurs influençant la vie des migrants dans les pays d'accueil. Le transnationalisme amène donc une vision élargie, une considération des liens sociaux avec les membres de la famille à l'étranger, les liens culturels et religieux qui sont renforcés par ces relations et connexions transfrontalières, et l'utilisation des soins dans le pays d'origine. De plus, cette perspective prend en compte la trajectoire migratoire, et l'impact des expériences pré et post-migratoires sur la vie et la santé des migrants. La perspective

transnationale dans un contexte de soins peut être valorisante pour les migrants et leurs familles (reconnaissance de leurs situations et expériences) et donc pourrait les rendre plus réceptifs aux conseils des professionnels de la santé (Falicov, 2007). En plus, une perspective transnationale pourrait favoriser chez les intervenants une meilleure compréhension du contexte et des facteurs influençant la prise en charge de la maladie (ex. : conseils et soins reçus à l'étranger) et de ce fait, leur permettre d'identifier des soins plus adaptés ainsi qu'un meilleur accompagnement aux patients migrants (Stone et al., 2005).

Il est à noter que le transnationalisme, en matière de « manière d'être » dans le contexte des soins n'a pas été, ou a été très peu mentionné dans les écrits examinés dans le cadre de ce travail, malgré la place importante qu'elle occupe dans la vie des migrants. L'ajout de la perspective transnationale au concept de la sécurisation culturelle pourrait être intéressant afin d'offrir des soins encore plus inclusifs, équitables et qui répondent aux besoins des personnes migrantes.

### **Retombées possibles de l'étude**

**Pour la pratique.** Cette étude pourra avoir un impact sur la pratique des professionnels de la santé, particulièrement des infirmières qui sont souvent des personnes-ressources auprès des migrants diabétiques. En effet, elle pourra contribuer au développement des connaissances des infirmières sur le transnationalisme et son influence sur les soins auprès des personnes migrantes diabétiques. À la lumière des résultats, il semble pertinent que les infirmières se renseignent sur la relation du patient migrant avec sa famille élargie vivant à l'étranger, car cela peut impacter la gestion et la prise en charge de la maladie, en constituant des barrières ou des leviers dans les soins (Merry et al., 2020). D'ailleurs, Merry et al. (2020) ajoutent qu'une approche de soins qui intègre les liens transnationaux peut contribuer à l'amélioration positive de l'identité et des expériences des migrants.

De plus, il s'avère aussi pertinent que les infirmières apprennent sur les croyances culturelles et religieuses des patients migrants pouvant influencer la gestion de la maladie. En effet, elles pourraient prôner et administrer des soins culturellement compétents, reflétant les valeurs culturelles des patients et leurs familles (Curtis et al., 2019). Elles pourraient aussi être encore plus ouvertes et laisser place à la discussion sur l'importance de la religion pour des patients migrants, car la religion peut influencer les comportements liés à la santé et aussi contribuer à l'amélioration du bien-être (Benjamins et al., 2011; Sulmasy, 2009).

La recherche et l'utilisation des soins de santé à l'étranger devraient aussi être interrogées par les infirmières auprès des patients migrants.

En outre, les barrières linguistiques devraient être davantage identifiées et adressées en facilitant le recours aux interprètes formels et informels, notamment des infirmières et autres membres du personnel parlant couramment d'autres langues et représentant la diversité culturelle, ainsi qu'en développant des outils d'enseignement dans différentes langues. Cela dans le but de favoriser la communication avec les patients migrants et d'assurer une meilleure compréhension de la maladie et de sa prise en charge (Squires, 2018).

Également, en utilisant une perspective du transnationalisme, les infirmières pourront privilégier des interventions et soins de santé qui prennent en compte ce phénomène important dans la vie des personnes migrantes vivant avec le DT2. Par exemple, favoriser et soutenir les relations transnationales qui sont positives pour le bien-être de la personne vivant avec le DT2. Les membres de la famille à l'étranger pourraient aussi être inclus (par appel téléphonique ou visioconférence) dans des interactions de soins, afin d'optimiser les soins (ex. : s'assurer que les conseils sont acceptables et conviennent à tous). Cela favorisera sans doute une prise en charge plus personnalisée et adaptée à la réalité de cette population. De plus, les connaissances issues de l'étude pourront certainement contribuer à permettre aux infirmières de cibler adéquatement les besoins particuliers des migrants dans une perspective de promotion de la santé et de prévention de la maladie, ainsi que d'adapter les enseignements et conseils à leur réalité afin de les aider à assurer une prise en charge adéquate de leur maladie.

**Pour la formation.** Les résultats de l'étude pourront encourager l'intégration du transnationalisme dans les programmes de formation (Cégep, université) des infirmières afin de sensibiliser ces dernières à l'importance d'offrir des soins encore plus culturellement sécurisants aux populations migrantes.

**Pour la recherche.** Cette étude pourrait pousser la réflexion en vue des recherches futures sur le transnationalisme en sciences infirmières, notamment explorer le transnationalisme dans les contextes de soins. Il serait intéressant d'apprendre davantage sur les perspectives ou points de vue des infirmières. Par exemple, comment perçoivent-elles les liens transnationaux (positifs ou négatifs) pour les familles migrantes et pour la prestation des soins? Comment perçoivent-elles ces liens en rapport avec leur travail (ex. : est-ce qu'elles considèrent que les liens avec le

pays d'origine font partie de leurs champs de pratique?). Il sera aussi pertinent que des recherches soient effectuées dans le but d'explorer comment le transnationalisme pourrait être bien intégré dans la prestation des soins en fonction des ressources (humaines, matérielles, etc.) disponibles. Dans ce cas, il sera aussi important d'explorer les questions d'ordre éthiques, notamment jusqu'à quel point une infirmière devrait-elle associer et faire intervenir une famille résidant à l'étranger?

### **Limites et forces de la recherche**

Considérant la nature de l'étude, soit la métasynthèse qualitative ayant utilisé uniquement des études qualitatives publiées dans des revues révisées par des pairs entre 2016 et 2021, une sélection a été faite pour permettre la réalisation du travail. Cela a donc conduit à l'exclusion de certaines études (littérature grise, publications avant 2016) qui auraient pu être pertinentes. La métasynthèse analyse les résultats des données primaires déjà analysées, elle peut consister par ce fait en une interprétation subjective d'une autre interprétation. Cela pourrait compromettre l'intégrité des études primaires en ignorant le contexte, et par conséquent aboutir à des interprétations superficielles plutôt qu'à une compréhension approfondie (Achterbergh et al., 2020). De plus, la synthèse des données générées à partir de plusieurs épistémologies qualitatives pourrait mener à une modification du sens ou de la compréhension du phénomène étudié (Finfgeld, 2003). Cependant, certains auteurs présument que la synthèse des données générées à partir de multiples épistémologies qualitatives pourrait constituer une forme respectée de triangulation et même améliorer la crédibilité des résultats (Finfgeld, 2003). Le plus important est de s'assurer que les résultats originaux des études restent inchangés, afin d'éviter des représentations erronées des résultats de la recherche originale (Finfgeld, 2003). Par ailleurs, la métasynthèse qualitative nécessite de bonnes compétences méthodologiques, une expérience d'utilisation de méthodes qualitatives ainsi qu'une interprétation plus poussée des résultats (University Libraries, 2021).

Les expériences avec les soins de santé ont peut-être été moins présentes dans les études à cause des critères d'inclusion (expérience de santé en général). De plus, l'échantillonnage réduit dans certaines études qualitatives, en plus du fait qu'elles n'ont pas examiné les expériences des migrants de toutes les nationalités et de statuts de migration, peut limiter la généralisation des résultats. Par ailleurs, les *verbatim* extraits des études ont été traduits en français avant d'être incorporés dans le texte. Cela peut avoir engendré des erreurs d'interprétation des informations provenant des données brutes des études primaires.

En outre, le statut (ou catégorie) migratoire des migrants dans les études n'avait pas toujours été mentionné, ce qui peut constituer un biais pour la généralisation et limiter le transfert des résultats. Enfin, les études examinées ne portaient pas directement sur le transnationalisme, donc l'analyse était limitée, ce qui n'a pas permis de tirer des conclusions définitives.

Malgré les limites évoquées, cette étude, dont l'analyse était rigoureuse, a pu offrir une synthèse globale sur le transnationalisme et l'expérience des personnes migrantes vivant avec le DT2 dans les pays à revenu élevé. De plus, il y avait une diversité d'études menées dans différents pays avec différentes populations migrantes.

### **Considérations éthiques**

Cette étude ne nécessitait pas d'évaluation éthique par un comité éthique puisque l'étude ne requérait pas de collecte des données auprès des participants. Cependant, nous étions sensibles au risque de préjudice que pourrait amener l'étude sur les personnes migrantes si les résultats étaient présentés ou interprétés de façon négative.

Suri et Clarke (2009) proposent trois guides de principes destinés à soutenir les réflexions éthiques dans la conduite d'une revue des écrits de qualité. Ces principes sont : la subjectivité et la réflexivité éclairées, l'inclusivité sélective délibérément éclairée ainsi que la transparence adaptée au public (Suri et Clarke, 2009). En nous basant sur ces principes, nous avons gardé en tête qu'il peut y avoir des biais potentiels dans l'échantillon des études publiées et que cela pourrait avoir un impact sur les résultats et les recommandations des études (Sursi, 2020). Aussi, nous nous sommes assurés d'inclure une variété de sources assurant une bonne qualité de la recherche, ce qui se rapporte au principe de l'inclusivité sélective délibérément éclairée (Suri et Clarke, 2009). De plus, nous avons pris en compte les considérations éthiques des différentes études qui sont incluses dans l'échantillon, car cela pourrait avoir un impact sur les résultats. Enfin, dans la perspective du principe de la transparence adaptée au public, nous avons prêté attention à la transférabilité des résultats des études primaires, et non simplement de généraliser ces derniers (Sursi, 2020).

### **Conclusion**

À notre connaissance, cette métasynthèse des écrits scientifiques qualitatifs est la première ou l'une des premières études mentionnant directement le transnationalisme et

l'expérience des personnes migrantes vivant avec le DT2 et résidant dans des pays à revenu élevé. De plus, étant donné la situation pandémique actuelle liée à la COVID-19, qui pourrait avoir eu un impact important (l'isolement, le chômage, le manque de suivi médical, les difficultés d'accès aux soins de santé et services sociaux) sur les populations migrantes (ONU, 2020), il apparaît judicieux de ressortir les connaissances qui permettront aux infirmières et peut-être à d'autres professionnels de la santé d'assurer une prise en charge adéquate et des suivis appropriés au contexte de vie de cette population.

Cette étude a permis de mettre en lumière l'impact (positif et négatif) que peut avoir les liens transnationaux sur la gestion et la prise en charge du DT2 chez des personnes migrantes vivant dans des pays à revenu élevé.

## Références bibliographiques

- Abouzeid, M., Philpot, B., Janus, E. D., Coates, M. J. et Dunbar, J. A. (2013, Mar 21). Type 2 diabetes prevalence varies by socio-economic status within and between migrant groups: analysis and implications for Australia. *BMC Public Health*, 13, 252. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-252>
- Abuelmagd, W., Osman, B. B., Hakonsen, H., Jennum, A. K. et Toverud, E. L. (2019, Sep). Experiences of Kurdish immigrants with the management of type 2 diabetes: a qualitative study from Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 37(3), 345-352. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/02813432.2019.1639911>
- Achterbergh, L., Pitman, A., Birken, M., Pearce, E., Sno, H. et Johnson, S. (2020, Aug 24). The experience of loneliness among young people with depression: a qualitative meta-synthesis of the literature. *BMC Psychiatry*, 20(1), 415. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02818-3>
- Adhikari, R., & Sanou, D. (2012). Risk Factors of Diabetes in Canadian Immigrants: A Synthesis of Recent Literature. *Canadian Journal of Diabetes*, 36, 142-150.
- Adjei, J. K., Adu, P. A., & Ackah, B. (2020). Revisiting the healthy immigrant effect with diabetes risk in Canada: why race/ethnicity matters. *Ethnicity & health*, 25(4), 495-507. <https://doi.org/10.1080/13557858.2019.1567697>
- Afulani, P. A., Torres, J. M., Sudhinaraset, M. et Asunka, J. (2016, Nov). Transnational ties and the health of sub-Saharan African migrants: The moderating role of gender and family separation. *Social Science and Medicine*, 168, 63-71. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.09.009>
- Agence de la santé publique du Canada. (2012). Diabète. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. (2014). Votre guide sur le diabète. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/rapports-publications/diabete/votre-guide-diabete.html#Qui> Agence de la santé publique du Canada. (2017). <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/diabete.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2019). La Stratégie canadienne du diabète : historique, évolution et avenir. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/diabete/strategie-canadienne-diabete-historique-evolution-avenir.html>
- Agu, J. C., Hee-Jeon, Y., Steel, A. et Adams, J. (2019, Oct). A Systematic Review of Traditional, Complementary and Alternative Medicine Use Amongst Ethnic Minority Populations: A Focus Upon Prevalence, Drivers, Integrative Use, Health Outcomes, Referrals and Use of Information Sources. *J Immigr Minor Health*, 21(5), 1137-1156. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0832-4>
- Agyemang, C., van der Linden, E. L., & Bennet, L. (2021). Type 2 diabetes burden among migrants in Europe: unravelling the causal pathways. *Diabetologia*, 64(12), 2665-2675. <https://doi.org/10.1007/s00125-021-05586-1>
- Ahmad, A., Khan, M. U. et Aslani, P. (2021a, 20 Sep). A Qualitative Study on Medication Taking Behaviour Among People With Diabetes in Australia. *Frontiers in Pharmacology*, 12 (no

- Ahmad, A., Khan, M. U. et Aslani, P. (2021b). The Role of Religion, Spirituality and Fasting in Coping with Diabetes among Indian Migrants in Australia: A Qualitative Exploratory Study [Article; Early Access]. *Journal of Religion & Health*, 24. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01438-9>
- Ahmed, S., Shommu, N. S., Rumana, N., Barron, G. R., Wicklum, S. et Turin, T. C. (2016, Dec). Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *J Immigr Minor Health*, 18(6), 1522-1540. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0276-z>
- Allen, Z. v., Dogba, M. J., Brent, M. H., Bach, C., Grimshaw, J. M., Ivers, N. M., Wang, X., McCleary, N., Asad, S., Chorghay, Z., Hakim, H., Sutakovic, O., Drescher, O., Legare, F., Witteman, H. O., Zettl, M., Squires, J., Tremblay, M. C., Randhawa, A., Lopez, G., Guiza, A. B. et Pesseau, J. (2020). Barriers to and enablers of attendance at diabetic retinopathy screening experienced by immigrants to Canada from multiple cultural and linguistic minority groups. *Diabetic Medicine*, 38, 4. <https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=cagh&AN=20210178471https://libkey.io/libraries/2401/pdfexpress/openurl?genre=article&aulast=van+Allen&issn=0742-3071&title=Diabetic+Medicine&atitle=Barriers+to+and+enablers+of+attendance+at+diabetic+retinopathy+screening+experienced+by+immigrants+to+Canada+from+multiple+cultural+and+linguistic+minority+groups.&volume=38&issue=4&spage=&epage=&date=2020&doi=10.1111%2Fdm.14429&pmid=&sid=OVID:caghdb>
- Alloh, F., Hemingway, A. et Turner-Wilson, A. (2019, 09 20). Exploring the Experiences of West African Immigrants Living with Type 2 Diabetes in the UK [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource]*, 16(19), 20. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.3390/ijerph16193516>
- Alloh, F., Hemingway, A. et Turner-Wilson, A. (2021, 01 Jun). The role of finding out in type 2 diabetes management among west-african immigrants living in the UK. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11) (no pagination), article n° 6037. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18116037>
- Andersson, S., Karlsson, V., Bennet, L., Fellbrant, K. et Hellgren, M. (2016). Attitudes Regarding Participation in a Diabetes Screening Test among an Assyrian Immigrant Population in Sweden [Article]. *Nursing Research and Practice*, 2016, 7, article n° 1504530. <https://doi.org/10.1155/2016/1504530>
- Attridge, M., Creamer, J., Ramsden, M., Cannings-John, R., & Hawthorne, K. (2014). Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane database of systematic reviews*, (9), CD006424. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006424.pub3>
- Alzubaidi, H., Mc Namara, K., Browning, C., & Marriott, J. (2015). Barriers and enablers to healthcare access and use among Arabic-speaking and Caucasian English-speaking patients with type 2 diabetes mellitus: a qualitative comparative study. *British Medicine Journal open*, 5(11), e008687. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008687>

- Alzubaidi, H., Mc Namara, K., & Browning, C. (2017). Time to question diabetes self-management support for Arabic-speaking migrants: exploring a new model of care. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*, 34(3), 348–355. <https://doi.org/10.1111/dme.13286>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC]. (2012). Les infirmières canadiennes soutiennent grandement la protection de la couverture des soins pour réfugiés. <https://cna-aiic.ca/fr/salle-des-nouvelles/advisories/2012/les-infirmieres-canadiennes-soutiennent-grandement-la-protection-de-la-couverture-des-soins-pour-refugies#sthash.7JhDr4q2.dpuf>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC]. (2021). Prévention et prise en charge des maladies chroniques. <https://www.cna-aiic.ca/fr/representation-et-politiques/prevention-et-prise-en-charge-des-maladies-chroniques>
- Atkins, S., Lewin, S., Smith, H., Engel, M., Fretheim, A. et Volmink, J. (2008, Apr 16). Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: lessons learnt. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 21. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-21>
- Balard, F., Fournier, C., Kivits, J. et Winance, M. (2016). Introduction. Dans : Joëlle Kivits éd., *Les recherches qualitatives en santé* (pp. 13-20). Paris: Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01.0013>
- Banerjee, A. T., & Shah, B. R. (2018). Differences in prevalence of diabetes among immigrants to Canada from South Asian countries. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*, 35(7), 937–943. <https://doi.org/10.1111/dme.13647>
- Battaglini, A., Chomienne, M. H., Plouffe, L., Torres, S., & van Kemenade, S. (2014). La santé des immigrants au Canada: état des connaissances, interventions et enjeux [Immigrant health in Canada: current state of knowledge, interventions and issues]. *Global health promotion*, 21(1), 40–45. [doi.org/10.1177/1757975913512159](https://doi.org/10.1177/1757975913512159)
- Beaucher, V. et Jutras, F. (2007). Étude comparative de la métasynthèse et de la méta-analyse qualitative. *Recherches qualitatives*, 27(2), 58-77. [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition\\_reguliere/numero27\(2\)/beaucher27\(2\).pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero27(2)/beaucher27(2).pdf)
- Beaucher, V. (2009). Revue de trois publications portant sur l'analyse secondaire en recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, 28(1), 149-157. [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition\\_reguliere/numero28\(1\)/beaucher\(28\)1.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero28(1)/beaucher(28)1.pdf)
- Benhaberou-Brun, D. (2020). Outaouais : compétences culturelles infirmières au bénéfice de la population immigrante. *Perspectives infirmières*.
- Benjamins, M. R., Ellison, C. G., Krause, N. M., & Marcum, J. P. (2011). Religion and preventive service use: do congregational support and religious beliefs explain the relationship between attendance and utilization?. *Journal of behavioral medicine*, 34(6), 462–476. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9318-8>
- Biyikli Gultekin, E. (2017, May). Difficulties in health care for female Turkish immigrants with type 2 diabetes: a qualitative study in Vienna. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129(9-10), 337-344. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1007/s00508-017-1190-2>
- Boggild, A. K., Geduld, J., Libman, M., Yansouni, C. P., McCarthy, A. E., Hajek, J., Ghesquiere, W., Mirzanejad, Y., Vincelette, J., Kuhn, S., Plourde, P. J., Chakrabarti, S., Greenaway,

- C., Hamer, D. H., et Kain, K. C. (2019). Spectrum of illness in migrants to Canada: sentinel surveillance through CanTravNet. *Journal of travel medicine*, 26(2), 1-9. <https://doi.org/10.1093/jtm/tay117>
- Borkhoff, C. M., Saskin, R., Rabeneck, L., Baxter, N. N., Liu, Y., Tinmouth, J., & Paszat, L. F. (2013). Disparities in receipt of screening tests for cancer, diabetes and high cholesterol in Ontario, Canada: a population-based study using area-based methods. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 104(4), e284–e290. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3699>
- Brathwaite, A. C. et Lemonde, M. (2016, Dec). Health Beliefs and Practices of African Immigrants in Canada [Article]. *Clinical Nursing Research*, 25(6), 626-645. <https://doi.org/10.1177/1054773815587486>
- Carolan-Olah, M. et Cassar, A. (2018). The Experiences of Older Italian Migrants With Type 2 Diabetes: A Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(2), 172-179. <https://doi.org/10.1177/1043659617696974>
- Chaouni, S. B., Smetcoren, A. S. et De Donder, L. (2020, Jan). Caring for migrant older Moroccans with dementia in Belgium as a complex and dynamic transnational network of informal and professional care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 101, 103413. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103413>
- Choi, T. S. T., Walker, K. Z. et Palermo, C. (2018). Diabetes management in a foreign land: A case study on Chinese Australians. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), e225-e232. <https://doi.org/10.1111/hsc.12501>
- Critical appraisal skills program [CASP]. (2018). CASP checklists. [https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018\\_fillable\\_form.pdf](https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf)
- Croix-rouge Canadienne. (2021). Quelle est la différence entre un réfugié et un migrant? <https://www.croixrouge.ca/nos-champs-d-action/interventions-en-cours/crise-en-syrie-et-crise-des-refugies/quelle-est-la-difference-entre-un-refugie-et-un-migrant#:~:text=Un%20r%C3%A9fugi%C3%A9%20est%20une%20personne%20qui%20r%C3%A9pond%20%C3%A0,religion%2C%20de%20sa%20nationalit%C3%A9%2C%20de%20ses%20opinions%20>
- Cross, T., B. Bazron, et Isaccs, M. (1989). Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed. CASSP technical assistance Centre. Washington DC: Georgetown University Child Development Center. [Towards-a-Culturally-Competent-System-of-Care-Abridged.ashx \(spu.edu\)](https://www.gtu.edu/child-development-center/towards-a-culturally-competent-system-of-care-abridged.ashx)
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S. J., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International journal for equity in health*, 18(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
- Desmeules, M. (2019, 27 novembre). Les déterminants de la santé e populations immigrantes. 23es journées annuelles de santé publique (JASP 2019). [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2019/jasp2019\\_sante\\_immigrants\\_marie\\_desmeules.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2019/jasp2019_sante_immigrants_marie_desmeules.pdf)

- Falicov C. J. (2007). Working with transnational immigrants: expanding meanings of family, community, and culture. *Family process*, 46(2), 157–171. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00201.x>
- Fédération internationale du diabète. (2019). Faits et chiffres sur le diabète. <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>
- Finfgeld, D. L. (2003). Metasynthesis: The State of the Art—So Far. *Qualitative Health Research*, 13(7), 893–904. <https://doi.org/10.1177/1049732303253462>
- Gerlach A. J. (2012). A critical reflection on the concept of cultural safety. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 79(3), 151–158. <https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.3.4>
- Gewurtz, R., Stergiou-Kita, M., Shaw, L., Kirsh, B., & Rappolt, S. (2008). Qualitative Meta-Synthesis: Reflections on the Utility and Challenges in Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(5), 301–308. <https://doi.org/10.1177/000841740807500513>
- Gomersall, T., Madill, A., & Summers, L. K. (2011). A metasynthesis of the self-management of type 2 diabetes. *Qualitative health research*, 21(6), 853–871. <https://doi.org/10.1177/1049732311402096>
- Gonzalez-Vazquez, T., Pelcastre-Villafuerte, B. E. et Taboada, A. (2016, Oct). Surviving the Distance: The Transnational Utilization of Traditional Medicine Among Oaxacan Migrants in the US. *J Immigr Minor Health*, 18(5), 1190-1198. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0245-6>
- Goudreau, S. (2013). Atelier sur les rôles de l’infirmière oeuvrant auprès d’une clientèle diabétique. [https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l\\_ordre/ordres\\_regionaux/ORIAT/2013/oriat\\_roles\\_de\\_infirmiere\\_%C5%93uvrant\\_aupres\\_clientele\\_diabetique.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/ordres_regionaux/ORIAT/2013/oriat_roles_de_infirmiere_%C5%93uvrant_aupres_clientele_diabetique.pdf)
- Gouvernement du Canada. (2021). Loi sur l’immigration et la protection des réfugiés. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/I-2.5/section-96.html?term=96>
- Gouvernement du Canada. (2022). Cadre sur le diabète au Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/cadre-diabete-canada.html#a6>
- Govere, L. et Govere, E.M. (2016). How effective is cultural competence training of healthcare providers on improving patient satisfaction of minority groups? A systematic review of literature. *Worldviews Evidence- Based Nursing*, 13 (6), pp. 402-410. How Effective is Cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Patient Satisfaction of Minority Groups? A Systematic Review of Literature (wiley.com)
- Gushulak, B. D., & MacPherson, D. W. (2006). The basic principles of migration health: population mobility and gaps in disease prevalence. *Emerging themes in epidemiology*, 3, 3. <https://doi.org/10.1186/1742-7622-3-3>
- Guell C. (2011). Diabetes management as a Turkish family affair: chronic illness as a social experience. *Annals of human biology*, 38(4), 438–444. <https://doi.org/10.3109/03014460.2011.579577>

- Gushulak, B. D., Pottie, K., Hatcher Roberts, J., Torres, S., DesMeules, M., Canadian Collaboration for, I. et Refugee, H. (2011, Sep 6). Migration and health in Canada: health in the global village. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E952-958. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090287>
- Henderson, S., Horne, M., Hills, R., & Kendall, E. (2018). Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis. *Health & social care in the community*, 26(4), 590–603. <https://doi.org/10.1111/hsc.12556>
- Hjelm, K. et Apelqvist, J. (2016). Influence of beliefs about health and illness on self-care and care-seeking in foreign-born people with diabetic foot ulcers: dissimilarities related to origin. *Journal of Wound Care*, 25(11), 602-616. <https://doi.org/10.12968/jowc.2016.25.11.602>
- Horvat, L., Horey, D., Romios, P., & Kis-Rigo, J. (2014). Cultural competence education for health professionals. *The Cochrane database of systematic reviews*, (5), CD009405. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009405.pub2>
- Ibe-Lamberts, K., Tshiswaka, D. I., Osideko, A. et Schwingel, A. (2016, Oct 28). Understanding Transnational African Migrants' Perspectives of Dietary Behavior. *J Racial Ethn Health Disparities*. <https://doi.org/10.1007/s40615-016-0301-5>
- Institut de recherche en santé du Canada. (2021). Un bon départ pour une vie en meilleure santé : retombées de la recherche effectuée de 2012 à 2019. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/52310.html>
- Institut national de Santé publique du Québec (INSPQ, 2022). Conditions de succès et limites des formations en sécurisation culturelle pour le personnel de santé et services sociaux. Conditions de succès et limites des formations en sécurisation culturelle pour le personnel de santé et services sociaux | INSPQ
- Jager, M. J., van der Sande, R., Essink-Bot, M. L. et van den Muijsenbergh, M. (2019, 04 01). Views and experiences of ethnic minority diabetes patients on dietetic care in the Netherlands - a qualitative study [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *European Journal of Public Health*, 29(2), 208-213. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky186>
- Jager, M., den Boeft, A., Leij-Halfwerk, S., van der Sande, R. et van den Muijsenbergh, M. (2020, Jun). Cultural competency in dietetic diabetes care-A qualitative study of the dietician's perspective [Article]. *Health Expectations*, 23(3), 540-548. <https://doi.org/10.1111/hex.13019>
- Jatrana, S., Pasupuleti, S. S. R. et Richardson, K. (2014, Oct). Nativity, duration of residence and chronic health conditions in Australia: Do trends converge towards the native-born population? [Article]. *Social Science and Medicine*, 119, 53-63. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.008>
- Joo, J. Y. et Lee, H. (2016). Barriers to and facilitators of diabetes self-management with elderly Korean-American immigrants. *International Nursing Review*, 63(2), 277-284. <https://doi.org/10.1111/inr.12260>
- Kalich, A., Heinemann, L. et Ghahari, S. (2016, Jun). A Scoping Review of Immigrant Experience of Health Care Access Barriers in Canada. *J Immigr Minor Health*, 18(3), 697-709. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0237-6>

- Kemppainen, L., Kemppainen, T., Skogberg, N., Kuusio, H., & Koponen, P. (2018). Immigrants' use of health care in their country of origin: the role of social integration, discrimination and the parallel use of health care systems. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(2), 698–706. <https://doi.org/10.1111/scs.12499>
- Kim, Y. N., Urquia, M., Villadsen, S. F., & Merry, L. (2021). A scoping review on the measurement of transnationalism in migrant health research in high-income countries. *Globalization and health*, 17(1), 126. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00777-2>
- Kindarara, D. M., McEwen, M. M., Crist, J. D. et Loescher, L. J. (2017). Health-Illness Transition Experiences With Type 2 Diabetes Self-management of Sub-Saharan African Immigrants in the United States. *Diabetes Educator*, 43(5), 506-518. <https://doi.org/10.1177/0145721717724725>
- Lachal, J., Revah-Levy, A., Orri, M. et Moro, M. R. (2017). Metasynthesis: An Original Method to Synthesize Qualitative Literature in Psychiatry. *Front Psychiatry*, 8, 269. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00269>
- Les bibliothèques de l'Université de Montréal. (s.d.). Cinahl: Information de base. CINAHL - Bibliothèques - Université de Montréal ([umontreal.ca](http://umontreal.ca))
- Les bibliothèques de l'Université de Montreal (s.d.). PubMed: Information de base. Pubmed - Bibliothèques - Université de Montréal ([umontreal.ca](http://umontreal.ca))
- Les bibliothèques de l'Université de Montréal. (s.d.). Web of science: Information de base. Web of Science - Bibliothèques - Université de Montréal ([umontreal.ca](http://umontreal.ca))
- Levitt, P. et Jaworsky, B. N. (2007). Transnational Migration Studies: Past Developments and Future Trends. *Annual Review of Sociology*, 33(1), 129-156. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.33.040406.131816>
- Levitt, P. et Lamba-Nieves, D. (2010). Social Remittances Revisited. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 37(1), 1-22. <https://doi.org/10.1080/1369183x.2011.521361>
- Lu, C., & Ng, E. (2019). Healthy immigrant effect by immigrant category in Canada. *Health reports*, 30(4), 3–11. <https://doi.org/10.25318/82-003-x201900400001-eng>
- Luiking, M. L., Heckemann, B., Ali, P., Dekker-van Doorn, C., Ghosh, S., Kydd, A., Watson, R. et Patel, H. (2019, Jan). Migrants' Healthcare Experience: A Meta-Ethnography Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(1), 58-67. <https://doi.org/10.1111/jnu.12442>
- Magny-Normilus, C., Mawn, B. et Dalton, J. (2020). Self-Management of Type 2 Diabetes in Adult Haitian Immigrants: A Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 51-58. <https://doi.org/10.1177/1043659619841586>
- Maneze, D., Ramjan, L., DiGiacomo, M., Everett, B., Davidson, P. M., & Salamonson, Y. (2018). Negotiating health and chronic illness in Filipino-Australians: a qualitative study with implications for health promotion. *Ethnicity & health*, 23(6), 611–628. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1294656>
- Mao, Y., & Ahmed, R. (2017). Culture, Migration, and Health Communication in a Global Context (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315401348>

- Meeks, K. A., Freitas-Da-Silva, D., Adeyemo, A., Beune, E. J., Modesti, P. A., Stronks, K., Zafarmand, M. H., & Agyemang, C. (2016). Disparities in type 2 diabetes prevalence among ethnic minority groups resident in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Internal and emergency medicine*, 11(3), 327–340. <https://doi.org/10.1007/s11739-015-1302-9>
- Merry, L., Villadsen, S. F., Sicard, V., & Lewis-Hibbert, N. (2020). Transnationalism and care of migrant families during pregnancy, postpartum and early-childhood: an integrative review. *BMC health services research*, 20(1), 778. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05632-5>
- Michel, B. (2011). Diabète. Dans Gélinas, C., Michaud, C., Bérubé, M., Brien, L., & Trochet, C. (dir.), *Soins infirmiers : Médecine chirurgie tome 3 (8<sup>e</sup> éd.)* Montreal : Chenelière éducation
- Montesi, L., Caletti, M. T. et Marchesini, G. (2016, Feb 10). Diabetes in migrants and ethnic minorities in a changing World. *World J Diabetes*, 7(3), 34-44. <https://doi.org/10.4239/wjd.v7.i3.34>
- Nazroo, J. Y., Falaschetti, E., Pierce, M., & Primatesta, P. (2009). Ethnic inequalities in access to and outcomes of healthcare: analysis of the Health Survey for England. *Journal of epidemiology and community health*, 63(12), 1022–1027. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.089409>
- Oforu, N. N., Luig, T., Chiu, Y., Mumtaz, N., Yeung, R. O., Lee, K. K., Wang, N., Omar, N., Yip, L., Aleba, S., Maragang, K., Ali, M., Dormitorio, I. et Campbell-Scherer, D. (2022, 2022/02/18). Understanding the bigger picture: syndemic interactions of the immigrant and refugee context with the lived experience of diabetes and obesity. *BMC Public Health*, 22(1), 345. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12305-3>
- Olaya-Contreras, P., Balcker-Lundgren, K., Siddiqui, F. et Bennet, L. (2019, 01 Oct). Perceptions, experiences and barriers to lifestyle modifications in first-generation Middle Eastern immigrants to Sweden: A qualitative study. *BMJ Open*, 9(10) (no pagination), article n° e028076. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028076>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2019). L'enjeu de l'accès des personnes réfugiées aux soins de santé. *Perspectives infirmières*. 16(5), 18-19. <https://www.oiiq.org/documents/20147/8153133/Revue-PI-vol-16-no5-complet-LR.pdf#page=18>
- Organisation des Nations Unies. (2019). Migrations. <https://www.un.org/fr/sections/issues-depth/migration/index.html>
- Organisation des Nations Unies. (2020). Coronavirus : des millions de migrants et de déplacés internes pris au piège (ONU). Coronavirus : des millions de migrants et de déplacés internes pris au piège (ONU) | 1ONU Info (un.org)
- Organisation des Nations Unies. (2021). Réfugiés et migrants : Définitions. <https://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9finitions>
- Organisation for Economic Co-operation and development country classification [OECD]. (2019). Country classification 2019. <https://www.oecd.org/trade/topics/export-credits/documents/oecd-export-credits-prevailing-list-of-countries-repayment-terms-and-aid-eligibility.pdf>

- Organisation internationale des migrants. (2019). Glossary on migration. [https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_34\\_glossary.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf)
- Organisation mondiale de la santé. (2021). Qu'est-ce qu'un migrant ? Ou comment les définitions ont une incidence sur l'accès aux soins de santé. <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2017/03/what-is-a-migrant-how-definitions-affect-access-to-health-care>
- Organisation mondiale de la santé (consulté le 14 mai 2021). Les maladies chroniques . [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/fr/#:~:text=Les%20maladies%20chroniques%20sont%20des,de%20mortalit%C3%A9%20dans%20le%20monde.](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/#:~:text=Les%20maladies%20chroniques%20sont%20des,de%20mortalit%C3%A9%20dans%20le%20monde.)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hrobjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P. et Moher, D. (2021, Mar 29). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Patel, N. R., Kennedy, A., Blickem, C., Reeves, D. et Chew-Graham, C. (2016). "I'm Managing My Diabetes between Two Worlds": Beliefs and Experiences of Diabetes Management in British South Asians on Holiday in the East--A Qualitative Study. *Journal of Diabetes Research*, 2016, 5436174. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1155/2016/5436174>
- Porqueddu, T. (2017). Herbal medicines for diabetes control among Indian and Pakistani migrants with diabetes. *Anthropology & Medicine*, 24(1), 17-31. <https://doi.org/10.1080/13648470.2016.1249338>
- Roosen, I., Salway, S. et Osei-Kwasi, H. A. (2021, Jun 12). Transnational social networks, health, and care: a systematic narrative literature review. *Int J Equity Health*, 20(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01467-6>
- Roth, P., Tang, C. Y., Rumbold, B. et Gupta, S. (2021). Knowledge and perceptions around self-management of type 2 diabetes among a Sudanese community in Australia: A qualitative study [Article; Early Access]. *Health Promotion Journal of Australia*, 11. <https://doi.org/10.1002/hpja.535>
- Safi, M. (2018). Varieties of Transnationalism and Its Changing Determinants across Immigrant Generations: Evidence from French Data1. *International Migration Review*, 52(3), 853–897. <https://doi.org/10.1111/imre.12314>
- Saha, S., Beach, M. C., & Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 1275–1285. [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)31505-4](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)31505-4)
- Saleem, A., Steadman, K. J., & Fejzic, J. (2019). Utilisation of Healthcare Services and Medicines by Pakistani Migrants Residing in High Income Countries: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Journal of immigrant and minority health*, 21(5), 1157–1180. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0840-4>
- Sanon, M. A., Spigner, C. et McCullagh, M. C. (2016, Mar). Transnationalism and Hypertension Self-Management Among Haitian Immigrants. *J Transcult Nurs*, 27(2), 147-156. <https://doi.org/10.1177/1043659614543476>

- Schiller, N. G., Basch, L., & Blanc-Szanton, C. (1992). Transnationalism: a new analytic framework for understanding migration. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 645, 1–24. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1992.tb33484.x>
- Schiller NG, Basch L, Blac CS. (1995). From immigrant to transmigrant: theorizing transnational migration. *Anthropol. Q.* 38-63.
- Squires A. (2018). Strategies for overcoming language barriers in healthcare. *Nursing management*, 49(4), 20–27. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000531166.24481.15>
- Statistique Canada. (2022). Recensement de la population: Un portrait statistique détaillé du Canada et de ses habitants selon leurs caractéristiques démographiques, sociales et économiques. Recensement de la population (statcan.gc.ca)
- Stone, E., Gomez, E., Hotzoglou, D., & Lipnitsky, J. Y. (2005). Transnationalism as a motif in family stories. *Family process*, 44(4), 381–398. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00067.x>
- Sulmasy D. P. (2009). Spirituality, religion, and clinical care. *Chest*, 135(6), 1634–1642. <https://doi.org/10.1378/chest.08-2241>
- Suri, H. et Clarke, D. (2009). Advancements in Research Synthesis Methods: From a Methodologically Inclusive Perspective. *Review of Educational Research*, 79(1), 395–430. <https://doi.org/10.3102/0034654308326349>
- Suri H. (2020). Ethical Considerations of Conducting Systematic Reviews in Educational Research. In: Zawacki-Richter O., Kerres M., Bedenlier S., Bond M., Buntins K. (eds) *Systematic Reviews in Educational Research*. Springer VS, Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-27602-7\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-658-27602-7_3)
- Tedeschi, M., Vorobeva, E. et Jauhiainen, J. S. (2020). Transnationalism: current debates and new perspectives. *GeoJournal*. <https://doi.org/10.1007/s10708-020-10271-8>
- Tremblay, M. C., Graham, J., Porgo, T. V., Dogba, M. J., Paquette, J. S., Careau, E., & Witteman, H. O. (2020). Improving Cultural Safety of Diabetes Care in Indigenous Populations of Canada, Australia, New Zealand and the United States: A Systematic Rapid Review. *Canadian journal of diabetes*, 44(7), 670–678. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2019.11.006>
- Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC health services research*, 14, 99. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-99>
- University libraries. (2021). Systematic Reviews & Other Review Types. <https://guides.temple.edu/c.php?g=78618&p=4178716>
- Veenstra, G., & Patterson, A. C. (2016). Black-White Health Inequalities in Canada. *Journal of immigrant and minority health*, 18(1), 51–57. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0140-6>
- Veenstra G. (2019). Black, White, Black and White: mixed race and health in Canada. *Ethnicity & health*, 24(2), 113–124. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1315374>
- Veenstra, G., Vas, M. et Sutherland, D. K. (2020). Asian-White Health Inequalities in Canada: Intersections with Immigration. *Journal of immigrant and minority health*, 22(2), 300–306. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00898-2>

- Vertovec, S. (2001). Transnationalism and identity. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 27(4), 573-582. <https://doi.org/10.1080/13691830120090386>
- Villa-Torres, L., Gonzalez-Vazquez, T., Fleming, P. J., Gonzalez-Gonzalez, E. L., Infante-Xibille, C., Chavez, R. et Barrington, C. (2017, Jun). Transnationalism and health: A systematic literature review on the use of transnationalism in the study of the health practices and behaviors of migrants. *Social Science and Medicine*, 183, 70-79. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.048>
- Wang, F., Stewart, M., McDermott, S., Kazanjian, A., Vissandjee, B., DesMeules, M., de Groh, M., & Morrison, H. (2012). Migration and diabetes in British Columbia and Quebec: prevalence and health service utilization. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de santé publique*, 103(1), 59–64. <https://doi.org/10.1007/BF03404070>
- World population review. (2021). <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/developed-countries>
- Young, S., & Guo, K. L. (2020). Cultural Diversity Training: The Necessity of Cultural Competence for Health Care Providers and in Nursing Practice. *The health care manager*, 39(2), 100–108. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000294>
- Zeh, P., Sandhu, H. K., Cannaby, A. M., & Sturt, J. A. (2012). The impact of culturally competent diabetes care interventions for improving diabetes-related outcomes in ethnic minority groups: a systematic review. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*, 29(10), 1237–1252. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2012.03701.x>
- Zeh, P., Sandhu, H. K., Cannaby, A. M., Warwick, J., & Sturt, J. A. (2016). Exploring culturally competent primary care diabetes services: a single-city survey. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*, 33(6), 786–793. <https://doi.org/10.1111/dme.13000>

## **Annexes**

## Annexe A : Plan de concept et stratégies de recherche dans les bases de données Cinhal, Embase, Global Health, Medline et Pubmed

- I. Sujet de recherche : L'expérience des personnes migrantes vivant avec le diabète de type 2 dans les pays à revenu élevé, en utilisant une perspective du transnationalisme
- II. But de la recherche : Déterminer à travers une méta-synthèse qualitative, l'état des connaissances sur le transnationalisme et l'expérience des personnes migrantes vivant avec le diabète de type 2 dans les pays à revenu élevé.
- III. Directrice du projet de mémoire : Lisa Merry
- IV. Bases de données à utiliser: CINAHL, EMBASE, GLOBAL HEALTH, MEDLINE et WEB OF SCIENCE
- V. Plan de concepts :

Concepts	Migrants	Diabète	Pays à revenu élevé
Mots-clés en anglais (synonymes, termes proches, termes plus spécifiques, etc.)	Migrants Immigrants Refugees Emigrants Newcomer Asylum seekers Transients Undocumented workers Undocumented alien illegal alien Undocumented immigrants Undocumented migrants Illegal migrants Illegal immigrants Immigration emigration	Diabetes Diabetes mellitus Diabetes type 2 Diabetes mellitus Diabetes mellitus type 2 Prediabetic state Glucose intolerance Diabetes insulin-resistant Non-insulindependent diabetes	High-income countries Western countries Western world the Occident Developed countries industrialized countries Austria Liechtenstein Luxembourg Spain Greece Ireland Switzerland Iceland Germany Sweden Australia Netherlands Denmark Norway

	<u>Mots clés</u> Migra* Immigra* Refugee* Emigra* Newcomer* " Asylum seeker*" Transient* "Undocumented worker*" "Undocumented alien*" "Illegal alien*" "Undocumented N2 immigra*" "Undocumented N2 migrant*" "Illegal migra*" "Illegal immigra*"	<u>Mots clés</u> Diabet* Prediabet* "Pre-diabet*" "Glucose N2 intoleran*"	Finland Italy Monaco Portugal France Belgium New Zealand United states United Kingdom Canada
--	--	---	---

## VI. Stratégies de recherche dans les bases de données

### 1. Cinahl

Concept 1 : équation avec le-s descripteur-s (S1)	(MH "Transients and Migrants") OR (MH "Undocumented Immigrants") OR (MH "Immigrants") OR (MH "Emigration and Immigration") OR (MH "Refugees") OR (MH "Undocumented Immigrants")
Concept 1 : équation avec mots-clés (S2)	Migra* OR Immigra* OR Refugee* OR Emigra* OR Newcomer* OR "Asylum seeker*" OR Transient* OR (Undocumented N2 (worker* OR alien*)) OR (illegal N2 (alien* OR worker* ))

Concept 1 : équation mixte (S3)	OR	(S1 OR S2)
Concept 2 : équation avec le-s descripteur-s (S4)		(MH "Diabetes Mellitus") OR (MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR (MH "Prediabetic State") OR (MH "Glucose Intolerance") OR (MH "Diabetic Patients") OR (MH "Diabetes Educators") OR (MH "Diabetes Education")
Concept 2 : équation avec mots-clés (S5)		Diabet* OR Prediabet* OR "Pre-diabet*" OR (Glucose N2 intoleran*)
Concept 2 : équation mixte (S6)	OR	(S4 OR S5)
Concept 3 : équation avec le-s descripteur-s (S7)		(MH "Developed Countries") OR (MH "Australia+") OR (MH "Austria") OR (MH "Belgium") OR (MH "France") OR (MH "Germany+") OR (MH "Greece") OR (MH "Iceland") OR (MH "Ireland") OR (MH "Italy") OR (MH "Liechtenstein") OR (MH "Luxembourg") OR (MH "Monaco") OR (MH "Netherlands") OR (MH "Portugal") OR (MH "San Marino") OR (MH "Scandinavia+") OR (MH "Spain") OR (MH "Switzerland") OR (MH "United Kingdom+") OR (MH "Canada+") OR (MH "United States+") OR (MH "New Zealand")
Concept 3 : équation avec les mots-clés (S8)		((Western OR developed OR industrialized OR " High-income") N2 countr*) OR " the occident" OR " western world" OR Norway OR Switzerland OR Australia OR Ireland OR Germany OR Iceland OR Sweden OR Netherlands OR Denmark OR Canada OR "United States" OR "United Kingdom" OR Finland OR "New Zealand" OR Liechtenstein OR Belgium OR Luxembourg OR Spain OR Greece OR Italy OR Monaco OR Portugal OR France OR Austria
Concept 3 : équation mixte (S9)	OR	(S7 OR S8)
Équation finale (S13)	AND	(S3 AND S6 AND S9)

## 2. Global Health

Concept 1 : équation avec le-s descripteur-s (S1)		Migrants/ or migration/ or seasonal migration/ or migrant labour/ or refugees/ or emigration/ or immigrants/ or immigration/
Concept 1 : équation avec mots-clés (S2)		Migra* OR Immigra* OR Refugee* OR Emigra* OR Newcomer* OR "Asylum seeker*" OR Transient* OR (Undocumented ADJ2 (worker* OR alien*)) OR (illegal ADJ2 (alien* OR worker* ))
Concept 1 : équation mixte (S3)	OR	(S1 OR S2)
Concept 2 : équation avec le-s descripteur-s (S4)		diabetes/ or experimental diabetes/ or diabetes mellitus/ or type 2 diabetes/ or glucose tolerance/ or insulin resistance/
Concept 2 : équation avec mots-clés (S5)		Diabet* OR Prediabet* OR "Pre-diabet*" OR (Glucose ADJ2 intoleran*)
Concept 2 : équation mixte (S6)	OR	(S4 OR S5)
Concept 3 : équation avec le-s descripteur-s (S7)		exp developed countries/
Concept 3 : équation avec les mots-clés (S8)		((Western OR developed OR industrialized OR " High-income") ADJ2 countr*) OR " the occident" OR " western world" OR Norway OR Switzerland OR Australia OR Ireland OR Germany OR Iceland OR Sweden OR Netherlands OR Denmark OR Canada OR "United States" OR "United Kingdom" OR Finland OR "New Zealand" OR Liechtenstein OR Belgium OR Luxembourg OR Spain OR Greece OR Italy OR Monaco OR Portugal OR France OR Austria
Concept 3 : équation mixte (S9)	OR	(S7 OR S8)
Équation finale (S13)	AND	(S3 AND S6 AND S9 )

### 3. Medline

Concept 1 : équation avec le-s descripteur-s (S1)		"Transients and Migrants"/ or exp "Emigrants and Immigrants"/ or exp Human Migration/ or Refugees/ or "Emigration and Immigration"/
Concept 1 : équation avec mots-clés (S2)		Migra* OR Immigra* OR Refugee* OR Emigra* OR Newcomer* OR "Asylum seeker*" OR Transient* OR (Undocumented ADJ2 (worker* OR alien*)) OR (illegal ADJ2 (alien* OR worker* ))
Concept 1 : équation mixte (S3)	OR	(S1 OR S2)
Concept 2 : équation avec le-s descripteur-s (S4)		diabetes mellitus/ or diabetes mellitus, type 2/ or prediabetic state/ or Glucose Intolerance/ or Insulin Resistance/
Concept 2 : équation avec mots-clés (S5)		Diabet* OR Prediabet* OR "Pre-diabet*" OR (Glucose ADJ2 intoleran*)
Concept 2 : équation mixte (S6)	OR	(S4 OR S5)
Concept 3 : équation avec le-s descripteur-s (S7)		Developed Countries/ or exp canada/ or exp united states/ or austria/ or belgium/ or exp france/ or exp germany/ or exp united kingdom/ or greece/ or ireland/ or exp italy/ or liechtenstein/ or luxembourg/ or monaco/ or netherlands/ or portugal/ or exp "scandinavian and nordic countries"/ or spain/ or switzerland/ or iceland/ or exp australia/ or new zealand/
Concept 3 : équation avec les mots-clés (S8)		((Western OR developed OR industrialized OR " High-income") ADJ2 countr*) OR " the occident" OR " western world" OR Norway OR Switzerland OR Australia OR Ireland OR Germany OR Iceland OR Sweden OR Netherlands OR Denmark OR Canada OR "United States" OR "United Kingdom" OR Finland OR "New Zealand" OR Liechtenstein OR Belgium OR Luxembourg OR Spain OR Greece OR Italy OR Monaco OR Portugal OR France OR Austria

Concept 3 : équation mixte (S9)	OR	(S7 OR S8)
Équation finale (S13)	AND	(S3 AND S6 AND S9 AND S12)

#### 4. Embase

Concept 1 : équation avec le-s descripteur-s (S1)		exp migrant/ or emigrant/ or immigrant/ or exp migration/ or immigration/ or exp refugee/ or asylum seeker/ or undocumented immigrant/
Concept 1 : équation avec mots-clés (S2)		Migra* OR Immigra* OR Refugee* OR Emigra* OR Newcomer* OR "Asylum seeker*" OR Transient* OR (Undocumented ADJ2 (worker* OR alien*)) OR (illegal ADJ2 (alien* OR worker* ))
Concept 1 : équation mixte (S3)	OR	(S1 OR S2)
Concept 2 : équation avec le-s descripteur-s (S4)		diabetes mellitus/ or impaired glucose tolerance/ or non insulin dependent diabetes mellitus/ or insulin resistance/
Concept 2 : équation avec mots-clés (S5)		Diabet* OR Prediabet* OR "Pre-diabet*" OR (Glucose ADJ2 intoleran*)
Concept 2 : équation mixte (S6)	OR	(S4 OR S5)

Concept 3 : équation avec le-s descripteur-s (S7)		high income country/ or western world/ or developed country/ or western europe/ or austria/ or belgium/ or benelux/ or france/ or germany/ or ireland/ or liechtenstein/ or luxembourg/ or monaco/ or netherlands/ or scandinavia/ or switzerland/ or united kingdom/ or southern europe/ or greece/ or italy/ or portugal/ or spain/ or exp "australia and new zealand"/ or australia/ or new zealand/ or north america/ or canada/ or united states/
Concept 3 : équation avec les mots-clés (S8)		((Western OR developed OR industrialized OR " High-income") ADJ2 countr*) OR " the occident" OR " western world" OR Norway OR Switzerland OR Australia OR Ireland OR Germany OR Iceland OR Sweden OR Netherlands OR Denmark OR Canada OR "United States" OR "United Kingdom" OR Finland OR "New Zealand" OR Liechtenstein OR Belgium OR Luxembourg OR Spain OR Greece OR Italy OR Monaco OR Portugal OR France OR Austria
Concept 3 : équation mixte (S9)	OR	(S7 OR S8)
Équation finale (S13)	AND	(S3 AND S6 AND S9 AND S12)

## 5. Web of Science

Concept 1 : équation avec le-s descripteur-s (S1)		N/A
Concept 1 : équation avec mots-clés (S2)		Migra* OR Immigra* OR Refugee* OR Emigra* OR Newcomer* OR "Asylum seeker*" OR Transient* OR (Undocumented NEAR/2 (worker* OR alien*)) OR (illegal NEAR/2 (alien* OR worker* ))
Concept 1 : équation mixte (S3)	OR	(S1 OR S2)

Concept 2 : équation avec le-s descripteur-s (S4)		N/A
Concept 2 : équation avec mots-clés (S5)		Diabet* OR Prediabet* OR "Pre-diabet*" OR (Glucose NEAR/2 intoleran*)
Concept 2 : équation mixte (S6)	OR	(S4 OR S5)
Concept 3 : équation avec le-s descripteur-s (S7)		N/A
Concept 3 : équation avec les mots-clés (S8)		((Western OR developed OR industrialized OR " High-income") NEAR/2 countr*) OR " the occident" OR " western world" OR Norway OR Switzerland OR Australia OR Ireland OR Germany OR Iceland OR Sweden OR Netherlands OR Denmark OR Canada OR "United States" OR "United Kingdom" OR Finland OR "New Zealand" OR Liechtenstein OR Belgium OR Luxembourg OR Spain OR Greece OR Italy OR Monaco OR Portugal OR France OR Austria
Équation finale (S4)	AND	(S1 AND S2 AND S3 )

## Historiques de recherche dans les bases de données

### 1. WEB OF SCIENCE

Migra\* OR Immigra\* OR Refugee\* OR Emigra\* OR Newcomer\* OR "Asylum seeker\*" OR Transient\* OR (Undocumented NEAR/2 (worker\* OR alien\*)) OR (illegal NEAR/2 (alien\* OR worker\* )) (Topic) and Diabet\* OR Prediabet\* OR "Pre-diabet\*" OR (Glucose NEAR/2 intoleran\*) (Topic) and ((Western OR developed OR industrialized OR " High-income") NEAR/2 countr\*) OR " the occident" OR " western world" OR Norway OR Switzerland OR Australia OR Ireland OR Germany OR Iceland OR Sweden OR Netherlands OR Denmark OR Canada OR "United States" OR "United Kingdom" OR Finland OR "New Zealand" OR Liechtenstein OR Belgium OR Luxembourg OR Spain OR Greece OR Italy OR Monaco OR Portugal OR France OR Austria (Topic) and English or French (Languages) and 2021 or 2020 or 2019 or 2018 or 2017 or 2016 or 2015 or 2014 or 2013 or 2012 or 2011 (Publication Years)  
1451

### 2. Global health

Global Health <1910 to 2021 Week 49>

1 migrants/ 4749  
2 migration/ 4225  
3 seasonal migration/ 34  
4 migrant labour/ 1222  
5 refugees/ 4768  
6 emigration/ 137  
7 immigrants/ 8900  
8 immigration/ 1681  
9 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 21521  
10 diabetes/ 59112  
11 experimental diabetes/ 5764  
12 diabetes mellitus/ 53091  
13 type 2 diabetes/ 26070  
14 glucose tolerance/ 10796  
15 insulin resistance/ 23345  
16 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 136717  
17 exp developed countries/ 1077455  
18 (Migra\* or Immigra\* or Refugee\* or Emigra\* or Newcomer\* or "Asylum seeker\*" or Transient\*).ab,sh,ti. 94942  
19 (Undocumented adj2 (worker\* or alien\*)).mp. or (illegal adj2 (alien\* or worker\*)).ab,sh,ti. [mp=abstract, title, original title, broad terms, heading words, identifiers, cabicodes] 44  
20 18 or 19 94952  
21 (Diabet\* or Prediabet\* or "Pre-diabet\*" or (Glucose adj2 intoleran\*)).ab,sh,ti. 157216  
22 (((Western or developed or industrialized or " High-income") adj2 countr\*) or " the occident" or " western world").ab,sh,ti. 27158  
23 (Norway or Switzerland or Australia or Ireland or Germany or Iceland or Sweden or Netherlands or Denmark or Canada or "United States" or "United Kingdom").ab,sh,ti. 355848  
24 (Finland or "New Zealand" or Liechtenstein or Belgium or Luxembourg or Spain or Greece or Italy or Monaco or Portugal or France or Austria).ab,sh,ti. 227137  
25 22 or 23 or 24 582854

26 9 or 20 94953  
27 16 or 21 172496  
28 17 or 25 1121555  
29 26 and 27 and 28 1160  
30 limit 29 to ((english or french) and yr="2011 - 2021") 751

### 3. Medline

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to December 08, 2021>

1 "Transients and Migrants"/ 12986  
2 exp "Emigrants and Immigrants"/ 14260  
3 exp Human Migration/ 27161  
4 Refugees/ 11702  
5 "Emigration and Immigration"/ 25767  
6 1 or 2 or 3 or 4 or 5 58271  
7 (Migra\* or Immigra\* or Refugee\* or Emigra\* or Newcomer\* or "Asylum seeker\*" or Transient\*).ab,hw,kf,kw,ti. 840855  
8 (Undocumented adj2 (worker\* or alien\*)).mp. or (illegal adj2 (alien\* or worker\*)).ab,hw,kf,kw,ti. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] 204  
9 7 or 8 840875  
10 6 or 9 840875  
11 diabetes mellitus/ or diabetes mellitus, type 2/ or prediabetic state/ 274733  
12 Glucose Intolerance/ 9326  
13 Insulin Resistance/ 61809  
14 11 or 12 or 13 321097  
15 (Diabet\* or Prediabet\* or "Pre-diabet\*" or (Glucose adj2 intoleran\*)).ab,hw,kf,kw,ti. 770414  
16 14 or 15 798889  
17 Developed Countries/ 20992  
18 exp canada/ or exp united states/ or austria/ or belgium/ or exp france/ or exp germany/ or exp united kingdom/ or greece/ or ireland/ or exp italy/ or liechtenstein/ or luxembourg/ or monaco/ or netherlands/ or portugal/ or exp "scandinavian and nordic countries"/ or spain/ or switzerland/ or exp australia/ or iceland/ or exp australasia/ 2884245  
19 (((Western or developed or industrialized or " High-income") adj2 countr\*) or " the occident" or " western world" or Norway).ab,hw,kf,kw,ti. 157908  
20 (Switzerland or Australia or Ireland or Germany or Iceland or Sweden or Netherlands or Denmark or Canada or "United States" or "United Kingdom").ab,hw,kf,kw,ti. 2143396  
21 (Finland or "New Zealand" or Liechtenstein or Belgium or Luxembourg or Spain or Greece or Italy or Monaco or Portugal or France or Austria).ab,hw,kf,kw,ti. 580477  
22 17 or 18 2894717  
23 19 or 20 or 21 2772738  
24 22 or 23 3418439  
25 10 and 16 and 24 3037  
26 limit 25 to (yr="2011 - 2021" and (english or french) and medline) 1654

### 4. Embase

Embase <1974 to 2021 December 08>

1 "Transients and Migrants"/ 36551  
2 exp "Emigrants and Immigrants"/ 42391  
3 Refugees/ 14031  
4 diabetes mellitus, type 2/ or prediabetic state/ 90558  
5 Glucose Intolerance/ 19714  
6 Insulin Resistance/ 131562  
7 Developed Countries/ 33089  
8 Western World/ 769  
9 exp canada/ or exp united states/ or austria/ or belgium/ or france/ or exp germany/ or exp  
united kingdom/ or greece/ or ireland/ or italy/ or liechtenstein/ or luxembourg/ or monaco/ or  
netherlands/ or portugal/ or spain/ or switzerland/ or exp australia/ or iceland/ or new zealand/ or  
finland/ or norway/ or sweden/ or denmark/ 2927717  
10 1 or 2 or 3 75876  
11 4 or 5 or 6 223371  
12 (Migra\* or Immigra\* or Refugee\* or Emigra\* or Newcomer\* or "Asylum seeker\*" or  
Transient\* or (Undocumented adj2 (worker\* or alien\*)) or (illegal adj2 (alien\* or  
worker\*))).ab,hw,ti. 1118002  
13 (Diabet\* or Prediabet\* or "Pre-diabet\*" or (Glucose adj2 intoleran\*)).ab,hw,ti. 1267151  
14 (((Western or developed or industrialized or " High-income") adj2 countr\*) or " the occident"  
or " western world" or Norway or Switzerland).ab,hw,ti. 249788  
15 (Australia or Ireland or Germany or Iceland or Sweden or Netherlands or Denmark or Canada  
or "United States" or "United Kingdom" or Finland).ab,hw,ti. 2695496  
16 ("New Zealand" or Liechtenstein or Belgium or Luxembourg or Spain or Greece or Italy or  
Monaco or Portugal or France or Austria).ab,hw,ti. 632550  
17 14 or 15 or 16 3414146  
18 10 or 12 1118032  
19 11 or 13 1322266  
20 7 or 8 or 9 2946432  
21 17 or 20 3586050  
22 18 and 19 and 21 5316  
23 limit 22 to ((english or french) and yr="2011 - 2021") 3698  
24 limit 23 to embase 1935

## 5. Cinhal



Wednesday, December 08, 2021 2:32:23 AM

#	Question	Opérateurs de restriction/Opérateurs d'expansion	Dernière exécution par	Résultats
S28	S11 AND S18 AND S26	Opérateurs de restriction - Date de publication: 20110101-20211231; Langue: English, French Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text	873
S27	S11 AND S18 AND S26	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text	1,270
S26	S21 OR S25	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text	Afficher
S25	S22 OR S23 OR S24	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text	Afficher
S24	TI ( Luxembourg OR Spain OR Greece OR Italy OR Monaco OR Portugal OR France OR Austria ) OR AB ( Luxembourg OR Spain	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text	Afficher

OR Greece OR Italy OR  
 Monaco OR Portugal OR  
 France OR Austria ) OR  
 MW ( Luxembourg OR  
 Spain OR Greece OR  
 Italy OR Monaco OR  
 Portugal OR France OR  
 Austria )

S23

TI ( Iceland OR Sweden  
 OR Netherlands OR  
 Denmark OR Canada OR  
 "United States" OR  
 "United Kingdom" OR  
 Finland OR "New  
 Zealand" OR  
 Liechtenstein OR Belgium  
 ) OR AB ( Iceland OR  
 Sweden OR Netherlands  
 OR Denmark OR Canada  
 OR "United States" OR  
 "United Kingdom" OR  
 Finland OR "New  
 Zealand" OR  
 Liechtenstein OR Belgium  
 ) OR MW ( Iceland OR  
 Sweden OR Netherlands  
 OR Denmark OR Canada  
 OR "United States" OR  
 "United Kingdom" OR  
 Finland OR "New  
 Zealand" OR  
 Liechtenstein OR Belgium  
 )

S22

TI ( ((Western OR  
 developed OR  
 industrialized OR " High-  
 income") N2 countr\*) OR "  
 the occident" OR "  
 western world" OR  
 Norway OR Switzerland  
 OR Australia OR Ireland  
 OR Germany ) OR AB ( ((Western OR developed

Opérateurs d'expansion -  
 Appliquer des sujets  
 équivalents  
 Modes de recherche -  
 Booléen/Phrase

Interface - EBSCOhost  
 Research Databases  
 Ecran de recherche -  
 Recherche avancée  
 Base de données - CINAHL  
 Plus with Full Text

Afficher

Opérateurs d'expansion -  
 Appliquer des sujets  
 équivalents  
 Modes de recherche -  
 Booléen/Phrase

Interface - EBSCOhost  
 Research Databases  
 Ecran de recherche -  
 Recherche avancée  
 Base de données - CINAHL  
 Plus with Full Text

Afficher

OR industrialized OR " High-income") N2 countr\*) OR " the occident" OR " western world" OR Norway OR Switzerland OR Australia OR Ireland OR Germany ) OR MW ( ((Western OR developed OR industrialized OR " High-income") N2 countr\*) OR " the occident" OR " western world" OR Norway OR Switzerland OR Australia OR Ireland OR Germany )

S21

S19 OR S20

Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase

Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text

Afficher

S20

(MH "Canada+") OR (MH "United States+") OR (MH "Australia+") OR (MH "Belgium") OR (MH "European Union") OR (MH "France") OR (MH "Germany+") OR (MH "Greece") OR (MH "Iceland") OR (MH "Ireland") OR (MH "Italy") OR (MH "Liechtenstein") OR (MH "Luxembourg") OR (MH "Monaco") OR (MH "Netherlands") OR (MH "Portugal") OR (MH "San Marino") OR (MH "Scandinavia+") OR (MH "Spain") OR (MH "Switzerland") OR (MH "United Kingdom+") OR (MH "Great Britain+") OR (MH "Austria")

Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase

Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text

Afficher

S19	MH "Developed Countries")	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text	Afficher
S18	S16 OR S17	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text	Afficher
S17	TI ( Diabet* OR Prediabet* OR "Pre-diabet*" OR (Glucose N2 intoleran* ) ) OR AB ( Diabet* OR Prediabet* OR "Pre-diabet*" OR (Glucose N2 intoleran* ) ) OR MW ( Diabet* OR Prediabet* OR "Pre-diabet*" OR (Glucose N2 intoleran* ) )	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text	Afficher
S16	S12 OR S13 OR S14 OR S15	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text	Afficher
S15	(MH "Diabetes Educators")	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text	Afficher
S14	(MH "Diabetes Education")	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text	Afficher

S13	MH "Diabetic Patients")	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée	Afficher
S12		Modes de recherche - Booléen/Phrase	Base de données - CINAHL Plus with Full Text	
S11	(MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR (MH "Glucose Intolerance") OR (MH "Prediabetic State") OR (MH "Diabetes Mellitus")	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée	Afficher
		Modes de recherche - Booléen/Phrase	Base de données - CINAHL Plus with Full Text	
S10	S6 OR S10	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée	87,720
		Modes de recherche - Booléen/Phrase	Base de données - CINAHL Plus with Full Text	
S9	S7 OR S8 OR S9	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée	80,677
		Modes de recherche - Booléen/Phrase	Base de données - CINAHL Plus with Full Text	
S8	TI ( illegal N2 (alien* OR worker* )) ) OR AB ( illegal N2 (alien* OR worker* )) ) OR MW ( illegal N2 (alien* OR worker* )) )	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée	Afficher
		Modes de recherche - Booléen/Phrase	Base de données - CINAHL Plus with Full Text	
	TI ( "Asylum seeker*" OR Transient* OR (Undocumented N2 (worker* OR alien* ) ) OR AB ( "Asylum seeker*" OR Transient* OR (Undocumented N2 (worker* OR alien* ) ) OR MW ( "Asylum seeker*" OR Transient* OR	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée	Afficher
		Modes de recherche - Booléen/Phrase	Base de données - CINAHL Plus with Full Text	

S7	Undocumented N2 (worker* OR alien* )				
	TI ( Migra* OR Immigra* OR Refugee* OR Emigra* OR Newcomer* ) OR AB ( Migra*OR Immigra* OR Refugee* OR Emigra* OR Newcomer* ) OR MW ( Migra*OR Immigra* OR Refugee* OR Emigra* OR Newcomer* )	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text	46,166	
S6					
	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text	Afficher	
S5					
	(MH "Undocumented Immigrants")	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text	Afficher	
S4					
	(MH "Refugees")	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text	Afficher	
S3					
	(MH "Emigration and Immigration")	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text	Afficher	
S2					
	(MH "Undocumented Immigrants") OR (MH "Immigrants")	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche -	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée	Afficher	

S1	MH "Transients and Migrants")	Opérateurs d'expansion - Appliquer des sujets équivalents Modes de recherche - Booléen/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecran de recherche - Recherche avancée Base de données - CINAHL Plus with Full Text	Afficher
----	-------------------------------	---	---	----------

## **Annexe B Grille d'extraction des données de base des études**

n : non; nsp : ne sait pas; o : oui

	<b>Références</b>	<b>But</b>	<b>Méthode</b>	<b>Échantillon</b>	<b>Collecte et analyse des données</b>	<b>Résultats clés</b>	<b>Forces</b>	<b>Limites</b>
--	-------------------	------------	----------------	--------------------	--	-----------------------	---------------	----------------

A 1	Abuelmagd, W., Osman, B. B., Hakonsen, H., Jenum, A. K., Toverud, E. L. (2019). Experiences of kurdish immigrants with the management of type 2 diabetes: a qualitative study from norway. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 37, 345-352. <a href="https://dx.doi.org/10.1080/02813432.2019.1639911">https://dx.doi.org/10.1080/02813432.2019.1639911</a>	Explorer les expériences des patients kurdes immigrés à Oslo, en Norvège, liées à la gestion du diabète de type 2 (DT2).	Qualitative mais le type de méthodologie non précisé. En considérant le but poursuivi, nous croyons qu'il s'agit d'une méthode qualitative descriptive	18 Kurdes adultes (>18ans) de première génération atteinte de DT2, originairement d'Oslo (9 femmes et 9 hommes). Treize participants étaient originairement d'Irak et cinq d'Iran. Les participants à cette étude ont été recrutés dans des lieux d'Oslo très fréquentés	Entretien en groupe de discussion (5) enregistré de 60-90 min guide d'entretien structuré, collecte oct 2016-janvier 2017 Les enregistrements audio ont été transcrits textuellement et lus par les auteurs afin d'obtenir une compréhension complète des	Expériences des patients kurdes immigrés en matière de diagnostic du DT2, de gestion de la maladie et de besoin d'informations médicales. Les participants ont souligné que vivre avec le DT2 était émotionnellement difficile, principalement parce qu'ils avaient peur des complications possibles de la maladie. Ils ont affirmé respecter de manière satisfaisante la prise de leurs médicaments et les mesures de leur glycémie. La majorité des participants ont déclaré avoir	Méthode correspond au but de l'étude et le choix de la méthode est bien justifié Le choix de la méthode de collecte des données est tout aussi pertinent au but de l'étude. Consentement écrit obtenu avant l'étude. L'étude a été approuvée par The Norwegian Center for Research Data	En ne sélectionnant que des participants parlant couramment le norvégien, la transférabilité des résultats aux patients kurdes atteints de DT2 qui ne maîtrisent pas le norvégien est limitée
--------	--	--	--	--	---	--	---	---

				<p>s par la population kurde (mosquées et cafés kurdes). Échantillonnage raisonné</p>	<p>données. Une analyse thématique avec une approche déductive a été menée manuellement et comprend l'identification et le codage des unités de sens des données avant qu'elles ne soient classées par catégorie.</p>	<p>apporté des changements à leur régime alimentaire, même si cela était difficile. En revanche, l'activité physique n'a reçu qu'une attention minimale. La principale source d'information des participants était les médecins généralistes et la majorité d'entre eux étaient satisfaits des informations qu'ils avaient reçues sur leur maladie et sa gestion.</p>		
--	--	--	--	---	---	---	--	--

A 2	Ahmad, A., Khan, M. U., & Aslani, P. (2021). A Qualitative Study on Medication Taking Behaviour Among People With Diabetes in Australia. <i>Frontiers in pharmacology</i> , 12, 693748. <a href="https://doi.org/10.3389/fphar.2021.693748">https://doi.org/10.3389/fphar.2021.693748</a>	Examine r le comportement des patients en matière de prise de médicaments et les facteurs qui influencent l'adhésion aux trois phases de l'adhésion.	Qualitative mais le type de méthodologie non précisé. En considérant le but poursuivi, nous croyons qu'il s'agit d'une méthode qualitative descriptive	23 migrants indiens (nés en Inde) vivant en Sydney Australie avec DT2 Échantillon de convenance et boule de neige	Entrevues semi-structurées avec questionnaire développé selon études Les enregistrements des entretiens ont été transcrits mot à mot et analysés de manière thématique à l'aide d'un cadre pour l'analyse thématique	Trois grands thèmes, axés sur le comportement de prise de médicaments et les facteurs qui influencent l'adhésion : initiation, mise en œuvre et abandon. Les facteurs influençant l'adhésion ont été séparés pour chaque phase et regroupés en facilitateurs et obstacles. Certains ont commencé immédiatement, d'autres ont retardé par craintes d'effets secondaires, d'autres avouent oublier de prendre les médicaments	Méthode bien justifiée et argumenté questionnaire de recherche décrit: objectif répond au but de l'étude Approuvé par le comité d'éthique et consentement écrit obtenu Critères d'inclusion à l'étude rapporté Le questionnaire a été testé pour évaluer sa validité par 2 chercheurs	les résultats d'une étude qualitative, de par sa nature même, ne peuvent être généralisés. En outre, l'étude a été menée auprès d'une population de migrants indiens en Australie, qui prenaient au moins un médicament antidiabétique et ont signalé des taux d'adhésion élevés. Les résultats peuvent donc ne pas être applicables à d'autres populations
--------	---	--	--	---	--	---	---	---

						<p>lorsqu'ils sont pressés pour le travail ou a l'extérieur pour des évènements sociaux</p> <p>Utilisation d'un traitement provenant de l'Inde pour certains</p> <p>-Initiation la médecine prescrite parallèlement à l'automédication comme avec la médecine ayurvédique (AM) et/ou soutenue par la religion et la spiritualité.</p>		<p>indiennes ailleurs.</p>
--	--	--	--	--	--	---	--	----------------------------

A 3	Ahmad, A., Khan, M. U., & Aslani, P. (2021). The Role of Religion, Spirituality and Fasting in Coping with Diabetes among Indian Migrants in Australia: A Qualitative Exploratory Study. <i>Journal of religion and health</i> , 10.1007/s10943-021-01438-9. Advance online publication. <a href="https://doi.org/10.1007/s10943-021-01438-9">https://doi.org/10.1007/s10943-021-01438-9</a>	Cette étude a exploré les croyances religieuses des migrants indiens en Australie et l'influence de ces croyances sur leur autogestion du diabète.	méthode qualitative exploratoire	23 migrants (résidents permanents ou citoyens nés en Inde) indiens atteints de DT2 vivant en Australie	Entrevues semi-structurées Tous les entretiens ont été enregistrés, transcrits mot à mot et analysés de manière thématique	3 thèmes principaux : le rôle de la spiritualité et de la religion dans la gestion du diabète de type 2, les croyances religieuses concernant l'insuline et les autres médicaments produits à partir d'animaux, et les croyances concernant le jeûne religieux et son impact sur l'autogestion du diabète. La plupart des participants pensaient que les prières les aidaient à atténuer le stress et à améliorer la gestion du diabète ; les participants pensaient également que le	Selon les auteurs, cette étude est première étude qualitative approfondie qui explore le rôle de la religion et de la spiritualité dans la gestion du diabète chez les migrants indiens en Australie.	1. cette étude s'est concentrée sur les migrants indiens en Australie, qui peuvent être différents des migrants indiens ailleurs. 2. Les participants étaient principalement hindous, avec seulement un petit nombre de participants musulmans et d'adeptes d'autres religions dans l'étude. 3. l'enquêteur était un homme, ce qui peut
--------	--	--	----------------------------------	--	---	--	---	---

						<p>fait de recevoir des bénédictions/prières de la part de chefs religieux permettait de prévenir ou de guérir des maladies, dont le diabète. Certains participants étaient préoccupés par l'utilisation d'insuline d'origine animale car elle allait à l'encontre de leurs croyances et enseignements religieux. Certains participants pensent que le jeûne religieux n'a aucun impact sur leur diabète, tandis que d'autres pensent qu'il peut être</p>		<p>avoir influencé le recrutement des participants à l'étude, peut-être en raison de barrières culturelles où une femme peut ne pas vouloir assister à un entretien avec un homme. 4. la majorité des participants avaient moins de 40 ans, ce qui peut s'expliquer par le fait que les participants ont été recrutés par le biais de Facebook et</p>
--	--	--	--	--	--	---	--	---

						préjudiciable à leur santé. Les croyances religieuses ont donc joué un rôle important		ne provenaient que du Grand Sydney ; L'échantillon n'est donc pas représentatif de tous les âges, de tous les milieux sociodémographiques et religieux des migrants indiens en Australie.
--	--	--	--	--	--	---	--	---

A 4	Allen, Z. v., Dogba, M. J., Brent, M. H., Bach, C., Grimshaw, J. M., Ivers, N. M., Wang, X., McCleary, N., Asad, S., Chorghay, Z., Hakim, H., Sutakovic, O., Drescher, O., Légaré, F., Witteman, H. O., Zettl, M., Squires, J., Tremblay, M. C., Randhawa, A., Lopez, G., ... Presseau, J. (2021). Barriers to and enablers of attendance at diabetic retinopathy screening experienced by immigrants to Canada from multiple cultural and linguistic minority groups. <i>Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association</i> , 38(4), e14429. <a href="https://doi.org/10.1111/dme.14429">https://doi.org/10.1111/dme.14429</a>	Identifier les obstacles et les facteurs qui favorisent la participation au dépistage oculaire chez trois groupes d'immigrants au Canada issus de minorités culturelles et linguistiques et souffrant de diabète.	Étude qualitative fondée sur la théorie du changement de comportement.	Échantillon ciblé/raisonné et boulevé de neige 39 migrants au Canada avec DT2, qui avaient immigré au Canada en provenance du Pakistan (entretien en urdu), de la Chine (entretien en mandarin) et des pays francophones d'Afrique et des	Entrevues individuelles en personne ou au téléphone et enregistrées. Chaque transcripteur indépendant doublement codé par deux chercheurs à l'aide de NVivo, les divergences entre les codeurs étant résolues par consensus. Analyse	3 thèmes: identification et de caractérisation des obstacles au dépistage de la rétinopathie diabétique et les facteurs favorables à ce dépistage qui étaient communs et uniques à certains groupes culturels et linguistiques. -Les questions d'influence sociale, de contexte environnemental/ressources, de connaissances, de compétences, de mémoire/attention/processus de décision et d'objectifs - Plusieurs nouveaux obstacles/facilités	Cette étude a été approuvée par Clinical Trials Ontario (Project ID 1351) par le Comité d'éthique de la recherche du Réseau des sciences de la santé d'Ottawa et le Comité d'éthique de la recherche du Réseau universitaire de santé. Les recherches menées au Québec ont été approuvées par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université	Échantillon non généralisable. Les partenariats avec les leaders de la communauté ont facilité le recrutement, cependant, la dépendance à l'égard des recommandations d'un groupe choisi peut avoir conduit à une certaine homogénéité. En particulier, cela a conduit à recruter des participants qui avaient immigré d'un seul
--------	---	---	--	---	--	--	---	--

				<p>Caraïbes (Togo, Congo, Maroc, Sénégal, Tunisie, Algérie et Haïti) (entretien s en français).</p>	<p>thématique. Entrevue en mandarin, Urdu, français et anglais</p>	<p>ateurs ont été identifiés: la tendance à retourner dans son pays de naissance pour le dépistage (participants de Chine), la préférence pour la médecine alternative (participants du Pakistan) et la réticence à se rendre au dépistage pendant les mois d'hiver (participants des pays d'Afrique et des Caraïbes).</p>	<p>Laval. Population diversifiée (plusieurs origines ou pays différents) bon pour la représentati vité - Verbatim rapportés - Étude canadienne</p>	<p>pays d'Asie du Sud (le Pakistan). Il est probable que les perspectives des immigrants au Canada provenant d'autres pays d'Asie du Sud apporteraien t un éclairage supplémenta ire et pourraient faire l'objet de recherches futures.</p>
--	--	--	--	---	--	--	--	---

A 5	Alloh, F., Hemingway, A., & Turner-Wilson, A. (2019). Exploring the Experiences of West African Immigrants Living with Type 2 Diabetes in the UK. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 16(19), 3516. <a href="https://doi.org/10.3390/ijerph16193516">https://doi.org/10.3390/ijerph16193516</a>	Explorer les expériences des immigrants ouest-africains dans la gestion du diabète de type 2 au Royaume-Uni en utilisant une approche constructiviste de la théorie fondée.	Qualitative constructiviste de la théorie fondée	34 immigrants (15 hommes et 19 femmes) ouest-africains vivant avec un DT2 dans la région de Londres. Les participants ont été recrutés dans : dans cinq groupes de soutien aux diabétiques et dans des établissements communautaires (mosquées et églises)	E	Trois concepts ont émergé : Le changement des habitudes alimentaires (expériences des participants dans le respect des recommandations alimentaires), l'amélioration de l'activité physique (l'expérience de la réduction de l'activité physique depuis l'arrivée au Royaume-Uni) et l'effort d'adaptation, qui se concentre sur l'impact des changements migratoires dans la vie avec le DT2 au Royaume-Uni	But de l'étude pertinent au sujet de notre recherche. Population cible aussi pertinente. Méthodologie utilisée bien justifiée et s'avère appropriée à la nature de l'étude et au but - Résultats pertinents, rapportent les effets de la migration, de la culture sur la gestion du DT2,	L'utilisation de plusieurs techniques d'échantillonnage en raison des difficultés de recrutement dans cette population peut affecter la transférabilité des résultats. Il convient de faire preuve de prudence lors de l'application des résultats de cette étude à un contexte plus généralisé de la gestion du DT2 parmi d'autres personnes vivant avec
--------	--	---	--	--	---	--	--	---

				Raisonné et boule de neige				le DT2 au Royaume- Uni.
--	--	--	--	----------------------------------	--	--	--	-------------------------------

A 6	Alloh, F., Hemingway, A., & Turner-Wilson, A. (2021). The Role of Finding Out in Type 2 Diabetes Management among West-African Immigrants Living in the UK. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 18(11), 6037. <a href="https://doi.org/10.3390/ijerph18116037">https://doi.org/10.3390/ijerph18116037</a>	L'étude vise à explorer les connaissances et la perception des immigrants d'Afrique de l'Ouest concernant le diagnostic du DT2, ainsi que l'impact de ces éléments sur la gestion du DT2 au Royaume-Uni.	Qualitative constructive de la théorie fondée	34 immigrants ouest-africains vivant au Royaume-Uni avec DT2	Entretiens semi-structurés. Après le codage des transcriptions, Les transcriptions des entretiens ont été analysées à l'aide de l'approche inductive de la théorie fondée constructiviste	Des concepts ont émergé, notamment la remarque des symptômes, le retard du diagnostic, l'accessibilité des services de santé, les croyances en matière de santé, les sentiments au moment du diagnostic et les émotions ressenties au moment du diagnostic, qui contribuent tous à la découverte du diagnostic du DT2. Ces facteurs étaient liés à la vie en Afrique de l'Ouest, parmi les participants, et ont joué des rôles importants dans la gestion du DT2 au Royaume-Uni	Pertinente a notre sujet. Informations pertinentes concernant l'expérience avec le diagnostic du DT2 en Afrique pour certains et au RU pour d'autres ainsi que la gestion de la maladie au Royaume-Uni Verbatims explicitement mentionnés - Les facteurs contribuant au Dx du DT2 - Dans cette étude, les participants	Les auteurs ne mentionnent pas les limites potentiels - En jeu de Généralisation
--------	--	--	---	--	---	---	--	--

							diagnostiqués au Royaume-Uni ont déclaré que l'obtention d'un diagnostic dépend davantage de facteurs individuels tels qu'un emploi du temps chargé ou le fait de ne pas accorder d'importance aux services de santé. Ces obstacles sont des facteurs qui sont principalement influencés par les efforts personnels	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

								<p>pour rechercher la cause de leurs symptômes.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

A 7	<p>Carolan-Olah, M., &amp; Cassar, A. (2018). The Experiences of Older Italian Migrants With Type 2 Diabetes: A Qualitative Study. <i>Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society</i>, 29(2), 172–179.  <a href="https://doi.org/10.1177/1043659617696974">https://doi.org/10.1177/1043659617696974</a></p>	<p>L'objectif de cet article est d'explorer l'expérience des migrants italiens âgés en matière de soins du diabète et les facteurs qui peuvent contribuer à l'utilisation des services de santé locaux.</p>	<p>Qualitative mais le type de méthodologie non précisé. En considérant le but poursuivi, nous croyons qu'il s'agit d'une méthode qualitative descriptive</p>	<p>13 participants atteints de diabète de type 2, âgés de 68 à 85 ans. Les participants ont été recrutés dans les centres sociaux et communautaires italiens, les centres de santé et les salles d'attente des médecins de famille.</p>	<p>Focus groups  L'analyse des données a impliqué une approche d'analyse thématique guidée par la méthode de Braun et Clarke (2006). Les groupes de discussion ont été menés par des éducateurs de santé bilingues qui ont reçu une formation spécifique en matière d'animati</p>	<p>Les analyses ont révélé cinq thèmes, dont (a) la valeur de la santé, (b) l'impact du diabète, (c) les changements à apporter, (d) la gestion du diabète, et (e) l'accès aux informations et aux services.</p>	<p>Méthode justifiée et pertinente au but de l'étude</p>	<p>Échantillon faible ==problème de généralisation</p>
--------	---	---	---	---	---	--	--	--

					on de groupes de discussio n et de sensibilit é culturelle .			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

A 8	Choi, T. S. T., Walker, K. Z., & Palermo, C. (2018). Diabetes management in a foreign land: A case study on Chinese Australians. <i>Health &amp; Social Care in the Community</i> , 26(2), e225–e232. <a href="https://doi.org/10.1111/hsc.12501">https://doi.org/10.1111/hsc.12501</a>	L'objectif de cette étude était de comprendre l'expérience des migrants chinois vivant avec le diabète de type 2 en Australie et d'explorer leurs besoins, habitudes et attentes culturelles spécifiques en matière de gestion du diabète dans le	Étude qualitative exploratoire ayant employé une approche d'étude de cas en utilisant des méthodes de collecte de données ethnographiques comprenant des observations participant es et des entretiens approfondis,	Échantillon raisonné Une technique de recrutement en boule de neige été utilisée pour inviter d'autres professionnels de la santé ayant une expérience clinique pertinente auprès de la communauté chinoise australienne à participer à d'autres entretiens. Au total, 18	Observations participantes (18 dont 15 consultations diététiques individuelles et trois programmes éducatifs de groupe (deux à Melbourne et un à Sydney) et des entretiens qualitatifs. Une analyse thématique avec correspondance des modèles a été adoptée. Le texte	5 thèmes majeurs: 1. La barrière de la langue a limité l'accès aux services australiens relatifs au diabète 2. Les patients chinois en tant que personnes à charge au sein de leur famille australien du diabète n'était pas apprécié 3. Le service australien du diabète n'était pas apprécié 4. Informations sur la gestion du diabète et le soutien du réseau d'amis 5. Modes de prise en charge du diabète chez les Australiens d'origine chinoise Les migrants chinois semblent rencontrer de multiples	Méthode bien justifiée et argumenté objectif répond au but de l'étude Approuvé par le comité d'éthique et consentement écrit obtenu Afin de renforcer la rigueur de la recherche, la triangulation méthodologique (utilisation d'entretiens et d'observations) et la triangulation des enquêteurs	Échantillon de 18= enjeu de généralisation Malgré les efforts déployés pour assurer l'inclusion des séances d'éducation sur le diabète observées dans différentes villes, dans différents contextes et sous différents formats, la diversité était limitée par le peu de services d'éducation sur le diabète disponibles destinés aux migrants
--------	---	---	---	---	--	---	---	--

		<p>contexte australien, afin de contribuer à l'élaboration d'un service australien pour les Chinois avec diabète.</p>		<p>observations de participants ont été réalisées, dont 15 consultations individuelles et trois programmes éducatifs de groupe (deux à Melbourne et un à Sydney) Au total, trois programmes et un site clinique pour une consultation individuelle ont été contactés pour</p>	<p>de chaque transcription d'entretien et des notes de terrain d'observation a été codé, avant de regrouper les codes en concepts ou thèmes similaires sélectionnés pour répondre aux objectifs prédéterminés de cette étude. L'analyse a été assistée par QSR-Nvivo 10 (V10.0.1</p>	<p>obstacles pour accéder aux services australiens de soins du diabète, ce qui est encore compliqué par le décalage entre les attentes des patients chinois et les services disponibles. Les patients chinois ont été observés comme étant orientés vers le collectivisme et comptant sur leurs amis pour la gestion du diabète. Si les professionnels de la santé semblent être perçus comme une source fiables sur la santé, ils ne fournissent souvent pas de soutien continu. Lorsque le</p>	<p>ont été appliquées.</p>	<p>chinois. Comme un seul chercheur a participé à la collecte des données, l'interprétation des événements observés repose sur un seul point de vue, même si celui-ci a été approfondi par l'utilisation d'une réflexivité ciblée tout au long de la collecte et de l'analyse des données.</p>
--	--	---	--	---	--	--	----------------------------	--

				<p>l'observation et tous les animateurs ont donné leur consentement pour participer à cette étude.</p>	<p>38.0 [64 bits]).</p>	<p>soutien professionnel est limité, les patients chinois adoptent des stratégies alternatives pour gérer leur diabète, qui consistent souvent à rechercher de l'aide et des informations auprès de leurs pairs.</p>		
--	--	--	--	--	-------------------------	--	--	--

A 9	Hjelm, K., & Apelqvist, J. (2016). Influence of beliefs about health and illness on self-care and care-seeking in foreign-born people with diabetic foot ulcers: dissimilarities related to origin. <i>Journal of Wound Care</i> , 25(11), 602–616. <a href="https://doi.org/10.12968/jowc.2016.25.11.602">https://doi.org/10.12968/jowc.2016.25.11.602</a>	Décrire les croyances en matière de santé et de maladie chez les personnes nées à l'étranger souffrant d'ulcères du pied diabétique, qui pourraient avoir une incidence sur les soins auto-administrés et la recherche de soins de santé, et étudier s'il existe	Qualitative descriptive	26 participants (20 hommes et 6 femmes) nés à l'étranger et vivant en Suède avec DT2. 13 nés dans les pays européens et 13 dans les pays non européens (à l'exception du Moyen-Orient) (14 réfugiés)	Entretiens semi-structurés avec des personnes âgées de 38 à 86 ans ; 13 nées dans des pays européens et 13 dans des pays non-européens (tous sauf un au Moyen-Orient)	La plupart pensaient que les ulcères du pied étaient inévitables et difficiles à détecter. Les problèmes de pieds étaient principalement dus à des facteurs internes (diabète), parfois combinés à des facteurs externes (chaussures inappropriées, eau chaude ou marche pieds nus). La santé est décrite comme l'absence de maladie et les professionnels de la santé sont considérés comme des sources d'information importantes. La perception de la	Critères d'inclusion/exclusion bien définis	Barrière linguistique =recours un interprète pour 19 participants
--------	---	--	-------------------------	--	---	---	---	---

		des différences liées à l'origine.				santé se détériore après l'apparition des problèmes de pieds en raison de l'immobilité et de la douleur. Les personnes originaires du Moyen-Orient se distinguent des autres répondants car elles évoquent l'importance de s'adapter à la volonté d'Allah, ce qui entraîne une qualité de vie encore plus médiocre et une vision plus négative de la santé future. Elles ont également décrit davantage de problèmes de pieds et ont perçu la religion (l'Islam) avec le lavage rituel des pieds comme		
--	--	------------------------------------	--	--	--	--	--	--

						étant importante pour la santé.		
--	--	--	--	--	--	------------------------------------	--	--

A 10	Jager, M. J., van der Sande, R., Essink-Bot, M. L., & van den Muijsenbergh, M. (2019). Views and experiences of ethnic minority diabetes patients on dietetic care in the Netherlands - a qualitative study. <i>European journal of public health</i> , 29(2), 208–213. <a href="https://doi.org/10.1093/eurpub/cky186">https://doi.org/10.1093/eurpub/cky186</a>	L'objectif de cette étude était d'explorer les points de vue concernant une alimentation saine et les soins diététiques parmi les patients diabétiques de type 2 issus de minorités ethniques.	Qualitative mais le type de méthodologie non précisé. En considérant le but poursuivi, nous croyons qu'il s'agit d'une méthode qualitative descriptive	12 migrants de 1ère génération d'origine africaine, asiatique ou latino-américaine (6 de la Turquie, 2 du Maroc, 3 d'Irak et 1 de Curaçao, Antilles néerlandaises) avec DT2 vivant aux États-Unis. 8 femmes et 4 hommes, qui ont consulté un diététicien. Par le biais	Des entretiens semi-structurés ont été menés. Tous les entretiens ont eu lieu au domicile des participants, afin de garantir un environnement sûr pour parler librement. Dans plusieurs cas, les enfants ou les conjoints étaient également présents. Tous les	Plusieurs répondants s'attendaient à une approche plus rigoureuse, directive et technique de la part du diététicien. Toutes les personnes interrogées ont reconnu l'importance d'une alimentation saine. Ce qu'ils considèrent comme sain est déterminé par des idées influencées par la culture sur les avantages pour la santé de certains aliments. Les principaux obstacles au changement de régime alimentaire sont le manque	Échantillon bien expliqué, guide d'entrevue décrit	Seulement recruté des patients qui ont consulté leur diététicien, il nous manque les points de vue des patients diabétiques issus de minorités ethniques qui n'ont pas été orientés vers un diététicien, ou qui n'ont pas suivi cette orientation= enjeu de Généralisation
---------	---	--	--	--	--	--	--	--

			<p>d'un échantillon raisonné, les répondants migrants de première génération d'origine africaine, asiatique ou latino-américaine ont été recrutés dans neuf cabinets de diététique néerlandais situés dans des zones à forte proportion de résidents migrants, en visant une</p>	<p>entretiens ont été enregistrés, transcrits et traduits par les enquêteurs. Les données ont été anonymisées et traitées par le logiciel Atlas.ti. Analyse thématique</p>	<p>d'efficacité personnelle et le soutien social. Les influences sociales sont vécues à la fois comme un soutien et comme un obstacle.</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--

				variation maximale entre les participants en ce qui concerne le sexe, l'âge, l'origine ethnique, le niveau d'éducation et la maîtrise de la langue néerlandaise.				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

A 11	Joo, J. Y., & Lee, H. (2016). Barriers to and facilitators of diabetes self-management with elderly Korean-American immigrants. <i>International Nursing Review</i> , 63(2), 277–284. <a href="https://doi.org/10.1111/inr.12260">https://doi.org/10.1111/inr.12260</a>	L'objectif de cette étude était d'explorer les obstacles et les facilitateurs de l'autogestion du diabète chez les immigrants coréens américains âgés, de première génération atteinte de diabète de type 2 dans le Midwest américain.	Qualitative descriptive	Échantillonnage de convenance et un échantillonnage raisonné, 23 Immigrants coréens-américains (12 hommes et 11 femmes) âgés atteints de diabète de type 2 aux États-Unis	Trois groupes de discussion (N = 18) et cinq entretiens individuels ont été organisés. Pour les groupes de discussion, l'équipe de recherche a élaboré une série de questions d'entretien semi-structurées et ouvertes. Les questions de l'entretien	Cinq obstacles perçus ont été identifiés : le coût élevé des soins du diabète de type 2, les problèmes de langue, la perte de contrôle de soi, la perte de mémoire et l'accès limité aux ressources de santé. Trois facilitateurs perçus sont le temps, la recherche d'informations et le soutien de la famille et des pairs.	Devis qualitatif descriptive bien justifiée, méthodes de collecte de données (entretien de groupe et individuels) appropriées et bien justifiées. Permet d'obtenir à la fois un aperçu des croyances, des expériences et de la compréhension du DT2 par les participants (entretien de groupe) et de recueillir des informations sur les	Les points de vue des patients diabétiques issus de minorités ethniques qui n'ont pas été orientés vers un diététicien, ou qui n'ont pas suivi cette orientation.
---------	---	--	-------------------------	---	--	---	--	---

					étaient les mêmes questions semi-structurées et ouvertes que celles posées dans les groupes de discussion. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour calculer les informations relatives aux caractéristiques démographiques et au diabète des		points de vue personnels, les réactions émotionnelles et les expériences des participants (individuel)	
--	--	--	--	--	---	--	--	--

					participants. Les données des groupes de discussion et des entretiens individuels ont été analysées à l'aide d'analyses standard basées sur le contenu afin d'identifier les thèmes.			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

A 12	Kindarara, D. M., McEwen, M. M., Crist, J. D., & Loescher, L. J. (2017). Health-Illness Transition Experiences With Type 2 Diabetes Self-management of Sub-Saharan African Immigrants in the United States. <i>The Diabetes educator</i> , 43(5), 506–518. <a href="https://doi.org/10.1177/0145721717724725">https://doi.org/10.1177/0145721717724725</a>	L'objectif de cette étude qualitative descriptive était de décrire les expériences de transition santé-maladie des immigrants d'Afrique subsaharienne associées à l'autogestion du DT2.	Qualitative descriptive	10 (5 hommes et 5 femmes) immigrants d'Afrique subsaharienne atteints de DT2, recrutés par échantillonnage raisonné et en boule de neige.	Des entretiens approfondis semi-structurés en face à face d'une durée de 60 à 90 minutes ont été menés. Chaque entretien a été enregistré, transcrit et analysé à l'aide d'une analyse de contenu qualitative.	Quatre grands domaines décrivaient les expériences de transition santé-maladie vécues par les participants en matière d'autogestion du DT2 : (1) connaissance des comportements d'autogestion du DT2, (2) comportements actuels d'autogestion du DT2, (3) inhibiteurs de l'autogestion du DT2, et (4) facilitateurs de l'autogestion du DT2.	Étapes de l'étude bien claires et décrites, Méthodologie justifiée, critères d'inclusion et d'exclusion bien définis. Les expériences de transitions dans la gestion du DT2 représentés dans un diagramme	Échantillon faible ==problème de généralisation
---------	--	---	-------------------------	---	--	--	---	---

A 13	Magny-Normilus, C., Mawn, B., & Dalton, J. (2020). Self-Management of Type 2 Diabetes in Adult Haitian Immigrants: A Qualitative Study. <i>Journal of Transcultural Nursing</i> , 31(1), 51–58. <a href="https://doi.org/10.1177/1043659619841586">https://doi.org/10.1177/1043659619841586</a>	L'objectif de cette étude était d'explorer et de décrire l'expérience vécue par des immigrants haïtiens adultes atteints de DT2 et vivant aux États-Unis.	Qualitative phénoménologique	16 immigrants haïtiens de 1ère génération vivant aux États-Unis ont été recrutés par échantillonnage raisonné dans une clinique externe urbaine du nord-est des États-Unis.	Les entretiens individuels ont été enregistrés, transcrits mot à mot, téléchargés dans NVivo et analysés selon le processus d'analyse des données existentielles de Moustakas.	Quatre thèmes ont émergé : l'autonomie, la spiritualité, la nostalgie du foyer (pays d'origine) et le désir de relations positives entre patients et prestataires. Les influences culturelles et les croyances en matière de santé peuvent affecter l'autogestion individuelle du DT2 dans cette population.	Méthodologie bien argumentée /justifiée Critères d'inclusion/exclusion définis	L'étude était limitée à un seul lieu géographique et ne comprenait que quatre hommes (25%) ====enjeu de généralisation
---------	--	---	------------------------------	---	--	--	---	---

A 14	<p>McConatha, J. T., Kumar, V. K., Raymond, E., &amp; Akwarandu, A. (2020). Cultural Dimensions of Diabetes Management: a Qualitative Study of Middle Eastern Immigrants in the U.S. <i>Journal of Cross-Cultural Gerontology</i>, 35(1), 85–98.  <a href="https://doi.org/10.1007/s10823-019-09383-7">https://doi.org/10.1007/s10823-019-09383-7</a></p>	<p>Cette étude a examiné comment les aspects de la culture, du soutien social, de l'isolement et de la solitude sont perçus comme des influences dans la gestion des maladies chroniques par les patients pré-diabétiques (taux d'hémoglobine glyquée</p>	<p>Qualitative exploratoire</p>	<p>28 immigrants (17 femmes et 11 hommes âgés de 60 à 80 ans) originairement des pays du Moyen-Orient (Iran, Turquie et Liban) et vivant aux États-Unis depuis au moins 5 ans, ayant reçu un diagnostic de diabète ou de pré-diabète au cours des trois dernières années.</p>	<p>Entrevues semi-structurées  Les entretiens ont été enregistrés, les participants ont été assurés de l'anonymat, de la confidentialité et de leur droit de se retirer ou de refuser de répondre à toute question. Les entretiens ont été transcrits et des récits ont été élaborés</p>	<p>L'analyse thématique des données d'entretien a révélé trois défis interdépendants auxquels sont confrontés les patients diabétiques et pré-diabétiques : (a) des facteurs personnels axés sur la perte de contrôle, les sentiments de vulnérabilité, l'anxiété et le stress ; (b) des facteurs interpersonnels liés aux difficultés relationnelles et de soutien social ; (c) des facteurs culturels liés à la déconnexion culturelle, à la solitude et aux sentiments d'isolement</p>	<p>Guide d'entrevue développé sur base des besoins de l'étude, des résultats d'une revue de littérature ainsi que d'une échelle permettant d'évaluer la solitude</p>	<p>Échantillon faible ==problème de généralisation  L'étude s'est concentrée sur les difficultés rencontrées par les patients pour modifier leur mode de vie, mais elle n'a pas examiné les questions liées à leurs problèmes de gestion des régimes médicaux.</p>
---------	---	---	---------------------------------	---	--	---	--	--

		<p>A1c entre 5,7 et 6,4) ou diabétiques de type 2 (taux d'A1c entre 6,4 et 8).</p>		<p>Ils ont été recrutés par la technique d'échantillonnage en boule de neige, par le biais de dépliants affichés dans des organisations communautaires et par des contacts personnels.</p>	<p>pour tous les participants sur la base de leurs réponses aux questions de l'entretien . Réponses aux questions de l'entretien . Une procédure d'analyse thématique a été employée afin d'identifier les thèmes et les modèles dans les données.</p>	<p>social qui en résultent.</p>		
--	--	--	--	--	--	---------------------------------	--	--

A 15	<p>Mitchell-Brown, F., Nemeth, L., Cartmell, K., Newman, S., &amp; Goto, K. (2017). A Study of Hmong Immigrants' Experience With Diabetes Education: A Community-Engaged Qualitative Study. <i>Journal of Transcultural Nursing</i>, 28(6), 540–549.  <a href="https://doi.org/10.1177/1043659616661393">https://doi.org/10.1177/1043659616661393</a></p>	<p>Cette recherche visait à identifier les obstacles et les facilitateurs liés à l'expérience d'éducation sur le diabète des Américains Hmong atteints de diabète de type 2, vivant en Californie centrale.</p>	<p>Qualitative mais le type de méthodologie non précisé. En considérant le but poursuivi, nous croyons qu'il s'agit d'une méthode qualitative descriptive</p>	<p>Les 16 participants étaient tous nés au Laos, se sont déclarés d'origine hmong et ont indiqué que le hmong était la principale langue parlée à la maison. Un échantillon de convenance de personnes Hmong atteintes de diabète dans la communauté de Fresno, en Californie</p>	<p>Groupes de discussion Les deux entretiens de groupe ont été traduits et transcrits mot à mot du hmong directement en anglais par deux interprètes différents. Les fichiers des entretiens transcrits ont été téléchargés dans le logiciel NVivo 10 (QSR International, Pty. Doncaste</p>	<p>Les trois obstacles identifiés sont la langue, l'autogestion et le stress ; les trois facilitateurs sont une éducation ciblée et culturellement spécifique, l'utilisation des médias et un groupe de soutien par les pairs.</p>	<p>Critères d'inclusion/exclusion bien identifiés et justifiés. Méthode de collecte de données justifiée</p>	<p>Échantillon faible== Généralisation Population à l'étude ne parlant pas anglais, recours aux interprètes Possibilité de modification du sens des mots</p>
---------	---	---	---	---	---	--	--	--

				, a été recruté pour participer à l'étude.	r, Victoria, Australie) . Méthode analytique combinant des approches inductives et déductives afin d'identifier des thèmes dans l'expérience d'éducation au diabète des personnes Hmong.			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

A 16	Moise, R. K., Conserve, D. F., Elewonibi, B., Francis, L. A., & BeLue, R. (2017). Diabetes Knowledge, Management, and Prevention Among Haitian Immigrants in Philadelphia. <i>Diabetes Educator</i> , 43(4), 341–347. <a href="https://doi.org/10.1177/0145721717715418">https://doi.org/10.1177/0145721717715418</a>	Le but de cette étude est de générer un aperçu culturellement encadré de la connaissance, de la gestion et de la prévention du diabète chez les Haïtiens.	Qualitative mais le type de méthodologie non précisé. En considérant le but poursuivi, nous croyons qu'il s'agit d'une méthode qualitative descriptive	10 migrants Les entretiens ont été menés dans 2 groupes : (1) des personnes vivant avec le diabète et (2) un échantillon de personnes à risque de diabète (définies comme étant âgées de 30 ans et plus et ayant des antécédents familiaux de diabète).	Entretiens de groupe (focus groups) Les entretiens, qui ont duré de 30 à 45 minutes, ont été enregistrés sur bande audio et transcrits mot à mot en vue de l'analyse du contenu. Les thèmes émergents ont été codés, et une analyse de contenu a été utilisée	L'analyse de contenu a révélé 3 thèmes émergents à travers : (1) l'identité culturelle, y compris la famille élargie et le voisinage ; (2) les relations et les attentes, y compris les perceptions, les facilitateurs et les nourrisseurs ; et (3) l'autonomisation culturelle, y compris les aspects positifs, existentiels et négatifs.	Quoique population Diabétique et à risque, les entrevues et questions d'entrevues étaient adaptées à chaque groupe. Méthode de collecte des données argumentée. Tient compte des aspects culturels et religieux de la population	Échantillon faible (10), 2 groupes de population: avec DT2 et à risque de DT2 Cette étude peut ne pas être représentative de tous les Haïtiens vivant aux États-Unis.
---------	---	---	--	---	---	--	--	---

					pour évaluer les thèmes codés initiaux.			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

A 17	Roth, P., Tang, C. Y., Rumbold, B., & Gupta, S. (2021). Knowledge and perceptions around self-management of type 2 diabetes among a Sudanese community in Australia: A qualitative study. Health promotion journal of Australia: official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals, 10.1002/hpja.535. Advance online publication. <a href="https://doi.org/10.1002/hpja.535">https://doi.org/10.1002/hpja.535</a>	Cette étude vise à explorer les expériences et perceptions ainsi qu'à identifier les aspects culturels liés aux stratégies d'autogestion du DT2 pour les personnes issues de ce groupe de migrants.	Qualitative mais le type de méthodologie non précisé. En considérant le but poursuivi, nous croyons qu'il s'agit d'une méthode qualitative descriptive	12 migrants soudanais vivant avec le DT2 à Melbourne, en Australie. De multiples stratégies de recrutement ont été utilisées, notamment des invitations par les médias sociaux, la diffusion de dépliants dans les cliniques locales de médecine générale et les groupes	Entretiens approfondis semi-structurés. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits mot à mot. Codification, thèmes	L'analyse thématique a révélé que les obstacles à l'autogestion du diabète comprenaient les différences linguistiques, la charge de l'autogestion, les difficultés à intégrer les pratiques alimentaires traditionnelles dans l'autogestion, ainsi que les attentes liées aux obligations familiales et sociales. Les facteurs favorables sont les relations positives avec les professionnels de la santé, les réseaux de soutien, la participation à la	Critères d'inclusion/exclusion bien identifiés, méthode d'échantillonnage décrite. Avant les entretiens, le programme d'entretien a été testé par un réviseur indépendant. L'enregistrement de l'entretien pilote a été analysé et les questions ont été adaptées en conséquence avant le début de la collecte des données.	Barrière linguistique pour certains participants, recours à un interprète informel (proche)
---------	--	---	--	--	--	---	---	---

				communa utaires, ainsi que des approches en boule de neige.		religion et l'adoption de remèdes traditionnels.		
--	--	--	--	---	--	---	--	--

A 18	<p>Shahab, Y., Alofivae-Doorbinnia, O., Reath, J., MacMillan, F., Simmons, D., McBride, K., &amp; Abbott, P. (2019). Samoan migrants' perspectives on diabetes: A qualitative study. <i>Health promotion journal of Australia: official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals</i>, 30(3), 317–323.  <a href="https://doi.org/10.1002/hpja.240">https://doi.org/10.1002/hpja.240</a></p>	<p>Explorer l'expérience de la vie avec le diabète et les perceptions du diabète chez les personnes d'origine samoane vivant en Australie .          Comprendre comment les croyances, la culture et les expériences de vie peuvent contribuer au fardeau</p>	Qualitative exploratoire	20 migrants (13 hommes et 7 femmes) d'origine samoane et vivant en Sydney en Australie dont 14 souffrants de DT2 et 6 ayant un membre de leur famille atteint de DT2 et capables de participer à un entretien en langue anglaise, fréquentant le cabinet de médecine	Des entretiens semi-structurés ont été menés avec des adultes d'origine samoane vivant en Australie et atteints de diabète, ainsi qu'avec des membres de leur famille. Une analyse thématique a été entreprise en utilisant une approche de constructiviste	La recherche a mis en évidence les facteurs importants à prendre en compte pour promouvoir la santé et réduire le lourd fardeau du diabète dans la communauté samoane d'Australie. Les pratiques alimentaires, culturelles, la stigmatisation du diabète, la fierté d'être un Samoan-Australien, ainsi que le rôle central de la spiritualité et de l'église, constituent à la fois des défis et des opportunités pour un changement positif.	Participation des proches aidants (6) qui jouent un rôle important auprès des personnes malades, 3 entrevues déroulées avec des couples dont les 2 conjoints sont DT2	Méthode pas assez justifiée Participants recrutés au même endroit= Généralisation
---------	---	---	--------------------------	--	---	---	---	--

		du diabète dans la communauté et peuvent affecter les soins du diabète individuels.		générale de South Western Sydney	ancrée telle que décrite par Charmaz. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits mot à mot.			
--	--	---	--	----------------------------------	---	--	--	--

A 19	Uppal, G., Sibbald, S. L., & Melling, J. (2016). Exploring diabetes management amongst immigrant Sikhs in the Greater Toronto Area: a qualitative study. <i>Ethnicity &amp; Health</i> , 21(6), 551–563. <a href="https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1143088">https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1143088</a>	Décrire les influences ethnoculturelles associées à la gestion du diabète (type 2) dans un petit échantillon d'immigrants sikhs âgés à Toronto, au Canada.	Méthode qualitative phénoménologique	9 immigrants (5 hommes et 4 femmes) Sikh vivant au Canada. Les participants ont été recrutés par des techniques d'échantillonnage raisonné et en boule de neige. Les données ont été analysées à l'aide de méthodes comparatives constantes.	Entretiens semi-structurés avec questions selon le modèle d'entretien ethnographique de Spradley (1979). Tous les entretiens ont été enregistrés et transcrits. Les transcriptions des entretiens, les mémos et les notes de terrain supplémentaires ont été stockés et organisés	Les complexités de la gestion du diabète sont organisées dans cette étude comme les expériences (1) externes, (2) internes et (3) actualisées auxquelles les participants ont dû faire face pour naviguer dans la dynamique culturelle, comprendre leur diagnostic et interagir avec les ressources de santé.	Étude canadienne, méthode justifiée. Critères d'inclusion/exclusion définis, méthodologie bien justifiée et argumentée	But de l'étude non clairement décrit
---------	--	--	--------------------------------------	--	---	---	--	--------------------------------------

					dans NVivo9.			
--	--	--	--	--	-----------------	--	--	--

A 20	Van Hemelrijck, W., Vandeneede, H., & Argeseanu Cunningham, S. (2021). Diabetes management in the face of adversity: Experiences of asylum-seekers in Belgian reception centres. <i>Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association</i> , e14742. Advance online publication. <a href="https://doi.org/10.1111/dme.14742">https://doi.org/10.1111/dme.14742</a>	Examine r comment les personnes déplacées atteintes de diabète ont géré leur maladie avant et tout au long du processus de fuite de leur communauté d'origine et de recherche de réinstallation en Europe.	Qualitative	20 demandeurs d'asile (10 hommes et 10 femmes) originairement de différents pays (Afghanistan, Arménie, Burundi, Éthiopie, Iraq, Kosovo, Liban, Maroc, Palestine, Rwanda, Somalie, Syrie et République Démocratique du Congo), vivant dans des centres d'accueil	Entrevues Nous avons conçu un instrument d'entretien avec des questions fermées et ouvertes sur le diagnostic et la gestion du diabète avant la fuite du pays d'origine, pendant la migration, les séjours dans les pays de transit et l'accueil dans	Les principaux thèmes ressortant des entretiens étaient la disponibilité, l'accessibilité et la qualité. La Belgique a été décrite comme un pays où la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des éléments de gestion du diabète (médicaments, outils, soins) sont élevées par rapport à d'autres pays avant et pendant la migration. Même en Belgique, il était difficile de maintenir un régime alimentaire sain en tant que demandeur d'asile. D'autres	Processus de demande d'asile et traitement de dossier en Belgique expliqué, consentement obtenu par comité d'éthique	Barrière linguistique pour la majorité (13) des participants, usage des interprètes informels pour 6 (proches etc.)
---------	--	--	-------------	--	---	--	--	---

				belges, atteints de DT2	l'Union européen ne. Le codage a été effectué dans Nvivo 11.	préoccupations telles que la sécurité, d'autres problèmes de santé et la demande d'asile elle-même l'emportaient souvent sur la gestion du diabète.		
--	--	--	--	-------------------------------	---	---	--	--

A 21	Wallace, D. D., Lytle, L. A., Albrecht, S., & Barrington, C. (2021). All of That Causes Me Stress: An Exploration of the Sources of Stress Experienced by Latinxs Living with Prediabetes. <i>Journal of Latina/o psychology</i> , 9(3), 204–216. <a href="https://doi.org/10.1037/lat0000168">https://doi.org/10.1037/lat0000168</a>	L'objectif de cette étude qualitative est de décrire et de contextualiser la variété de stress vécus par les immigrants latino-américains diagnostiqués avec un prédiabète.	Qualitative mais le type de méthodologie non précisé. En considérant le but poursuivi, nous croyons qu'il s'agit d'une méthode qualitative descriptive	20 immigrants latino-américains vivant avec un prédiabète recrutés dans un vaste centre de santé en Caroline du Nord	Des entretiens semi-structurés et approfondis ont été menés de mars à septembre 2018 une analyse de contenu qualitative comprenait un codage systématique et des matrices comparatives a été utilisé	Les facteurs de stress les plus importants étaient ceux liés à l'état de santé et à l'accès aux soins, aux finances, aux relations interpersonnelles avec la famille et à la solitude. Les participants ont également identifié des facteurs de stress liés à la documentation et à la discrimination. Les facteurs de stress auxquels les immigrants latino-américains atteints de prédiabète varient,	Critères d'inclusion/exclusion définis, méthode de collecte de données bien expliquée	Tous les participants ont été recrutés au même système de santé dans un seul État= Généralisation car d'autres migrants auraient d'autres types de stress vécus qui n'ont pas été rapportés
---------	---	---	--	--	--	---	---	---

### Annexe C Évaluation de la qualité des études

Tableau 4. – Évaluation de la qualité des études avec l’outil Critical Appraisal Skills Programme CASP (2018)

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode de qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
A1 : Abuelmag et al. (2019)	o	o	n	o	o	nsp	o	o	o	o
		Choix de la méthode justifiée	Type de méthodologie qualitative non clairement mentionné	Raisonné	Groupe de discussion avec guide d’entretien structuré (testé avant pour validité et contenu)			Analyse thématique avec approche déductive		

n : non; nsp : ne sait pas; o : oui

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
A2 : Ahmad et al. (2021) a.	o	o Choix de la méthode justifiée	n Type de méthodologie qualitative non clairement mentionné	o Convenance et boulevards	o Entrevue semi-structurée face à face, guide d'entrevue (basé sur études, testé avant pour	nsp	o	o Analyse thématique	o	o

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
					validité et contenu)					
A3 : Ahmad et al. (2021) b.	o	o	o Exploratoire	o Convenance et boules de neige	o Entrevue semi-structurée avec guide d'entrevue (basé sur études, testé avant pour validité et contenu)	o Tous les documents (guide entrevue, consentement) traduits en Hindi, entrevue dans le lieu de	o	o Analyse thématique	o	o



Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
		Choix de la méthode justifiée	Étude qualitative fondée sur la théorie du changement de comportement.	Raisonné et boule de neige	Entrevues individuelles en personne/téléphone	Aucune relation existante entre chercheuses et participants avant l'étude. Considération des pratiques linguistique		Analyse thématique		

Études	Validité					Résultats				Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
						s et culturelles des participants (silence, langage lors d'une discussion avec un aîné, coiffure, etc.)				

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
A5 : Alloh et al. (2019)	o	o Choix de la méthode justifiée	o Qualitative constructiviste de la théorie fondée	o Raisonné et boule de neige	o Entrevues individuelles semi-structurées et approfondis avec guide d'entrevue révisé (testé avant), observations (ex : préparation	nsp	o	o Approche inductive de la théorie fondée constructiviste	o	o

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
					des repas dans les maisons)					
A6 : Alloh et al. (2021)	o	o	o Qualitative constructiviste de la théorie fondée	o Raisonné et boule de neige	o Entrevues semi-structurées	nsp	o	o Approche inductive de la théorie fondée constructiviste	o	o
A7 : Carolan-Olah et	o	o Choix de la	n Type de méthodolo	o Raisonné	o Groupes de discussion	o Considération de l'état	o	o Analyse thématique	o	o

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
Cassar. (2018)		méthode justifiée	ogie qualitative non clairement mentionné		avec guide d'entrevue (questions élaborées par un groupe d'experts composé de du personnel de la santé, des services communautaires, du personnel	de fragilité des personnes âgées à l'étude				

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
					chargé de la participation des consommateurs et de consommateurs de soins de santé de la communauté locale.					
A8 : Choi et al. (2017)	o	o Choix de la	o Exploratoi	o	o Observations participantes	nsp	o	o Analyse thématique	o	o

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
		méthode justifiée	re ayant employé une approche d'étude de cas	Raisonné et boule de neige	et entrevues individuelles et de groupe approfondies					
A9 : Hjelm et Apelqvist. (2016).	o	o Choix de la méthode justifiée	o Descriptive	o Raisonné	o Entrevues individuelles semi-structurées avec guide d'entrevue	o Entrevues menées par infirmière spécialiste en diabète non	o	o Approche déductive-inductive (Patton, 2004)	o	o

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
						impliquée aux soins des participants. Recours à l'interprète lorsque requis				
A 10 : Jager et al. (2019)	o	o	n	o	o	o	o	o	o	o
			Type de méthodologie qualitative	Raisonné e à variation maximale	Entrevues semi-structurées approfondies	Entrevues dans les maisons (environne		Analyse thématique (déductive)		

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
			non clairement mentionné		avec guide d'entrevue	ment sécuritaire et familial), conjoints-proches présent				
A11: Joo et Lee. (2016)	o	o Choix de la méthode justifiée	o Descriptiv e	o Raisonné et convenance	o Groupes de discussion et entrevues individuels	o Choix laissé au participant de participer au groupe	o	o Analyse de contenu	o	o

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
						de discussion ou entrevue individuelle . Entrevues/groupe détournées dans les maisons				
A12 : Kindarara et al. (2017)	o	o Choix de la	o Descriptiv e	o	o Entrevues individuelles	o Encourage la	o	o Analyse de contenu	o	o

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
		méthode justifiée		Raisonné et boules de neige	approfondies semi-structurées	conversation, résume les mots et valide le point de vue				
A13: Magny-Normilus et al. (2020)	o	o Choix de la méthode justifiée	o Approche phénoménologique décrite par Moustakas (1994)	o Raisonné	o Entrevues individuelles	o Chercheure principale de même origine que population étudiée. Jugements	o	o Le processus d'analyse des données existentiels de Moustakas	o	o

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
						préconçus mis de côté par épochè. Choix de langue d'entrevue (anglais ou créole) et lieu (domicile)				
A14 : McConatha et al. (2020)	o	o	n	o	o	nsp	o	o	o	o
			Type de méthodolo	Boule de neige	Entrevues semi-			Analyse thématique		

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
			gie qualitative non clairement mentionné		structurées avec guide d'entrevue basé sur revue de littérature et but de l'étude			(inductive et déductive)		
A 15: Mitchell-Brown et al. (2017)	o	o	n Type de méthodologie qualitative non	o convenance	o Entrevues semi-structurées en groupes de discussion	o Résultats partagés avec quelques participants	o	o Analyse thématique (inductive et déductive)	o	o

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
			clairement mentionné			pour validation				
A16 : Moise et al. (2017)	o	o	n Type de méthodologie qualitative non clairement mentionné	o Raisonné	o Groupes de discussion	nsp	o	o Analyse de contenu	o	o
A 17 : Roth et al. (2021)	o	o	n Type de méthodolo	o	o Entrevues semi-	o Le participant	o	o Analyse thématique	o	o

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
			gie qualitative non clairement mentionné	Raisonné et boule de neige	structurées approfondies avec questionnaire développé selon études et testé avant	ne parlant pas anglais pouvait identifier un proche pouvant l'aider avec l'interprétation				
A 18 : Shahab et al. (2019)	o	o Choix de la	o Exploratoire	o Opportuniste (stratégie	o Entrevues semi-structurées	o Les participants recrutés	o	o Analyse thématique inductive	o	o



Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
		Choix de la méthode justifiée	Phénoménologie	Raisonné et boulet de neige	Entrevue semi-structurée avec questions selon le modèle d'entretien ethnographique de Spradley (1979)	Certaines entrevues déroulées au domicile des participants. Résultats préliminaires partagé avec quelques participants		Analyse de contenu avec comparaison constante		

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
						pour validation				
A 20: Van Hemelrijck et al. (2021)	o	o	n Type de méthodologie qualitative non clairement mentionné	o Raisonné	o Entrevue individuelle	o Informations données, local calme pour entrevue, Interprètes	o	o Analyse de contenu	o	o
A 21 : Wallace et al. (2021)	o	o	n Type de méthodologie	o Raisonné	o Entrevues semi-	nsp	o	o Analyse de contenu	o	o

Études	Validité						Résultats			Pertinence/retombées des résultats
	1. But clair	2.Méthode qualitative appropriée	3.Méthodologie qualitative appropriée au but	4.Stratégie de recrutement appropriée	5.Stratégie de collecte de données appropriée	6.Relation chercheur-participant considérée	7.Considérations éthiques adressées	8.Analyse de données rigoureuse	9.Résultats clairement énoncés	10.Valeur de l'étude (Contribution/transfert)
			gie qualitative non clairement mentionné		structurées approfondies en personne et téléphonique					

## Annexe D Outil d'extraction des données sur le transnationalisme

Tableau 5. – Outil d'extraction des données sur le transnationalisme

<b>Article</b> (Auteur, année)	<b>Extrait de l'article</b>	<b>Section de l'article où l'information a été extraite</b> (Intro, résultats, discussion...)	<b>Type de liens transnationaux</b> (Sociaux, culturels/linguistiques, affectifs, économiques, politiques, soins de santé...)	<b>Commentaires</b> (Informations supplémentaires qui pourraient aider à l'interprétation des extraits)	<b>Codage/L'interprétation</b> (Ex : impact sur la santé, manifestation dans les soins)