



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La prise en compte des différences culturelles en médecine
générale**

Présentée et soutenue publiquement le 5 octobre 2023 à 14h
au Pôle Formation
par **Samantha DECRUYENAERE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseurs :

Madame le Docteur Nawal ALAHYAN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Judith OLLIVON

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	p 4
Introduction	p 5
Matériels et méthode	p 9
Résultats	p 11
Discussion	p 30
Conclusion	p 37

RÉSUMÉ

Introduction : Dans le monde, et notamment en France, le nombre de migrants est en constante augmentation depuis plusieurs années.

Le médecin généraliste, qui est l'un des premiers intervenants dans le système de soin, prend en charge de façon quotidienne des patients d'autres cultures.

L'appréhension de la culture du patient est nécessaire afin d'assurer une prise en charge adaptée. Pourtant, les populations migrantes font face à des inégalités de santé et des progrès restent à fournir pour améliorer leur prise en charge.

L'objectif de cette étude est d'identifier les difficultés des médecins généralistes dans la prise en compte des différences culturelles, afin de faire émerger des solutions applicables pour limiter les inégalités de santé.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes, installés ou remplaçants, du Nord et du Pas-de-Calais, ayant dans leur patientèle des patients de cultures diverses.

Résultats : Au cours de cette étude, 10 médecins ont été interrogés sur leurs difficultés dans la prise en charge des patients d'autres cultures. Les difficultés exprimées concernent les conditions de travail des médecins, la barrière de la langue, la prise en charge et les particularités culturelles. Les médecins ont développé des moyens d'adaptation pour améliorer leurs prises en charge, en facilitant l'accès aux soins, en s'informant comme ils le peuvent, en s'aidant d'outils de communication et de traduction. Toutefois, ils souhaiteraient le développement d'autres moyens pour améliorer la prise en compte de la culture du patient, comme l'accès à des informations fiables et utiles, ainsi qu'à des outils de communication, et la création de formation sur le sujet et de structures référentes.

Conclusion : Le développement de formation et d'outils informatiques, regroupant les informations et liens utiles sur la culture des patients, aiderait les médecins à prendre en compte les différences culturelles dans la relation de soins.

INTRODUCTION

En ces temps de guerre, de réchauffement climatique et de pandémie, l'immigration est plus que jamais un sujet d'actualité.

L'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) est une organisation intergouvernementale qui fait partie du système des Nations Unies. Elle définit le terme immigration comme étant le fait de se rendre dans un pays autre que celui de sa nationalité ou de sa résidence habituelle. Le pays de destination devient alors le nouveau pays de résidence habituelle.

Le terme migrant lui désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir dans une autre région à l'intérieur d'un même pays ou dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale (1). En d'autres termes, il existe des migrations internes (au sein de la même nation) et des migrations internationales. Elles peuvent être temporaires ou permanentes et motivées par diverses raisons.

Dans le monde, que ce soit par migration volontaire ou involontaire, le nombre de migrants internationaux ne cesse de croître de façon exponentielle.

L'OIM estimait à 281 millions le nombre de migrants internationaux en 2020 (2), contre 249 millions en 2015 et 174 millions en 2000 (3).

Quand bien même l'augmentation du nombre de migrants concerne l'ensemble des régions du monde, elle est davantage marquée en Asie et en Europe. La France fait partie des principaux pays de destination avec les États-Unis, l'Allemagne, l'Arabie Saoudite, la Fédération russe et le Royaume-Uni (3).

En 2021, notre pays comptait 7 millions d'immigrés, soit 10,3% de la population française (4).

Et l'histoire de la région, anciennement nommée Nord Pas-de-Calais, est étroitement liée à l'immigration. Depuis le XIXe siècle, celle-ci a connu plusieurs vagues de migration, en partie en lien avec l'industrie textile et l'industrie minière. Les populations immigrées venaient en majorité d'Allemagne, de Pologne, d'Italie, du Portugal, d'Algérie et du Maroc.

En 2007, l'Insee estimait à 182 900 le nombre d'immigrés résidents dans la région Nord Pas-de-Calais, soit 4,5% de la population (5). Les derniers chiffres du recensement de la population sur l'année 2019 estiment que les immigrés

représentent 5,6% de la population des Hauts-de-France (6).

D'après l'OMS, la population migrante dans le monde fait face à des inégalités sociales, dont des inégalités de santé (7,8). Déjà en 2008, elle affirmait l'importance de l'adaptation des systèmes de soin face à l'accroissement de la population migratoire dans le monde : « Maintenant que les migrations vont en s'amplifiant, on ne peut plus considérer que les droits des résidents non nationaux et la capacité du système de soins à faire face de façon équitable et effective à une diversité linguistique et culturelle croissante, constituent encore des questions d'intérêt secondaire. » (9).

En 2022, l'OMS réaffirme l'intérêt de la prise en charge des populations migrantes et la qualifie de situation d'urgence : « Dans un monde dans lequel la population est de plus en plus en mouvement, la santé des réfugiés et des migrants est désormais l'un des problèmes de santé publique les plus urgents auxquels nous sommes confrontés. ». Selon l'OMS, premièrement car la santé est un droit fondamental pour tout être humain. Deuxièmement, car promouvoir les mesures qui visent à limiter les inégalités de santé constitue une bonne stratégie de santé publique, puisqu'elles sont bénéfiques pour les populations concernées, mais également pour le système de santé dans son ensemble (8).

Cette inégalité de santé a déjà été démontrée. En 2003, une revue de littérature révèle que les populations minoritaires aux États-Unis ont un taux de mortalité, morbidité supérieurs aux populations majoritaires (10).

Au niveau national, l'Insee confirme ce constat en rapportant que les immigrés sont davantage touchés par le surpoids, l'obésité et le syndrome dépressif (11).

L'adaptation du système de soins s'avère nécessaire aussi bien dans l'intérêt du patient que dans l'intérêt collectif.

Le médecin généraliste est le premier intervenant dans le système de soins. Il a de ce fait un rôle majeur à jouer dans la lutte contre les inégalités de santé.

La société européenne de médecine générale, la WONCA Europe, a défini en 2002 le rôle du médecin généraliste, ainsi que les caractéristiques de la médecine générale.

Au travers de ces définitions, on mesure l'importance de la culture du patient dans la prise en charge médicale, qui, comme l'a défini l'UNESCO, est l'ensemble des traits

distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social (12).

L'une des caractéristiques de la discipline de médecine générale est qu'elle réponde aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. Et parmi les 6 compétences fondamentales d'un médecin, figure l'adoption d'un modèle holistique, c'est-à-dire l'utilisation d'un modèle biopsychosocial, qui prenne en compte la culture du patient dans la relation de soin (13). Le rôle du médecin généraliste est donc de prendre en charge les problèmes de santé dans toutes ses dimensions.

La France de par son histoire migratoire est une société multiculturelle, où coexistent de multiples références et pratiques culturelles (14). Cette multiplicité peut complexifier la prise en compte de la culture du patient, qui peut avoir d'autres représentations et d'autres attentes.

Quelques études ont déjà mis en lumière le ressenti des patients migrants lors de la consultation en médecine générale, afin de déterminer si le système de soins répondait à leurs besoins (15,16).

Différentes difficultés ont été exprimées par les patients :

- La barrière de la langue (même avec interprète),
- La présence des enfants du patient,
- Les divergences culturelles,
- Les difficultés à aborder l'état psychique.
- Les divergences entre les représentations du médecin (l'image du patient migrant comme étant un patient en transit, en demande d'une prise en charge d'urgence pour un problème aigu) et les attentes réelles du patient dans le domaine du soin. Celles-ci peuvent être complexes et multiples et peuvent aussi bien concerner les pathologies aiguës, que l'éducation, la prévention, le suivi et la prise en charge de troubles psychiatriques.

Une des hypothèses avancées par Dr Durieux-Paillard et Dr Loutan est que cette différence de représentations peut être liée à la communication médecin-patient et au recours aux stéréotypes (17).

Une meilleure communication avec le patient et une remise en question de ses représentations par le médecin participeraient donc à l'amélioration de la qualité des

soins.

Pourtant d'après le dernier rapport de la WONCA, les médecins généralistes rencontrent des difficultés et des points à améliorer dans la prise en charge des patients migrants, notamment sur la compétence culturelle, la communication, les maladies contagieuses et les différences ethniques et culturelles (18,19).

L'objectif principal de cette étude est de connaître le ressenti et les difficultés exprimées par les médecins généralistes confrontés aux situations de prise en charge de patients d'autres cultures. L'objectif secondaire est d'identifier des solutions applicables pour limiter les inégalités de santé, à l'échelle nationale et individuelle.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

1. Type d'étude

L'étude réalisée est qualitative et s'est déroulée en entretiens semi-dirigés avec des médecins du Nord et du Pas-de-Calais.

Ce type d'étude semblait le plus approprié, afin de laisser libre cours à la discussion et d'explorer avec les participants un maximum d'idées.

2. Recrutement des participants

Le premier médecin sélectionné était un médecin connu pour avoir une patientèle multi culturelle. La sélection des autres participants s'est faite par « effet boule de neige ». Les intervenants étaient contactés par téléphone, courrier ou e-mail.

Les critères d'inclusion exigeaient qu'ils soient médecins généralistes, installés ou remplaçants, dans le Nord ou le Pas de Calais. Plusieurs médecins contactés n'ont pas répondu à mes sollicitations. D'autres n'ont pas pu participer à l'étude par contrainte de temps. L'inclusion des médecins s'est faite jusqu'à saturation des données, 8 entretiens ont été réalisés et 2 autres confirmaient la saturation des données.

3. Réalisation des entretiens

Les entrevues s'appuyaient sur une grille d'entretien, composée de questions ouvertes. Celles-ci étant propices à l'échange, au partage d'expérience, au développement des idées et évitant les réponses binaires de type oui/non.

Cette grille se composait également de sous questions permettant de relancer la discussion si besoin.

Les questions étaient divisées en deux parties. La première permettait de connaître les caractéristiques des médecins interrogés comme leur âge, leurs origines ou leur lieu d'exercice. Ces questions, qui pouvaient relever du domaine privé, étaient facultatives et il était précisé au médecin interrogé qu'il était libre de pas y répondre. La seconde partie questionnait les médecins sur leur prise en compte des différences culturelles dans leur pratique de la médecine générale.

La grille d'entretien initiale a été rédigée en collaboration avec ma directrice de thèse, Dr Judith Ollivon. Elle a été modifiée deux fois au cours des différents entretiens.

Les différentes grilles d'entretien figurent en annexe.

La CNIL a approuvé et autorisé le sujet d'étude, ainsi que la grille d'entretien initiale. Lorsque le médecin était d'accord pour participer à l'étude, un rendez-vous était fixé au cabinet de l'intervenant.

4. Retranscription des données

Les entretiens ont duré en moyenne 30 minutes. Ils étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone et retranscrits sur Word.

Sur demande de la CNIL, toutes les données recueillies étaient sauvegardées sur informatique de façon cryptée, grâce au logiciel de codage Veracrypt.

L'anonymat des médecins a été conservé tout au long de l'étude. Les noms de ville ont été remplacés par les étiquettes suivantes : rural, semi-rural, urbain. Les noms et prénoms des participants ou de leurs proches ont été modifiés.

5. Analyse des données

Les données ont été codées grâce à la méthode du « codage de la table longue ». Environ 80 % des entretiens ont également été codés par un deuxième interne, permettant une triangulation des données. Le double codage ayant pour but de limiter la subjectivité de l'analyse.

Les étiquettes créées à partir du verbatim étaient encodées en nœuds. Ces nœuds pouvaient ensuite être regroupés en nœud, formant des sous-thèmes regroupés en un thème principal et ainsi de suite. Cette structuration permettant une analyse en arborescence dont les nœuds principaux répondaient aux objectifs : principal et secondaires.

RÉSULTATS

Dans cette étude, 10 médecins généralistes ont été interrogés. L'échantillon était composé de 3 hommes et 7 femmes, âgés de 29 et 60 ans.

Deux médecins étaient remplaçants et exerçaient en milieux urbain, rural et semi-rural. Les 8 autres médecins étaient installés, 7 dans le Nord et 1 dans le Pas-de-Calais. La moitié en milieu semi-rural et l'autre moitié en milieu urbain.

Le tableau des caractéristiques des médecins interrogés est disponible en annexe.

1. Les difficultés ressenties par les médecins dans la prise en charge des patients de cultures différentes

1.1. Les conditions de travail

1.1.1. Le manque de temps

Les médecins expliquent que prendre en charge les patients issus d'autres cultures est une pratique chronophage. Celle-ci ajoute une difficulté supplémentaire à une pratique déjà décrite comme « chargée ».

Le manque de temps se fait ressentir pour l'approfondissement des connaissances et pour l'appel à un traducteur.

Entretien n° 2

« oui ça prend plus de temps, mais ça requestionne aussi sur des choses aussi, d'accord vous dormez pas bien, mais vous dormez comment ? À combien dans la chambre ? Y a combien d'enfants avec vous ? Parce qu'y a certaines traditions où on dort avec les enfants. Donc c'est sûr que si on est à 5 dans le lit c'est moins facile. Ça questionne aussi le fait bon comment c'est chez vous pour manger ? Est ce que vous mangez par terre assis en tailleur ? Est ce que vous êtes comme ça (prend une posture assise affaissée) et donc vous avez mal au ventre ? L'eau ! Y a beaucoup de gens qui boivent pas d'eau peut être avant ils avaient pas un accès à l'eau facile... je sais pas. Bein oui vous êtes constipé, mais vous êtes déshydraté... Mais oui ça demande du temps ouais, mais ça c'est la problématique de la médecine générale. On a pas le temps. »

1.1.2. L'absence de valorisation

La pratique est décrite comme peu valorisée d'un point de vue économique et politique.

La prise en charge des patients migrants ne semble pas être une préoccupation politique pour plusieurs médecins interrogés. Et la rémunération n'est pas proportionnelle au temps passé avec le patient et aux soins prodigués.

Entretien n° 1

« C'est 25 euros que je passe une heure ou 5 min, ça sera 25 euros. (...) Je le fais quasiment gratuitement, je suis payée 25 euros, mais il me faut plus d'une demi-heure pour le faire. » (...)

« Je le fais de temps en temps pour les patients qui ont de bonnes mutuelles en ostéopathie. Parce que je suis ostéopathe donc je fais de la médecine manuelle. Mais ça m'arrive de faire des gestes d'ostéopathie à des gens en AME je leur demande pas de dépassement, je le fais à 25 euros. »

1.1.3. Une pratique éprouvante

Un médecin participant manifeste à plusieurs reprises sa fatigue lors de l'entretien, avec le sentiment d'être submergé, beaucoup sollicité.

Entretien n° 1

« D'ailleurs j'aspire à prendre ma retraite parce qu'il y a des jours où ça me fatigue. »

1.1.4. Les difficultés émotionnelles

La pratique expose le médecin à des émotions négatives comme la peur, la frustration ou les sentiments de jugement, de regret ou d'inconfort.

La peur est axée sur la crainte de ne pas bien se comporter avec le patient, d'être intrusif, d'avoir des propos stigmatisants ou de ne pas respecter les différences culturelles.

La frustration est en lien avec les difficultés de communication ou de modalités de consultation.

Le sentiment de jugement s'est manifesté dans plusieurs entretiens. Un sentiment de remise en cause d'un patient homme vis-à-vis d'un médecin femme.

Le regret est lié au fait d'être limité dans le partage culturel.

L'inconfort est généré par le fait de sortir de sa zone de confort, de prendre en charge de nouveaux patients, et faire face à de nouvelles difficultés.

Entretien n° 3

« Etre euh... ne pas respecter les différences culturelles après euh la plupart des gens font part de leur malaise, à ma connaissance quand malaise il y a »

1.1.5. Les conditions économiques

Les patients migrants sont confrontés aux inégalités, dont la précarité.

Pour l'un des médecins, le refus de prise en charge des patients migrants est lié à la CMU, l'AME.

Entretien n° 2

« Dans l'ensemble, après c'est vrai que je pense pas, je pense pas qu'il y ait de refus des médecins d'avoir telle ou telle culture dans leur patientèle. Y a plus de refus d'avoir des aides médicales état ou des CMU. Ça c'est clair et du coup de ce fait là y a une ségrégation qui est faite parce que y a beaucoup de gens bénéficiaires de ces aides d'état qui sont en fait en... des immigrés quoi... mais c'est pas... je crois qu'elle est là plutôt la problématique. Elle est pas tellement dans l'accueil des personnes de culture étrangère, parce qu'au final on parle de culture étrangère. »

1.2. La langue

1.2.1. La barrière de la langue

La barrière de la langue est décrite comme l'obstacle principal à la prise en charge.

La difficulté est accentuée par la multitude de langues et d'accents différents.

Les conséquences possibles sont l'émergence de quiproquos, d'erreur de communication, de mauvaise transmission des informations.

Entretien n° 7

« je réfléchis, oui ça la barrière de la langue ça m'est déjà arrivé avec par exemple des personnes âgées, parce qu'au Maroc, Algérie, ils parlent arabe, mais ils parlent aussi du dialecte d'Afrique du Nord, qui est différent de l'arabe littéraire entre guillemets. Et par exemple, eux peuvent me comprendre parce qu'au Liban on parle un arabe assez proche de l'arabe littéraire, eux me comprennent facilement, mais eux ils savent pas forcément répondre comme ça et donc ils me répondent en dialecte et là je comprends rien. Donc des fois ça remet un peu une barrière quand même. »

1.2.2. La traduction

Les médecins ont des difficultés liées à la traduction.

Ces difficultés sont la complexité des outils de traduction, l'accessibilité à un traducteur, le manque de temps.

La présence d'un traducteur peut aussi entraîner un biais de traduction ou de jugement et limiter les échanges.

Entretien n° 10

« Oui, c'est l'enfer, hein. Enfin c'est l'enfer. Bah oui, parce qu'on peut pas s'adresser aux gens parce que parce que nous on va poser une question très concrète sur. Enfin interroger une personne âgée d'une autre culture qui a pas la langue sur l'aspect de ses selles. Et Ben le, alors on va être très caricatural, mais l'enfant traducteur va rigoler de la question. Du coup, le parent est-ce qu'il répond vraiment ou est-ce qu'il répond à côté. Voilà, et des fois dans tous ces échanges, on comprend que Ben en fait, on perd des choses, hein, c'est le jeu du téléphone arabe, c'est que on perd des éléments de par la traduction, et cetera. » (...)

« les accompagnants ça change quoi à la consulte ? Ça change tout. Ça change tout parce que on dit pas la même chose. C'est-à-dire que Bah il y a un biais de jugement quoi, donc les patients peuvent pas dire la même ce qu'ils diraient si je parlais leur langue et que j'étais leur médecin généraliste voilà ! »

1.3. La culture

1.3.1. Définition du terme culture

La définition du terme culture et ses composantes étaient difficiles à identifier pour plusieurs participants.

Entretien n° 9

« C'est une excellente question. Bah, encore une fois, tout dépend ce qu'on entend par différentes cultures. »

1.3.2. Multiplicité

La multiplicité rend impossible la connaissance de toutes les cultures.

La culture partagée par un groupe d'individus ne dépend pas toujours d'un lieu géographique. Il existe d'autres cultures partagées par des groupes d'individus, comme la culture sourde, la culture liée au niveau socioéconomique, la culture scientifique...

L'idée de différents niveaux de culture est évoquée par des participants. L'un d'eux affirme que tout le monde est plus ou moins d'une culture différente.

Entretien n° 3

« J'ai un maître de stage avec qui je fais les GEF, parce qu'on a un GEF qui a pour nom "personne de culture différente" et qui dit, certainement à juste titre, à nos internes que lorsqu'ils répondent "mais moi je croise jamais de personne de culture différente". Il répond "moi je travaille (...) à côté de Saint-Omer, quand je reçois quelqu'un de Marcq-en-Barœul pour moi c'est déjà une culture différente. Parce que c'est des gens qui se comportent pas du tout comme mes patients, qui ont des exigences qui sont très très différentes, qui ont un contact qui est pas le même. Et y a des choses qui ne peuvent pas être dites de la même manière aux personnes originaires de Marcq-en-Barœul qui sont jamais venues dans mon cabinet par rapport aux personnes qui sont locales et qui ont des modes de fonction différents." »

1.3.3. Les représentations

Les différentes représentations sont source de biais et d'incompréhension entre le patient et le médecin.

Les représentations de certaines maladies sont un obstacle à la prise en charge ; Elles banalisent certaines pathologies comme les maladies psychiatriques.

Entretien n° 2

« Accepter une maladie psychiatrique c'est compliqué et donc encore plus dans certaines civilisations ou même parfois, bah oui il a un trouble de la personnalité, oui il dit n'importe quoi, oui il est « fou », mais c'est pas grave. Alors que bah oui, mais peut être qu'il souffre quand même quoi... "fin... il faut le prendre en compte... "fin... ça aussi c'est un discours avec les parents de jeunes gens schizophrènes, on a du mal à leur faire comprendre que c'est pas juste qu'il est bizarre quoi. Lui il est pas bien, c'est une personne qui va pas bien et qu'on peut essayer d'aller mieux, mais ça ouais y a du boulot encore. »

1.3.4. La méconnaissance

La méconnaissance des différences avec le patient est un obstacle à la prise en charge.

Elle peut amener à des présomptions erronées sur le mode de vie. Le questionnement de la normalité permet de contrer cet obstacle.

Entretien n° 6

« Ah oui je savais pas ! Et pour eux c'est ce qu'ils ont toujours mangé donc c'est normal. », 'oui c'est vrai et nous on se dit « c'est comme ça, tout le monde sait que c'est comme ça », alors que ça paraît pas forcément évident. Donc ça peut être bien ce truc qu'ils font aux États-Unis. »

1.3.5. L'absence de formation

L'absence de formation ou de source d'informations dédiée n'aide pas à l'appréhension des différences culturelles.

Entretien n° 6

« Comment améliorer... en s'informant aussi nous même des habitudes culturelles, mais ça c'est pas évident, faut avoir le temps, faut avoir l'envie d'aller chercher... » (...) « oui savoir où chercher, ouais y a pas vraiment de recours. »

1.3.6. Le risque de stigmatisation

Les médecins ont le souhait de prendre en compte les différences culturelles sans stigmatiser.

Entretien n° 2

« c'est un sujet intéressant. Le problème c'est ça c'est que à la fois y a des particularités, mais il faut pouvoir connaître les particularités sans en faire une espèce de... », « Ouais, ouais, mettre dans des cases où ça c'est comme ça ça c'est comme ça, ça c'est comme ça... Mais je pense que c'est pour tout, chaque histoire est différente »

1.3.7. Limites liées au questionnement de la culture

Certains médecins ne pensent pas à poser des questions sur la culture du patient. D'autres se sentent limités pas le tabou des questions ethniques en France.

Entretien n° 7

« nan ça j'avoue pas forcément, j'ai pas ce réflexe-là. »

1.4. La prise en charge médicale

1.4.1. Le motif de consultation

L'appréhension de la culture est plus importante dans la pathologie chronique et cela peut entraver le suivi si elle n'est pas prise en compte.

Entretien n° 6

« oui que les trucs aigus, ça va vite et en général ça passe. »

1.4.2. L'observance

Les incompréhensions sont source de problèmes d'observance.

Entretien n° 6

« Peut être un problème au niveau de l'observance parfois avec certaines cultures, où on prescrit et ils se rendent pas compte que c'est important pour telle ou telle pathologie. Et du coup ils reviennent un mois après, ils ont arrêté le traitement alors que c'était un traitement au long cours. »

1.4.3. L'examen médical

Certaines difficultés d'examen sont évoquées, dont l'examen gynécologique réalisé par un homme. Celui-ci peut être source de refus de prise en charge.

Entretien n° 9

« Alors c'était il y a un petit moment, mais oui Ben de ce fait là, régulièrement quand même, des personnes qui refusaient l'examen notamment fait par un interne homme. Alors, quand il y avait une co interne, on arrivait à s'arranger, y a pas de souci. Mais en gynéco, quand j'étais seul interne avec la patiente arrivée aux urgences gynéco et et qu'il fallait l'examiner et que le chef d'atteinte ou de garde, c'était aussi un mec. »

1.4.4. La prévention

La vaccination et la diététique sont des domaines difficiles pour les médecins interrogés. Car ils nécessitent de déconstruire les idées reçues et de modifier les comportements et habitudes des patients.

Entretien n° 1

« Et euh quand j'arrive à inverser les choses et à les introduire dans leur mode de vie qui est très sédentaire... euh un peu de marche à pied, on a des résultats en santé publique et en, en prévention qui sont très intéressants »

1.4.5. La communication avec le patient

Les problèmes de communication exposés sont liés à la retenue et l'incompréhension.

Les médecins décrivent une retenue mutuelle, ou une retenue du patient, amplifiée par la présence d'un tiers lors de la consultation.

Les sources d'incompréhension sont nombreuses. Elles sont liées à certaines notions comme la chronicité, le traitement ou le secret médical.

Les médecins rapportent une incompréhension personnelle face à certains comportements, dont le refus de soins.

Entretien n° 3

« Le... la grosse différence qu'il peut y avoir, je pense, alors elle a aussi une pathologie psychiatrique qui fait que déjà le contact est un peu différent. Mais y a certainement une gêne de part et d'autre parce que c'est une personne qui a eu de grosses difficultés, qui a perdu son mari, qui n'a plus de contact avec ses enfants, qui est isolée sur un territoire où elle n'a pas de connaissance. Et qui fait qu'il y a une gêne de mon côté pour creuser les éléments de son histoire et il y a certainement une gêne du sien qui est présente. Alors l'examen clinique, je l'ai examiné à plusieurs reprises, n'est pas un souci en soi, mais par contre dans la discussion c'est beaucoup moins libéré. », « C'est plus factuel et y a clairement une retenue d'un côté comme de l'autre. Ça, c'est clair ! »

1.4.6. Les demandes des patients

Le médecin fait face à des demandes complexes, inhabituelles ou non réalisables.

Un médecin rapporte aussi des demandes indirectes sous forme de plaintes cachées, qui complexifient la prise en charge.

Entretien n° 2

« Non, c'est surtout ça, je pense, où c'est compliqué, euh après, euh c'est compliqué aussi dans le sens ou parfois ils nous demandent des avis pour des gens qui sont restés au pays donc on se retrouve avec des radios, des machins, des prises de sang, des... (soupire). Et ils nous disent "à votre avis est-ce que c'est grave ?". Et c'est souvent des

trucs graves, euh qui qui sont pas forcément pris en charge comme il faut là-bas parce que bah parce que trop avancé, parce que pas possible et tout. Ça c'est compliqué quoi.», « Oui, c'est très délicat parce que poser un diagnostic sur quelqu'un qu'on connaît pas bah voilà. Euh estimer les chances des machins, des trucs c'est difficile aussi. »

1.4.7. L'opposition

L'opposition se manifeste dans la prise en charge de certaines pathologies, les traitements médicamenteux chimiques et à d'autres pratiques que celles exercées dans le pays d'origine.

Entretien n° 4

« Et elle, elle comprenait pas, elle disait « On a toujours fait comme ça dans ma famille. » Elle prenait l'exemple de ses proches. Il y avait jamais eu de problème. Mais en fait elle était difficilement accessible à, au changement parce que dans son pays on faisait comme ça, mais que bah ici où elle était, c'était pas du tout la même pratique. »

1.5. Les situations complexes

1.5.1. Thèmes difficiles à aborder

Les thèmes difficiles à aborder en lien avec la culture sont la sexualité, les addictions, la pathologie psychiatrique, la fin de vie, les mutilations génitales féminines.

Entretien n° 2

« ouais, ouais. C'est pareil les histoires d'alcool et les choses comme ça c'est compliqué à... ça reste quand même quelque chose de vachement tabou quoi. On sait qu'il a beaucoup de gens qui consomment, mais on arrive pas à leur faire... parce qu'ils ont leur foi, et que dans leur foi. On a plus de facilité à faire parler de la consommation de toxiques chez des gens d'origine plutôt judo-catholique, enfin chrétienne qui ont plus euh... c'est moins tabou en fait, mais c'est vrai que... au final ce qui ressort un peu de tout ça c'est on va avoir surtout des différences chez les patients en fonction de leurs croyances. C'est surtout ça. »

1.5.2. Faire face aux difficultés du patient

Certaines difficultés confrontent le médecin aux souffrances du patient, comme les difficultés d'intégration, l'expulsion ou les traumatismes vécus. Le rôle du médecin s'étend, il devient alors témoin de la violence subie, voire soutien dans le parcours juridique.

Entretien n° 1

« Moi j'ai des histoires d'assassinat de frère, de sœur, un gamin, un père... une mère qui a été torturée. Des viols, euh en bande organisée de femmes... enfin des gens qui sont en très grandes souffrances de choses inimaginables... dont j'ai déjà entendu les récits qui sont à faire peur quoi. »

2. Pistes d'amélioration pour la prise en charge des différences culturelles

2.1. Faciliter l'accès aux soins

Les moyens évoqués pour faciliter l'accès aux soins sont la téléconsultation, les modalités de prise de rendez-vous et l'accompagnement.

L'accès direct au médecin par téléphone, les consultations sans rendez-vous et l'orientation du patient facilitent la prise en charge.

Les pistes d'accompagnement du patient sont l'aide dans les démarches de remboursements et l'orientation vers les spécialistes ou paramédicaux.

Le système de santé français est complexe. Il représente une difficulté pour les patients et par extension pour les médecins, qui sont les premiers intervenants et qui doivent les guider dans le système de soins.

La création d'un feuillet d'informations en langue étrangère est souhaitée, afin de guider le patient dans le parcours de soins français.

Entretien n° 9

« Alors moi je vois ici, moi, j'aimerais bien qu'on mette en place un petit... au moins une petite feuille d'information, au moins en anglais, pour expliquer justement bah qu'est-ce qu'il faut faire avec la feuille de soins, qu'est-ce qu'il faut faire... Enfin, qu'est-ce qu'on fait de l'ordonnance en fait, après ? Comment ? Est-ce qu'on peut aller en pharmacie directement ? Enfin, qu'est-ce qu'il faut faire, comment on fait pour prendre un rendez-

vous ? Voilà juste une petite fiche pour les étudiants qui connaissent pas le service, le système de santé français en expliquant vraiment le B-A-ba et voilà. Au moins ils auraient une INFO claire nette. Là, on parle de ceux, qui voilà les étrangers qui connaissent pas le système de santé. »

2.2. Se faire aider par des structures

Les médecins évoquent la possibilité de se faire aider par la PASS ou par des associations.

La création de consultations en structure dédiée est aussi évoquée.

Entretien n° 4

« Comme quand j'avais des patients sourds, cultures différentes ! Les consultations duraient toute une demi-heure parce qu'on adaptait le discours, on était là pour... justement, adapter le... alors on était là, on n'était pas le médecin traitant, on était là pour adapter les choses et refaire le point pour voir savoir s'ils avaient bien compris. En fait s'adapter parce que les gens le faisaient pas. », « Ouais, c'était réseau sourd et santé à Lille, sur Saint Philibert. Et voilà, y a ça pour les sourds. Bah il peut y avoir ça pour les autres... les autres cultures. Tout à fait. »

2.3. Améliorer l'obtention d'informations

Les participants regrettent qu'il n'y ait pas de base de données, de site internet permettant d'obtenir des informations sur la culture du patient.

Les alternatives évoquées sont l'information auprès du patient, de quelqu'un partageant la même culture ou d'autres médecins.

Entretien n° 6

« oui. Après même un site internet avec différents items ça peut être bien aussi. Bon, c'est quand même rare, mais des fois tu vois des patients qui sont en vacances, qui viennent de loin. S'il vient d'un pays que tu connais pas du tout, ça peut être bien de s'informer. »

2.4. Formation

Les médecins souhaitent être formés afin d'améliorer leur pratique.

Les formations attendues sont sur la communication, sur l'apprentissage des différentes cultures et sur les langues étrangères.

Entretien n° 1

« C'est à dire effectivement faire des séminaires sur... avec des gens compétents dans la communication... et pouvant nous apprendre un peu de B-A-BA qui nous permettent d'appréhender mieux la consultation avec les personnes étrangères. »

2.5. Aides à la traduction

Les aides à la traduction sont nombreuses : tiers traducteur, services ou outils de traduction.

Le recours à un tiers traducteur est envisagé si la situation le nécessite, avec une préférence pour un interprète ami plutôt qu'enfant.

Les services de traduction médicale sont évoqués, mais peu utilisés par des contraintes de temps et d'accessibilité.

Les outils de traduction sont nombreux : dictionnaire, application, site internet, pictogrammes, livrets en langues étrangères...

Un médecin souhaiterait un livre avec images pour aider la communication avec le patient qui ne maîtrise pas le français.

Entretien n° 10

« j'aimerais faire travailler des internes sur un travail de, de thèse sur, créer un g'palémo quoi. De voilà la palpation mammaire, ça se présente comme ça, on fait une un j'ai pas, vous avez le le g'palémo, c'est des trucs pour voyager dans un pays où on est sûr qu'ils vont pas nous comprendre. Donc pour voyager dans des pays où ils parlent pas l'anglais, genre quand on va au Japon, quand on va en Russie c'est, c'est pas mal d'avoir un g'palémo, donc d'avoir. Avoir des des, des, des choses comme ça, des pictogrammes pour se faire comprendre, parce que. Alors, à l'heure actuelle, sur internet et tout ça on trouve plein de trucs. Mais c'est quand même assez pratique quoi. Donc c'est vrai que... en cabinet, on arrive toujours à finir par se faire comprendre. Mais voilà comment

approcher l'idée de on va, ici, on dépiste les cancers, pour quelqu'un qui sort. Qui sort de sa mine en au sub Sahara, c'est quand même hyper compliqué quoi. »

2.6. Créer une relation forte avec le patient

Le fait de créer une relation forte avec le patient facilite la prise en charge. Pour cela, il faut mettre en confiance, prendre le temps de se faire accepter en s'intégrant au mode de vie du patient, créer des moments de partage.

Entretien n° 3

« c'est toujours l'idée de mettre les gens en confiance. Les gens sont souvent ravis de savoir qu'on connaît leur situation, qu'on connaît un petit peu leurs différences culturelles et qu'on... que du coup on puisse mieux les connaître par ce biais là. Euh certainement qu'une personne chez qui on peut, on peut comparer les choses communes euh va euh plus facilement se confier ou se sentir plus facilement prise en compte, que quelqu'un qui se sent en face d'un étranger euh d'un étranger qui n'a aucune référence partagée. »

2.7. Communiquer avec le patient

Plusieurs outils et moyens de communication permettent d'améliorer la compréhension des patients.

L'adaptation du discours, le recours à la langue du patient ou à l'anglais sont les premières adaptations possibles.

Les moyens de communication trouvés sont l'utilisation de l'écrit, l'utilisation de termes simples, la répétition ou encore la délivrance d'informations avec parcimonie.

Entretien n° 7

« Euh sinon après oui effectivement j'essaie de prendre plus de temps dans les explications en français, de répéter, d'utiliser des termes plus simples, des choses comme ça. Et vérifier qu'ils ont compris derrière, de demander si c'est clair, d'essayer de faire répéter, des choses comme ça. »

2.8. Ne pas stigmatiser

De par la multitude de cultures différentes et l'individualité de chacun, la généralisation n'est pas possible. Le risque de la stigmatisation est d'altérer la prise en charge en partant de supposition.

Entretien n° 3

« Je sais pas si c'est quelque chose qui est facile à généraliser, parce que différences de territoires. On va pas du tout avoir les mêmes problématiques à Calais que dans le 93, que dans j'en sais rien le sud de la France. Les populations de cultures différentes déjà sont pas les mêmes selon les endroits où on va. »

2.9. Savoir réagir dans les situations de doutes ou de refus

Lorsqu'il y a des refus de prise en charge en lien avec les croyances et pratiques du patient, il est conseillé de respecter ce refus, de communiquer et de trouver des alternatives pour résoudre la situation.

Dans les situations de doutes, il est conseillé de ne pas travailler seul. Les solutions sont l'orientation vers un confrère spécialiste, le médecin traitant ou le service d'urgences. Les examens complémentaires permettant de compléter le manque d'informations à l'interrogatoire.

Entretien n° 9

« C'était un peu compliqué, donc on expliquait et dans la majorité des cas, ça se passait bien, ils finissaient par accepter, par comprendre. »

2.10. Adapter la prise en charge

L'adaptation aux croyances, aux pratiques et aux représentations du patient permet une prise en charge efficiente.

Entretien n° 2

« On a essayé plusieurs fois de leur expliquer que quand même pour elle il fallait quand même faire quelque chose pour elle parce qu'elle était vraiment très mal. Ils refusaient

absolument donc je leur ai demandé de faire venir l'imam pour qu'il nous donne son avis en me disant bah de toute façon on verra bien et il est allé chez elle. Et il l'a vu plusieurs fois et au bout de 3 ou 4 visites je crois, il a eu cette idée géniale de dire aux parents moi je peux faire quelque chose pour elle, mais comme on est ici il faut aussi que la médecine d'ici soit liée à ma médecine. Et donc ils ont accepté les neuroleptiques et du coup elle est sortie de sa bouffée délirante et de sa crise dissociative, mais c'est pareil... » fin lui a eu cette présence d'esprit de dire euh on va trouver une alliance thérapeutique et nous aussi on s'est dit de toute façon on a rien à perdre allons-y quoi ! »

2.11. Sortir du cadre

Il est nécessaire dans certaines situations de sortir du cadre médicolégal dans l'intérêt du patient.

Entretien n° 2

« je crois pas (fait une grimace), mais... On peut pas... Oui ! Mais c'est toujours pareil ! Il arrive un moment où on se dit bon bah si je le fais pas et que personne le fait bah c'est une perte de chance pour le patient et donc voilà quoi ! Du moment où il y a eu une information qui a été donnée, où ça a été expliqué moi j'estime que si l'ado arrive avec le vaccin euh... c'est que quelque part il a fait la démarche, il est allé le chercher... enfin voilà donc euh... je... oui, mais oui peut être que je suis pas dans les clous effectivement c'est possible... (rires) »

2.12. Modèle des soins palliatifs

Les soins palliatifs sont décrits comme un service modèle, où la prise en charge est personnalisée.

Entretien n° 9

« Ouais Ben oui, forcément. La question se pose beaucoup en effet et puis c'est une culture particulière les soins palliatifs. C'est une culture de soins où tout est fait pour respecter justement les, les choix et les convictions des patients. Alors moi j'y étais passé, mais il y a un petit moment quand j'étais externe. J'étais passé à Saint-Vincent. »

3. La compétence clinique transculturelle (CCT)

3.1. Méconnaissance de la CCT

La compétence clinique transculturelle est une formation méconnue par l'ensemble des médecins interrogés.

Entretien n° 7

« Je savais pas du tout que ça existait. »

3.2. Intérêt pour la pratique

L'ensemble des médecins interrogés sont favorables à ce type de formation.

Ils la trouvent pertinente et utile pour la pratique de médecine générale.

Ils voient en elle un outil permettant d'améliorer la prise en charge, d'apporter une ouverture d'esprit, d'enrichir la pratique, d'aider à la compréhension et de mieux expliquer au patient.

Entretien n° 5

« Moi je suis pour cette formation-là parce qu'elle a une importance immense dans la prise en charge. Parce qu'on peut faire basculer un refus vers une acceptation si on a les bons mots. Les mots que les gens vont comprendre ou qui vont les toucher. C'est surtout les mots qui vont les toucher. »

3.3. Attentes vis-à-vis de la formation

Les médecins souhaitent que la formation leur apporte des connaissances de base sur la culture avec un accès à une base de données, ainsi que des outils de communication.

Entretien n° 5

« On va pas faire une formation sur les connaissances culturelles ou... on va pas approfondir, ça peut être juste les gros titres ou voilà justement une plateforme, comment parler à un musulman, comment parler à un catholique sur un sujet particulier, sur quels points insister pour le toucher. On va pas demander aux étudiants d'étudier la bible, le

coran, la Torah euh non ! Juste effectivement sur quels points, croyances... Voilà. C'est un outil en plus qu'on peut donner. »

3.4. Moyens d'application envisagés

3.4.1. Formation facultative

Pour les médecins, cette formation devrait être facultative, pour les médecins intéressés qui en ont l'utilité.

Entretien n° 2

« La seule chose intéressante justement par rapport à ça, il faut que le médecin ait une ouverture d'esprit et une envie. S'il a pas envie, si ça l'intéresse pas bah c'est comme les troubles anxieux généralisés, il le fera pas bien et puis c'est tout quoi. On est dans un champs d'une médecine qui est pas purement "fin conventionnelle... voilà je vous prends votre tension, je vous pèse et je vous réexplique les règles et tout ça. Non c'est plus ça quoi on va vraiment être dans le bio-psycho-social. »

3.4.2. Moment de la formation

Le moment de formation envisagé est variable. Elle a sa place en DU ou en formation du 3^{em} cycle de médecine générale et autres spécialités.

Entretien n° 6

« oui ça peut être bien de l'intégrer dans le programme d'interne de médecine générale. On a des cours là après quand on est en stage, ça peut être un sujet qui peut être abordé. Je sais pas si ça serait possible dans les 6 premières années, mais oui après l'internat là quand tu fais médecine générale... et encore que même pour les spécialistes en fait. Parce que le diabétologue qui rencontre une culture différente comme tu dis avec un Équatorien qui mange 2 féculents par repas, pas de légume. Oui ça serait bien. »

3.5. Limites de la formation

3.5.1. Risque de stigmatisation

Le souhait est de s'adapter au patient sans faire de supposition ou de généralité.

Entretien n° 9

« Ça, ça doit être assez lourd à installer, trouver les intervenants, trouver un programme pour justement pas tomber non plus dans le cliché, dans la stigmatisation, c'est... »

3.5.2. Applicabilité

Les obstacles à l'instauration d'une telle formation sont nombreux.

Il y a le manque de financement, le manque de temps pour se former et les difficultés à rechercher des formateurs compétents.

De plus, cette formation ne semble pas être une priorité dans le contexte de contrôle migratoire et de crise sanitaire.

Entretien n° 8

« Je vois pas trop les politiques dire 'tiens, on manque de médecins. Mais par contre, on va un peu plus les former pour toutes les cultures qui arrivent'. Là tu vois, je vois pas trop le gouvernement actuel faire ça. »

DISCUSSION

1. Forces de l'étude

Le choix de la méthode

L'étude qualitative a permis d'explorer toute la complexité du sujet abordé dans cette étude et de recueillir de nouvelles idées non anticipées au début de l'élaboration de cette thèse.

Ce type d'étude était la plus adaptée pour répondre à l'objectif principal, car elle a permis de recueillir des données subjectives, comme les opinions et émotions des médecins interrogés.

Les entretiens semi-dirigés

Les entretiens étaient individuels, anonymes, réalisés dans un endroit calme et s'appuyaient sur une grille d'entretien composée de questions ouvertes. Ces conditions étaient favorables à la liberté d'expression.

Les questions de relance ont permis d'approfondir ou de faire préciser certaines idées.

La grille d'entretien a été modifiée au fur et à mesure des entretiens pour être plus pertinente.

Et les entretiens étaient enregistrés et retranscrits en totalité, pour ne manquer aucune information.

Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères sélectionnés ont permis d'avoir un échantillon composé de médecins installés ou remplaçants, confrontés dans leur pratique aux différences culturelles, afin de faire émerger un maximum d'idées et de partages d'expérience.

La triangulation des données

Un deuxième chercheur indépendant a codé environ 80 % du verbatim, afin de

renforcer la validité de l'étude.

Ses propriétés et catégories conceptuelles ont été ajoutées à celle de l'investigateur afin de limiter la subjectivité des résultats.

La grille COREQ

Cette étude s'appuie sur les critères COREQ (disponible en annexe 5).

2. Faiblesses de l'étude

Biais de recrutement et d'autosélection

Le premier médecin participant à l'étude n'a pas été choisi au hasard, il était connu pour sa patientèle multiculturelle. Il était sensibilisé et avait déjà fait par le passé des recherches sur le sujet. De plus, ceux qui ont accepté de participer à cette étude étaient intéressés par le sujet.

L'inclusion par « effet boule de neige » affecte également la représentativité de l'échantillon. En observant les caractéristiques de l'échantillon on constate qu'une majorité de femmes a participé à l'étude, exerçant en urbain, voire semi-rural. On peut se demander si le fait d'interroger des médecins se connaissant, et donc probablement du même environnement, ne limite pas l'étude.

Biais de mémorisation

Le partage d'expérience et les exemples cités faisaient appel à la mémoire des médecins interrogés.

Il est possible que des éléments aient été oubliés ou que les réponses aient été influencées par les questions précédentes.

Biais d'interprétation

Le codage et l'interprétation des résultats ont pu être influencés par les propres représentations de l'investigateur. La triangulation des données a pour but de limiter ce biais.

3. Discussion des résultats

Les difficultés exprimées par les médecins interrogés sont nombreuses. Elles dépendent des conditions de travail, de la barrière de la langue, de l'adaptation de la prise en charge et des spécificités culturelles.

La barrière de la langue

La barrière de la langue est citée par la majorité des médecins interrogés comme la difficulté principale. Elle est source d'incompréhension, de mauvaise transmission d'informations et de quiproquos. C'est aussi une difficulté ressentie par le patient (15).

L'anglais peut pallier cette difficulté dans certaines situations, mais dépend du niveau de maîtrise de la langue par le patient et le médecin.

Certains médecins se définissant comme biculturels s'aident de leur deuxième langue en consultation. Il y a toutefois des limites à cela avec les accents et dialectes.

Différents moyens et outils de communication sont utilisés pour pallier les difficultés liées à la barrière de la langue. Le discours est adapté au niveau de compréhension du patient. Le médecin n'hésite pas à prendre du temps, à expliquer davantage, à interroger le patient sur ce qu'il a compris, à s'aider de l'écrit, de schémas ou de Post its. Les moyens sont variés et ont tous pour but d'améliorer la compréhension du patient et de son entourage.

Parfois, les médecins s'aident de dictionnaire français-anglais ou de pictogrammes.

Il existe des outils disponibles sur internet, qui sont méconnus par les médecins. Les médecins souhaitaient disposer de livret explicatif illustré pour certains sujets médicaux ou de support visuel pour faciliter la communication. Ces moyens sont déjà à disposition. Il existe des livrets explicatifs bilingues sur le site Santé publique France, fournissant des informations au patient sur certaines maladies et sur l'accès aux soins en France. Ces livrets sont disponibles en 17 langues différentes (20). Une application mobile a également été développée par l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris pour faciliter la communication avec le patient à l'aide de pictogrammes(21).

La traduction est une solution possible pour pallier la barrière de la langue, via

l'utilisation d'applications de traduction, les services de traduction médicale ou l'aide d'un tiers traducteur.

Le traducteur peut limiter et biaiser la communication avec le patient, c'est pourquoi il est préférable de recourir à un traducteur neutre.

Si la présence d'un traducteur professionnel n'est pas possible, les médecins préfèrent un interprète ami plutôt qu'un enfant. Ceci permettant de limiter les biais de communication et d'obtenir une traduction plus fiable (22).

Les conditions de travail

La prise en compte des différences culturelles est compliquée par les conditions de travail du médecin.

L'adaptation à la culture du patient est décrite comme chronophage. Les médecins manquent de temps pour s'informer, se former ou faire appel à un traducteur, tant les journées sont déjà chargées. Ils ont en moyenne 13 demi-journées par an à consacrer à leur formation médicale continue (23).

C'est une pratique éprouvante, où le médecin fait face à de nombreuses sollicitations et difficultés émotionnelles sans valorisation économique ou politique. Certains médecins n'hésitent pas à alourdir leur charge de travail pour faciliter l'accès aux soins des patients, comme réaliser des consultations sans rendez-vous ou à prendre eux-mêmes les appels téléphoniques des patients.

Mais cela peut avoir de lourdes conséquences, les longues journées de travail et les difficultés de prise en charge de certains patients peuvent être à l'origine d'un épuisement professionnel (24).

À cela s'ajoutent les tâches administratives liées à la CMU, AME, ainsi que l'accompagnement du patient dans le système de soin français complexe.

Pour pallier à ces difficultés, les médecins souhaiteraient la création de structures dédiées, référentes, où ils pourraient se faire aider, se former ou envoyer le patient dans les situations complexes. La rémunération y serait mieux adaptée par rapport au temps de consultation.

Comme c'est le cas pour les personnes malentendantes au sein du réseau Sourds et

Santé, qui propose des consultations avec des médecins maîtrisant la langue des signes ou des consultations accompagnées d'interprètes (25).

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) permettent de fournir des soins aux personnes en situation de précarité et tendent de plus en plus à aller vers les patients migrants nécessitant une prise en charge spécifique (26).

La prise en charge

Les difficultés d'appréhension de la culture du patient dépendent du motif de consultation. Certaines particularités culturelles complexifient le suivi, l'observance, l'examen ou la mise en place de mesures de prévention. L'adaptation de la prise en charge est primordiale. Les moyens d'adaptation trouvés par les médecins sont nombreux, comme faciliter l'accès aux soins, sortir du cadre dans l'intérêt du patient, se faire aider dans les situations de doutes ou encore privilégier la communication dans les situations de refus.

Le médecin peut faire face à des demandes inhabituelles ou complexes et avoir des difficultés à aborder certains sujets. L'échange avec le patient et la façon de communiquer avec lui sont alors primordiaux, car les sources d'incompréhension et de désaccord peuvent être nombreuses. Une mauvaise communication peut entraîner une incompréhension avec demande d'examens complémentaires plus importante pour compenser le manque d'information, voire peut entraîner des erreurs diagnostiques (17).

Plusieurs moyens permettent de faciliter l'échange avec le patient : l'adaptation du discours, l'information, l'éducation et la création d'une relation forte avec lui.

Le médecin est parfois le témoin de situations difficiles d'expulsion, de violence, de traumatismes de guerre, vécus par certains migrants. Il se retrouve confronté à une réalité qui n'est pas la sienne et pour laquelle il ne sait pas toujours comment prendre en charge ou orienter le patient. Dans de telles situations, le médecin doit savoir se faire aider ou orienter le patient.

La prise en charge réalisée dans les services de soins palliatifs est décrite comme un modèle, où la prise en charge est personnalisée pour le patient et ses besoins.

Culture

La compréhension de la culture est difficile et ses composantes sont difficilement identifiables pour les médecins interrogés.

À cette complexité s'ajoute la multiplicité des cultures qui rend impossible de se former sur toutes les cultures. Cette difficulté est retrouvée dans la littérature, où l'on explique que la diversité culturelle est une richesse, mais qu'elle peut aussi faire recourir à des stéréotypes et majorer l'incompréhension mutuelle (17).

Il y a la culture partagée par des personnes issues d'un même lieu géographique (continentale, nationale, régionale, communale), mais il existe d'autres formes de cultures. On peut alors citer comme exemples : la culture sourde ou la culture scientifique. Cela oblige à sortir de sa zone de confort, à repartir de zéro à chaque consultation.

La méconnaissance de leurs cultures respectives confronte le médecin et le patient à des difficultés de communication et de prise en charge (15). Les représentations sur les pathologies, la pratique ou les traitements peuvent être différentes.

L'absence de formation et d'accès à des sources d'informations fiables sont également des difficultés ressenties par le médecin. Les médecins souhaiteraient être formés sur le sujet et avoir accès à une base de données sur les différentes cultures.

Dans certains pays, ces bases de données existent. Elles permettent au médecin de s'informer sur la culture du patient. Aux États-Unis, les médecins ont accès à des sites internet comme Ethnomed, qui fournit des informations sur la culture des populations minoritaires(27). Ethnomed est un programme conjoint de l'université de Washington et du département des services d'interprétation du Harborview Medical Center, composé de médiateurs culturels, d'interprètes médicaux, de professionnels de santé et de représentants de groupes ethniques. Le but de ce programme est d'informer les professionnels de santé sur la culture, la langue, la santé, les maladies des patients d'autres cultures (27).

Dans certains pays, les médecins sont formés à l'appréhension des différences culturelles en consultation. C'est le cas du Canada et de la Suisse, où sont proposées des formations pour développer cette compétence, respectivement nommées la compétence culturelle (28) et la compétence clinique transculturelle

(CTT) (29).

La CTT est définie comme « un ensemble d'attitudes, de connaissances et savoir-faire permettant de prodiguer des soins de qualité à des patients d'origines socioculturelles et linguistiques diverses. » (29).

Le but de ces formations est d'améliorer la prise en charge et de diminuer les inégalités de santé pour les patients migrants, mais aussi pour tous les autres patients. (Annexe 5)

La formation en CCT améliore :

- L'attitude des soignants, en leur faisant prendre conscience de l'impact de leur propre origine culturelle et de leurs représentations
- Les connaissances médicales, en informant le médecin sur les pathologies et traitements plus fréquents dans le pays d'origine du patient
- L'aptitude du soignant à prendre en charge le patient par l'acquisition de compétences en communication

Les médecins interrogés dans cette étude ne connaissaient pas cette formation, mais étaient unanimes sur son intérêt dans la pratique de médecine générale, voire dans d'autres spécialités.

Actuellement en France, une formation à la clinique transculturelle est proposée à l'Université de Paris cité, sous forme de DU. Ce DU est accessible aux médecins généralistes, mais est d'avantage orienté vers la psychiatrie. Il est intitulé « psychiatrie et compétences transculturelles » (30).

Les attentes des médecins généralistes sont d'obtenir des outils en communication, d'avoir accès à des informations fiables sur la culture du patient et de savoir réagir face aux patients d'autres cultures.

Les limites évoquées sont le risque de stigmatisation et l'applicabilité d'une telle formation, qui demanderait du temps, des formateurs compétents et un financement adapté.

Pour les médecins, cette formation est nécessaire, mais ne semble pas être une priorité pour les pouvoirs publics dans le contexte de crise du système de santé et de contrôle migratoire.

CONCLUSION

La prise en compte des différences culturelles en médecine générale est une nécessité. Elle améliore la prise en charge et vise à limiter les inégalités de santé.

Lorsque le patient et le médecin sont de cultures différentes, cela peut amener à des difficultés, des incompréhensions qui altèrent la prise en charge.

Les médecins expriment de nombreuses difficultés à prendre en compte la culture du patient en consultation. Celles-ci sont liées aux conditions de travail, à la barrière de la langue, à la prise en charge et aux différences culturelles.

Malgré ces difficultés, les médecins ont le souhait de prendre en compte les particularités culturelles du patient, sans le stigmatiser. Ils souhaitent personnaliser leur prise en charge, comme ils le font avec les patients de culture superposable à la leur.

Les médecins généralistes appliquent en consultation des moyens de communication et d'adaptation qu'ils ont acquis au cours de leur expérience professionnelle. Ils associent cette adaptation à de la « débrouille ».

Dans l'ensemble, ils se sentent peu aidés pour la prise en compte des différences culturelles. Leurs conditions de travail ne sont pas optimales pour assurer des soins de qualité. Ils souhaiteraient se former, obtenir des informations fiables sur les différentes cultures et pouvoir se faire aider par des structures référentes.

Dans plusieurs pays comme les États-Unis, la Suisse ou le Canada, les médecins sont formés à adapter leur prise en charge à la culture du patient. Des formations sont prodiguées pour enseigner aux médecins comment identifier leur propre culture et représentations, comment acquérir des connaissances sur la culture du patient et comment communiquer avec lui.

Pour les médecins, il est utile que de tels moyens se développent en France. Notre pays est une société multiculturelle. Il coexiste différentes communautés, où l'héritage culturel est pratiqué par les personnes migrantes et leurs descendants.

À l'heure où la France peut potentiellement devenir une terre d'accueil pour différentes raisons de migration, la volonté des médecins est d'être aidés pour améliorer leur pratique auprès des patients issus d'autres cultures.

Certains outils et formation leurs sont accessibles, mais sont pour la plupart méconnus.

Nous pouvons nous demander si des outils informatiques ne pourraient pas être mis en place dans ce but, en regroupant les informations et liens utiles pour aider le médecin à prendre en charge les patients d'autres cultures.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Termes clés de la migration | L'OIM, ONU Migracion [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
2. Nations U. United Nations. United Nations; [cité 22 avr 2023]. Migrations | Nations Unies. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/global-issues/migration>
3. Interactif État de la migration dans le monde 2022 [Internet]. [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.iom.int/wmr/fr/interactif>
4. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. [cité 23 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
5. Immigrés en Nord-Pas-de-Calais : une implantation liée à l'histoire économique. Pages de Profils, volet 1, n°89 | European Website on Integration [Internet]. 2023 [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/migrant-integration/library-document/immigres-en-nord-pas-de-calais-une-implantation-liee-lhistoire-economique-pages-de_en
6. IMG1A - Population par sexe, âge et situation quant à l'immigration en 2019 – Recensement de la population – Résultats pour toutes les communes, départements, régions, intercommunalités... –Étrangers - Immigrés en 2019 | Insee [Internet]. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6455262?sommaire=6455286&geo=REG-32>
7. Pannetier J, Desgrées Du Loû A. Immigration et santé: de l'étude des différences à celle des inégalités. In: Gérard E, Henaff N, éditeurs. Inégalités en perspectives [Internet]. Editions des archives contemporaines; 2019 [cité 3 mai 2023]. p. 163-75. Disponible sur: <https://eac.ac/articles/1627>
8. Rapport mondial sur la santé des réfugiés et des migrants 2022 [Internet]. [cité 24 avr 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/360464/9789240054844-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Maintenant plus que jamais: les soins de santé primaires. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2008. 125 p. (Rapport sur la santé dans la monde).
10. Williams DR, Neighbors HW, Jackson JS. Racial/Ethnic Discrimination and Health: Findings From Community Studies. American Journal of Public Health. sept 2008;98(Suppl 1):S29.
11. Santé et recours aux soins – Immigrés et descendants d'immigrés | Insee [Internet]. [cité 24 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793288?sommaire=6793391>
12. 1982 - 2000 : de MONDIACULT à Notre diversité créatrice - patrimoine immatériel - Secteur de la culture - UNESCO [Internet]. [cité 18 mai 2023].

Disponible sur: <https://ich.unesco.org/fr/1982-2000-00309#1982-mondiacult-mexico>

13. Allen DJ, Heyrman PJ. Définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA EUROPE. 2002;14.
14. Le modèle d'intégration et la France multiculturelle - Campus Condorcet [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.campus-condorcet.fr/fr/pour-tous/les-ressources-audiovisuelles/le-modele-d-integration-et-la-france-multiculturelle>
15. Mathieu A. Prise en charge des patients migrants en médecine générale. *Exercer*. 2013;27-8.
16. ABT M. Recours à la médecine générale des patients migrants en Nord-Pas-de-Calais : attentes, déterminants et résultats de consultation somatiques et psychologiques. FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG; 2015.
17. Durieux-Paillard S, Loutan L. Diversité culturelle et stéréotypes : la pratique médicale est aussi concernée. *Revue Médicale Suisse*. 2005;
18. Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA) [Internet]. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/SpecialInterestGroups/MigrantCareInternationalHealthandTravelMedicine2.aspx>
19. WONCA Annual Report 2022 by WONCA - Issuu [Internet]. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: <https://issuu.com/wonca/docs/wonca2022>
20. « Les livrets de santé bilingues », outils de liaison entre migrants et professionnels de la santé ou du social [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/publications/les-livrets-de-sante-bilingues-outils-de-liaison-entre-migrants-et-professionnels-de-la-sante-ou-du-social>
21. Communication non-verbale patient/soignant (MediPicto) [Internet]. 2023 [cité 6 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.aphp.fr/medipicto>
22. Marin I, Farota-Romejko I, Larchanché S, Kessar Z. Soigner en langue étrangère. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2012;111(4):11-9.
23. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes.
24. Burn out : médecins en difficulté | Conseil départemental du Val de Marne de l'Ordre des médecins [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: <https://conseil94.ordre.medecin.fr/content/burn-out-medecins-difficulte>
25. Réseau Sourds et Santé [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: <https://sante-proximite.ghicl.fr/reseau-sourds-sante>
26. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 6 sept 2023]. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass>

27. About - EthnoMed [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: <https://ethnomed.org/about/>
28. Kamrul R, Malin G, Ramsden VR. La beauté des soins centrés sur le patient dans un contexte culturel. *Can Fam Physician*. avr 2014;60(4):316-8.
29. Althaus F, Hudelson P, Domenig D, Green A, Bodenmann P. Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. *Forum Med Suisse* [Internet]. 3 févr 2010 [cité 17 avr 2020];10(05). Disponible sur: <https://doi.emh.ch/fms.2010.07077>
30. system-user#admin_population. DU Psychiatrie et compétences transculturelles [Internet]. 2023 [cité 5 sept 2023]. Disponible sur: https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-1/sciences-technologies-sante-STS/du-psychiatrie-et-competences-transculturelles-XUN7_131.html

ABRÉVIATIONS

OIM : Organisation Internationale pour les Migrations

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

WONCA : World Organization of Family Doctors

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

CCT : Compétence clinique transculturelle

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien initiale

Grille d'entretien : La prise en compte des différences culturelles en médecine générale

Questions sur le praticien :

Etes-vous une femme ou un homme ?

Quel âge avez-vous ?

Quel est votre lieu d'exercice ?

Quelles sont vos origines culturelles ? Avez vous dans votre entourage proche des personnes ayant une culture différente de la votre ?

a. Si oui, comment pensez vous que cela influence votre pratique ?

Questions relatives à la pratique du médecin généraliste :

5. D'après vous, est ce que la prise en charge des patients d'origine culturelle différente diverge de celle des autres patients ? a. En quoi est-elle différente ? b. Prenez vous en compte l'origine du patient lors de la consultation ?

6. Comment certaines différences culturelles influencent votre prise en charge ?

a. Pouvez vous me donner des exemples ?

7. Dans le cadre des différences culturelles, avez vous déjà eu des doutes, lesquels ? a. Comment avez vous pu y faire face ? b. Ces doutes vous ont-ils déjà fait adresser le patient vers un autre confrère ?

8. Quels obstacles à la prise en charge des différences culturelles avez vous identifiés ?

9. Pourquoi la prise en compte des particularités culturelles des patients rend la prise en charge des patients plus efficace ?

a. Avez vous des exemples ?

10. Connaissez vous la compétence clinique transculturelle ?

a. Si oui, que pensez vous de cette compétence ?

b. Si non, souhaitez vous que je vous explique en quoi consiste cette compétence ?

c. Pensez vous que cette compétence peut être utile dans votre pratique ?

Seriez vous intéressé par une formation ?

11. D'après vous, comment pourrait-on améliorer la prise en charge des patients de cultures différentes ?

a. Avez vous des exemples concrets qui pourraient être appliqués de façon générale, ainsi qu'au niveau de votre lieu d'exercice ?

Annexe 2 : Grille d'entretien modifiée

Grille d'entretien modifiée après le premier entretien **La prise en compte des différences culturelles en médecine** **générale**

Questions sur le praticien :

1. Etes-vous une femme ou un homme ?
2. Quel âge avez-vous ?
3. Quel est votre lieu d'exercice ?
4. Quelles sont vos origines culturelles ? Avez vous dans votre entourage proche des personnes ayant une culture différente de la votre ?
 - a. Si oui, comment pensez vous que cela influence votre pratique ?

Questions relatives à la pratique du médecin généraliste :

5. Pour les patients d'origine culturelle différente, comment adaptez vous la prise en charge ?
 - a. En quoi cette prise en charge est-elle différente ?
 - b. Comment prenez vous en compte l'origine du patient lors de la consultation ?
6. Comment certaines différences culturelles influencent votre prise en charge ?
 - a. Pouvez vous me donner des exemples ?
7. Dans le cadre des différences culturelles, quelles questions, quels doutes avez-vous déjà identifiés ?
 - a. Comment avez vous pu y faire face ?
 - b. Ces doutes vous ont-ils déjà fait adresser le patient vers un autre confrère ?
8. Pourquoi la prise en compte des particularités culturelles des patients rend la prise en charge des patients plus efficace ?
 - a. Avez vous des exemples ?
9. D'après vous, comment pourrait-on améliorer la prise en charge des patients de cultures différentes ?
 - a. Avez vous des exemples concrets qui pourraient être appliqués de façon générale, ainsi qu'au niveau de votre lieu d'exercice ?
10. Connaissez vous la compétence clinique transculturelle ?
 - a. Si oui, que pensez vous de cette compétence ?
 - b. Si non, souhaitez vous que je vous explique en quoi consiste cette compétence ?
 - c. Pensez vous que cette compétence peut être utile dans votre pratique ? Pourquoi ? Seriez vous intéressé par une formation ?
 - d. D'après vous, comment pourrait-on l'adapter en France ?

Annexe 3 : Grille d'entretien finale

Grille d'entretien modifiée après le sixième entretien
La prise en compte des différences culturelles en médecine
générale

Questions sur le praticien :

1. Etes-vous une femme ou un homme ?
2. Quel âge avez-vous ?
3. Quel est votre lieu d'exercice ? Comment décririez vous votre façon de travailler ? Quel est votre mode d'exercice ?
4. Quelles sont vos origines culturelles ? Avez vous dans votre entourage proche des personnes ayant une culture différente de la votre ?
 - a. Si oui, comment pensez vous que cela influence votre pratique ?

Questions relatives à la pratique du médecin généraliste :

5. En quoi la prise en charge de patients d'autres cultures est-elle différente ?
 - a. Comment vous adaptez vous ?
 - b. Comment prenez vous en compte l'origine du patient lors de la consultation ?
6. Comment certaines différences culturelles influencent votre prise en charge ?
 - a. Pouvez vous me donner des exemples ?
7. Dans le cadre des différences culturelles, quelles questions, quels doutes avez-vous déjà identifiés ?
 - a. Comment avez vous pu y faire face ?
 - b. Ces doutes vous ont-ils déjà fait adresser le patient vers un autre confrère ?
8. Pourquoi la prise en compte des particularités culturelles des patients rend la prise en charge des patients plus efficace ?
 - a. Avez vous des exemples ?
9. D'après vous, comment pourrait-on améliorer la prise en charge des patients de cultures différentes ?
 - a. Avez vous des exemples concrets qui pourraient être appliqués de façon générale, ainsi qu'au niveau de votre lieu d'exercice ?
10. Connaissez vous la compétence clinique transculturelle ?
 - a. Si oui, que pensez vous de cette compétence ?
 - b. Si non, souhaitez vous que je vous explique en quoi consiste cette compétence ?
 - c. Pensez vous que cette compétence peut être utile dans votre pratique ? Pourquoi ? Seriez vous intéressé par une formation ?
 - d. D'après vous, comment pourrait-on l'adapter en France ?

Annexe 4 : Tableau des caractéristiques des médecins interrogés

	Sexe	Age	Lieu et mode d'exercice	Origines culturelles	Entourage	Influence sur la prise en charge
1	femme	60 ans	Urbain, centre ville Nord	Belgo-française	Amis étrangers (espagnols, portugais, allemands, américains, russes)	Apporte une ouverture aux autres et aux langues
2	femme	51 ans	Urbain Nord Demi journées de consultations libres, ouverts à tous Pas de secrétariat prise des appels	Originaire du Nord	Entourage amical multiculturel	Ne pense pas que cela influence sa pratique
3	homme	35 ans	Semi-rural Pas de Calais Consultations sur RDV 3 demi journées de visites à domicile par semaine	Parents de France métropolitaine Originaire de Seine et Marnes	Côtoie des personnes d'autres cultures au travail et via une association volontaire catholique	
4	femme	29 ans	Remplacements en milieu rural, semi rural Nord et Pas de Calais	Se définit sans origines	Parrain polonais, ami libanais	Ne pense pas que cela influence sa pratique
5	femme	46 ans	Semi rural Nord Consultations sur RDV avec visites à domicile	Marocaine	Entourage multiculturel	Pense que sa biculturalité influence sa pratique
6	femme	34 ans	Semi rural Nord Consultations sur RDV avec visites à domicile	Origines belgo-françaises	Conjoint français dont les parents sont originaires du Togo et du Bénin	Pas d'influence de la culture
7	homme	30 ans	Remplacements en milieu urbain, rural, semi rural Nord et Pas de Calais	Origines libanaises	Amis d'autres origines mais ne sait pas précisément lesquelles	Pense que ses origines influencent sa pratique, mais pas d'influence des cultures qu'il côtoie dans son entourage amical
8	femme	33 ans	Médecin collaborateur Semi rural Nord	Origines françaises	Conjoint franco-algérien Entourage amical multiculturel	Influence sa pratique par l'apport de connaissances sur la culture algérienne
9	homme	35 ans	Urbain Nord Consultation sans RDV 30% de l'activité en centre de santé pour étudiants	Originaire du Pas de Calais, mère lensoise et père bouloonnais	Absence de diversité culturelle dans l'environnement proche	
10	femme	35 ans	Urbain Nord MSP - Consultations sur RDV uniquement avec plages d'urgence, Sans visites à domicile	Originaire du Nord de la France Mais définit aussi sa culture comme catholique, rurale et agricole		

Annexe 5 : Grille COREQ

La grille COREQ permet de juger de la validité d'une étude qualitative. Les réponses complétées ci-dessous sont celles de cette étude.

Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Entretiens individuels menés par la doctorante
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de médecine générale
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Remplacements en médecine générale
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Formation de médecine générale à la faculté de médecine de Lille

Relations avec les participants

6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche, sujet de recherche.	Les participants connaissaient le sujet de recherche présenté dans le mail ou la lettre d'invitation.
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche.	Etudiante en médecine réalisant une thèse sur la prise en compte des différences culturelles en médecine générale.

Domaine 2 : conception de l'étude

Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple: théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu.	Théorie ancrée
--	--	----------------

Sélection des participants

10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige.	Échantillonnage par effet boule-de-neige
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	Les participants ont été contactés par téléphone, courrier ou courriel.
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	10.
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	2 refus par manque de temps et 3 absences de réponse.

Contexte

14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	Les données ont été recueillies sur le lieu de travail des participants.
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non.
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	(Cf. annexe 5)

Recueil des données

17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui.
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Oui, deux fois.
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, audio.
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focusgroup) ?	Oui, mais non retranscrites dans l'étude.
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focusgroup) ?	30 min en moyenne.
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, le recrutement a été réalisé jusqu'à saturation des données.
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non.

Domaine 3 : analyse et résultats

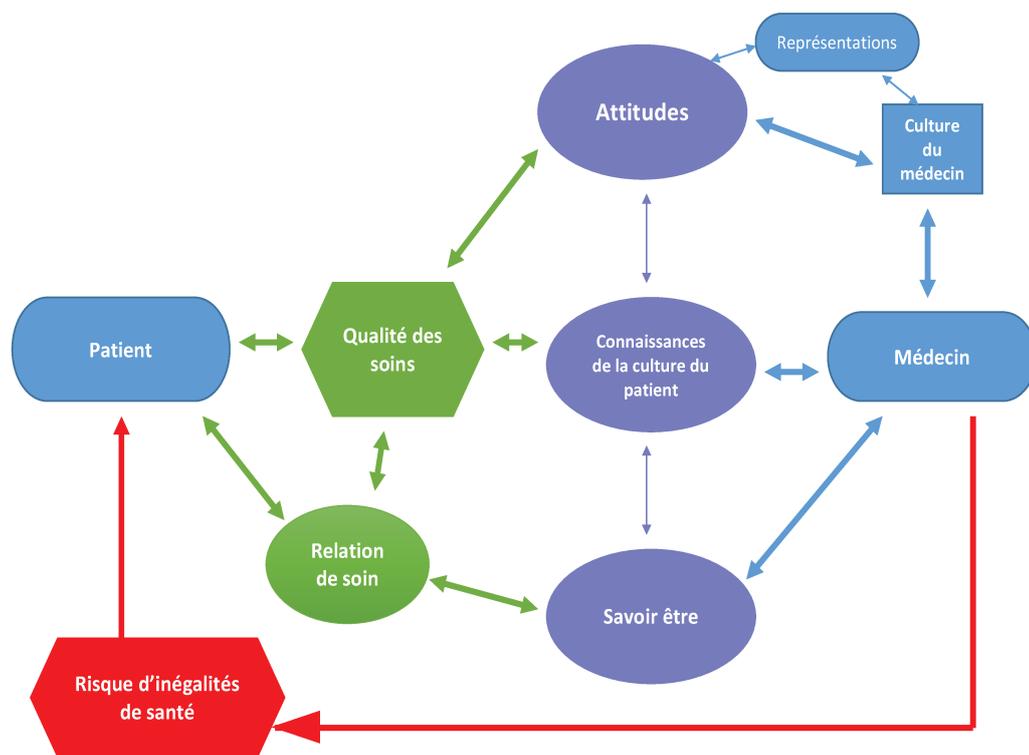
Analyse de données

24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2 personnes.
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non.
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données.
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Aucun.
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non.

Rédaction

29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Oui, avec le numéro d'entretien.
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui.
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui.
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui.

Annexe 6 : Schéma illustrant les apports de la formation en clinique transculturelle



AUTEURE : Nom : DECRUYENAERE

Prénom : SAMANTHA

Date de soutenance : 05 / 10 / 23

Titre de la thèse : La prise en compte des différences culturelles en médecine générale

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : culture, migrant, médecine générale

Résumé :

Introduction : Dans le monde, et notamment en France, le nombre de migrants est en constante augmentation depuis plusieurs années.

Le médecin généraliste, qui est l'un des premiers intervenants dans le système de soin, prend en charge de façon quotidienne des patients d'autres cultures. L'appréhension de la culture du patient est nécessaire afin d'assurer une prise en charge adaptée. Pourtant, les populations migrantes font face à des inégalités de santé et des progrès restent à fournir pour améliorer leur prise en charge.

L'objectif de cette étude est d'identifier les difficultés des médecins généralistes dans la prise en compte des différences culturelles, afin de faire émerger des solutions applicables pour limiter les inégalités de santé.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes, installés ou remplaçants, du Nord et du Pas-de-Calais, ayant dans leur patientèle des patients de cultures diverses.

Résultats : Au cours de cette étude, 10 médecins ont été interrogés sur leurs difficultés dans la prise en charge des patients d'autres cultures. Les difficultés exprimées concernent les conditions de travail des médecins, la barrière de la langue, la prise en charge et les particularités culturelles. Les médecins ont développé des moyens d'adaptation pour améliorer leurs prises en charge, en facilitant l'accès aux soins, en s'informant comme ils le peuvent, en s'aidant d'outils de communication et de traduction. Toutefois, ils souhaiteraient le développement d'autres moyens pour améliorer la prise en compte de la culture du patient, comme l'accès à des informations fiables et utiles, ainsi qu'à des outils de communication, et la création de formation sur le sujet et de structures référentes.

Conclusion : Le développement de formation et d'outils informatiques, regroupant les informations et liens utiles sur la culture des patients, aiderait les médecins à prendre en compte les différences culturelles dans la relation de soins.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Messaadi Nassir

Assesseurs : Madame le Docteur Alahyan Nawal

Directeur de thèse : Madame le Docteur Ollivon Judith