



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Expérience des médecins généralistes dans la prise en charge des
patients allophones diabétiques de type deux:
étude qualitative dans les Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 02 février à 16h00
au Pôle Formation
par **Annabel DIBAS-FRANCK**

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Charles CAUET

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD	Affection Longue Durée
AME	Aide Médicale de l'État
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COREQ	Consolidated criteria for Reporting Qualitative research
DT2	Diabète de type deux
ENTRED	Échantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IPA	Infirmier en Pratique Avancée
MHD	Mesures Hygiéno-diététiques
MSU	Maître de Stage Universitaire
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
PUMA	Protection Universelle Maladie
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

TABLE DES MATIERES

RESUME	7
INTRODUCTION	8
MATERIELS ET METHODES	11
I. TYPE D'ETUDE	11
II. POPULATION CIBLE ET RECRUTEMENT	11
III. GUIDE D'ENTRETIEN ET RECEUIL DE DONNEES	11
IV. REALISATION DES ENTRETIENS	12
V. ANALYSE DES DONNEES	12
VI. CADRE LEGAL ET ETHIQUE	13
RESULTATS	14
I. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	14
II. PRISE EN CHARGE DU PATIENT ALLOPHONE : UNE SITUATION COMPLEXE	15
A. Dimension sociale	15
1) Un devoir d'adaptation	15
2) La situation sociale du patient	15
B. Une patientèle fragile	16
1) Une prévalence élevée du diabète de type deux	16
2) Cibler l'objectif de la consultation dans le contexte de comorbidités	17
3) Le besoin d'assistance des patients allophones	18
C. Un besoin d'organisation	19
1) Le besoin de s'entourer	19
2) Travail préparatoire avant la consultation	21
3) S'aider de l'entourage	22
D. Une prise en charge sur le long terme	22
1) Un suivi régulier et progressif	22
2) Gérer les complications de la maladie	23
3) Anticiper les ruptures de suivi	23
III. LA COMMUNICATION : PILIER DE LA CONSULTATION MEDICALE	24
A. Être confronté à la barrière de la langue	24
1) Pallier la barrière de la langue	24
a) Communication non verbale	24
b) S'aider de l'entourage tout en les préservant	25
c) Interprétariat professionnel	26
d) Limites de la traduction par une tierce personne	27
e) Utilisation de l'Anglais	28
f) Traduction en ligne	29
B. Les conséquences de la barrière linguistique sur les consultations de médecine générale	30
1) Être limité dans les interactions avec les patients allophones	30
2) Compréhension médecin-patient	31

3) Manque d'information.....	31
IV. IMPACT DE LA BARRIERE CULTURELLE SUR LA COMPREHENSION MALADE-MEDEecin.....	32
A. Un frein à la compréhension entre malade et médecin	32
1) Les représentations de la maladie	32
2) Avoir des notions sur la culture du patient.....	33
B. Freins à la modification du mode de vie.....	35
1) La dimension culturelle de l'alimentation	35
2) Le rapport au corps	36
3) Lutter contre la sédentarité.....	37
4) Pratiques religieuses	37
5) Le contexte économique	39
V. UNE RELATION MALADE MEDECIN BOULEVERSEE	40
A. Le médecin généraliste : un être en mission	40
1) Un rapport paternaliste	40
2) Un rôle de pédagogie.....	40
3) Créer une alliance thérapeutique	41
4) Soigner tous les patients de manière équitable	42
B. Le médecin généraliste : un être humain avant tout.....	42
1) L'importance de se sentir utile	42
2) Un besoin de valorisation	44
3) Les limites du médecin généraliste	44
a) Faire face à des émotions négatives	44
b) Un être imparfait.....	45
c) Avoir des préjugés.....	46
d) Épuisement professionnel.....	46
VI. Modèle explicatif	47
DISCUSSION	48
I. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	48
A. Limites de l'étude	48
1) Environnement des entretiens	48
2) Répartition géographique des participants	48
3) Biais de diversité	48
B. Forces de l'étude	48
1) Originalité de l'étude	48
2) Méthode de recrutement de l'échantillon	49
3) Entretiens compréhensifs	49
4) Triangulation des données.....	49
5) COREQ.....	49
II. DISCUSSION AUTOUR DES PRINCIPAUX RESULTATS	50
A. La place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge du diabète de type deux.....	50
1) Le point de repère du patient	50
2) Un rôle de coordinateur.....	50
3) Une charge de travail décuplée non valorisée.....	51
4) Un risque d'épuisement professionnel.....	52
B. La singularité de la prise en charge du patient allophone diabétique de type deux	52
1) Accès aux soins	52
2) Une surexposition au diabète de la population allophone.....	53
3) La barrière linguistique a des répercussions sur la qualité des soins	54
4) Une application difficile des recommandations générales sur le diabète	55
C. La compréhension malade-médecin	55
1) L'importance de la relation malade / médecin	55
2) Une barrière culturelle difficilement franchissable	56

III. PERSPECTIVES.....	57
A. S’aider de la télémédecine pour améliorer le suivi	57
B. Approfondir la formation en langue des médecins	57
C. Développer des compétences transculturelles	58
 CONCLUSION	 59
 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	 60
 ANNEXES	 65
Annexe n°1 : Lettre d’information aux médecins	65
Annexe n° 2 : Première version du guide d’entretien	66
Annexe n°3 : Deuxième version du guide d’entretien	67
Annexe n°4 : Journal de bord	68
Annexe n°5 : Codage axial	73
Annexe n°6 : Grille COREQ.....	76
Annexe n°7 : Déclaration DPO	78

RESUME

Introduction : La population diabétique traitée en France représentait 3,6 millions de personnes en 2021. La prévalence augmente et est élevée dans la région des Haut-de-France. 23% des patients diabétiques résidents en France sont nés à l'étranger. Certains ne sont pas francophones, ils sont dits allophones. Des études ont montré des conséquences négatives de la barrière linguistique sur la qualité des soins en médecine hospitalière. L'objectif de cette étude était d'explorer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients diabétiques de type deux non francophones.

Méthode : Une étude qualitative a été menée par des entretiens individuels de type semi-directif auprès de médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France entre mai 2022 et septembre 2023. L'analyse a été menée par théorisation ancrée avec triangulation des données. Un total de huit entretiens a permis la suffisance des données.

Résultats : Les médecins généralistes contournaient la barrière linguistique à l'aide de différents modes de communication. S'ajoutait une barrière culturelle avec un impact sur les modifications du mode de vie nécessaires à la prise en charge du diabète. Le médecin généraliste devait prendre en compte une situation socio-économique souvent défavorable dans sa patientèle allophone. Pour faire face à cette complexité, le médecin mettait en place une organisation particulière, souvent chronophage, pour ces patients. Il devait se former à la culture de ces patients pour une meilleure compréhension malade-médecin et donc une prise en charge optimale.

Conclusion : Le médecin généraliste intervenant en première ligne était très sollicité dans la prise en charge des patients allophones diabétiques de type deux. Sollicité sur le plan émotionnel, intellectuel et organisationnel, sa mission nécessitait une connaissance de la culture de ces patients pour assurer leur sécurité et offrir des soins de qualité.

INTRODUCTION

Définition et épidémiologie du diabète de type deux en France

La population diabétique traitée en France représente 3,6 millions de personnes en 2021. Parmi ces patients, 92% ont un diabète de type 2 (1). La prévalence du diabète ne cesse d'augmenter et la région des Hauts de France est particulièrement touchée (1).

Le diabète de type 2 est défini par l'élévation chronique de la concentration de glucose dans le sang, liée à une résistance à l'insuline et/ ou une carence relative à la sécrétion d'insuline. Cette maladie provoque des complications microvasculaires comme les rétinopathies, néphropathies, neuropathies diabétiques ainsi que macrovasculaires avec pour principales complications l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral et des artérites (2).

23% des patients diabétiques résidant en France sont nés à l'étranger avec notamment 12% d'entre eux dans un pays du Maghreb (3).

Parmi ces patients, un certain nombre ne sont pas francophones. Ces patients sont dits allophones, ce sont des personnes dont la langue maternelle est une langue étrangère à la communauté dans laquelle ils se trouvent. Les médecins rencontrent ces patients au cabinet de médecine générale et sont donc confrontés à une barrière linguistique.

Histoire de l'immigration en France

Un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. La France a connu différentes vagues de migrations au début du XXème siècle. En effet, après les grandes guerres, les pertes humaines sont importantes. Afin de remédier à la perte de main d'œuvre, une immigration massive est encouragée.

La France accueille dans les années 20 principalement des immigrés venus des pays voisins (Belgique, Italie, Espagne) et de l'Europe de l'est (Pologne, Russie, Arménie).

En 1945, l'office national d'immigration est créé pour assurer le recrutement de travailleurs étrangers. Cette vague migratoire contient dans un premier temps $\frac{3}{4}$ d'immigrés européens et 20% d'immigrés africains presque exclusivement Maghrébins.

Le contexte économique difficile du début des années 70 provoque un frein à l'immigration de travail, se développe alors l'immigration familiale. Depuis le début des années 2000, les flux migratoires augmentent et se diversifient. L'année 2015 marque une augmentation du nombre de nouveaux bénéficiaires de la protection internationale en France (4). Ces réfugiés venaient moins souvent de pays francophones, en conséquence ils présentaient plus de difficultés avec la maîtrise de la langue française (5).

En 2021, 48% des immigrés sont originaires d'Afrique dont 62% du Maghreb, un tiers sont européens et 14% originaires d'Asie.

D'après l'INSEE en 2019-2020, 90% des immigrés ont un bon niveau de compréhension du Français (6).

Diabète et migration

La prévalence du diabète dans les populations migrantes est plus forte. Elle s'explique par une susceptibilité génétique du diabète de type 2 liée à l'origine ethnique (7). Par exemple, la prévalence est deux fois plus élevée chez les femmes d'origine maghrébine que chez les femmes d'origine française, à niveau socio-économique et niveau d'obésité équivalents (1). L'environnement a aussi un impact, l'histoire migratoire est à prendre en compte car elle s'associe à des modifications alimentaires, une westernization (8), une moindre activité physique, du stress, un isolement et des difficultés socio-économiques dans de nombreux cas (9).

D'après l'étude ENTRED 2, les médecins généralistes suivent seuls, sans recours au spécialiste 87% des patients diabétiques de type 2. Les patients diabétiques de type deux sont vus en moyenne neuf fois par an par le médecin généraliste (3).

La prise en charge du diabète repose dès le moment du diagnostic en priorité sur les modifications du mode de vie.

La principale difficulté rencontrée par les médecins dans le suivi des patients diabétiques est leur adhésion aux recommandations dans les domaines de l'alimentation (65 %), de l'activité physique (64 %), ainsi que la compréhension que les patients ont de leur diabète (35 %) (3).

Impact de la barrière de la langue sur les soins médicaux

En médecine, l'obstacle linguistique peut avoir des répercussions sur la qualité des soins (10). Plusieurs études ont montré que dans ce contexte il y a une augmentation du nombre de consultations aux urgences, les hospitalisations peuvent être plus longues, il y a également un risque majoré d'inobservance des traitements et des complications évitables. Par ailleurs, la barrière de la langue peut entraver la compréhension et mener à des erreurs médicales et à une insatisfaction réciproque du médecin et du patient.

L'objectif de cette étude était d'explorer, de décrire les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et de proposer des pistes pour améliorer la prise en charge des patients allophones diabétiques de type deux en médecine ambulatoire.

MATERIELS ET METHODES

I. TYPE D'ETUDE

L'étude réalisée était une étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée de données issues d'entretiens individuels de type semi-directifs.

II. POPULATION CIBLE ET RECRUTEMENT

La population étudiée était les médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France, exerçant en ambulatoire. Ils ont été recrutés par échantillonnage raisonné théorique entre mai 2022 et septembre 2023, orientant la recherche de nouveaux participants en fonction des analyses précédentes.

Chaque participant a été recruté directement, après un contact initial par mail, permettant de présenter la thématique globale de l'étude. Les participants ne connaissaient pas la question de recherche. Une lettre d'information complémentaire était par la suite envoyée par mail (**annexe 1**).

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste, installé dans la région des Hauts-de-France et d'avoir dans sa patientèle des patients allophones. Les médecins généralistes ont été caractérisés par le sexe, l'âge, l'année d'installation, le mode d'exercice et les langues qu'ils parlaient.

III. GUIDE D'ENTRETIEN ET RECEUIL DE DONNEES

Un premier guide d'entretien a été élaboré par le chercheur et son directeur de thèse (**annexe 2**). Ce guide d'entretien a été évolutif et actualisé au fur et à mesure des entretiens, avec ajustement des questions ouvertes. Au final, deux versions ont vu le jour (**annexe 3**).

IV. REALISATION DES ENTRETIENS

Chaque entretien a été réalisé en présentiel jusqu'au 19 septembre 2023, dans un lieu adapté et choisi par le participant. Chaque entretien était de type semi-dirigé.

Le nombre d'entretiens a été fixé jusqu'à l'obtention de la suffisance des données : atteinte lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles propriétés pour compléter une catégorie conceptuelle existante ou en suggérer une nouvelle.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone iPhone®. Chaque enregistrement audio a été retranscrit de façon anonymisée *ad-integrum* à l'aide d'un ordinateur portable de la marque Apple® et du logiciel Microsoft Word®.

Un journal de bord a été tenu tout au long de la recherche, permettant à l'élaboration théorique de rester ancrée aux matériaux des entretiens. Dans le journal de bord, des comptes-rendus de terrain, des codages théoriques et opérationnels, ont permis l'analyse ancrée dans les données et de rassembler, après chaque analyse d'entretien, les nouvelles pistes à explorer. Il a permis au chercheur d'analyser les ressentis à la fin de chaque entretien mais aussi de recueillir chaque réflexion hors contexte (**annexe 4**).

V. ANALYSE DES DONNEES

L'ensemble des verbatims a été analysé à l'aide du logiciel Microsoft Excel® selon le principe de la théorisation ancrée. Une triangulation des données a été réalisée indépendamment entre le chercheur (ADF), formé à la recherche qualitative et un médecin généraliste novice en recherche qualitative (DD). L'analyse a été réalisée selon les principes de C.Lejeune. Le codage ouvert avec étiquettes expérientielles et propriétés ont permis l'émergence de catégories conceptuelles amenant à la réalisation d'un modèle intégratif (**annexe 5**)

Cette étude a été confrontée aux critères de scientificité de la grille Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ), dont 30 critères sur 32 ont pu être validés (**annexe 6**).

VI. CADRE LEGAL ET ETHIQUE

Avant chaque début d'entretien, le consentement oral de chaque participant a été recueilli concernant l'enregistrement audio et la retranscription de chaque entretien. Aucun refus n'a été mis en évidence. Chaque participant était libre de mettre fin à l'entretien à tout instant. Les données ont été anonymisées et désidentifiées. Les enregistrements retranscrits ont été détruits à l'issue de l'étude.

Cette étude utilisant une méthodologie de référence MR-004 n'a pas nécessité de déclaration de conformité auprès de la CNIL. Une demande auprès du DPO a été faite confirmant que l'étude ne nécessitait pas d'accord préalable auprès du Comité de Protection des Personnes (**annexe 7**).

RESULTATS

I. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

Au total, huit médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France ont participé à l'étude dont quatre femmes et quatre hommes. Ils exerçaient tous en secteur urbain. Les types d'exercice étaient variés : deux médecins exerçaient en cabinet seul, quatre médecins exerçaient en cabinet de groupe, un médecin exerçait en maison de santé pluridisciplinaire, un médecin exerçait en centre de santé solidaire.

Les langues parlées par les médecins ont été relevées de manière déclarative.

Les entretiens ont duré de dix-huit minutes et dix-sept secondes à soixante minutes et cinquante secondes, avec une moyenne de trente-six minutes.

	Genre	Age	Année D'installation	Secteur	Type d'exercice	Langues parlées	Durée de l'entretien
M1	M	65	1989	Urbain	Cabinet seul	Français Arabe	34'02"
M2	M	42	2014	Urbain	Cabinet de groupe	Français Anglais	22'49"
M3	M	67	1984	Urbain	MSP	Français Anglais Néerlandais Allemand Russe Arabe Grec Italien Espagnol	57'41"
M4	F	36	2022	Urbain	Cabinet de groupe	Français Anglais	18'17"
M5	F	64	1991	Urbain	Cabinet de groupe	Français Anglais Russe Italien	60'50"
M6	F	40	2012	Urbain	Cabinet de groupe	Français	22'48"

M7	F	32	2022	Urbain	Centre de santé solidaire	Français Anglais	49'14''
M8	M	74	1988	Urbain	Cabinet seul	Français	25'02''

II. PRISE EN CHARGE DU PATIENT ALLOPHONE : UNE SITUATION COMPLEXE

Les médecins généralistes rapportaient que le patient allophone était avant tout un patient à part entière, ancré dans son histoire personnelle et dans un contexte social.

A. Dimension sociale

1) Un devoir d'adaptation

Les médecins généralistes étaient confrontés à la barrière de la langue avec dans leur patientèle, des patients issus de plusieurs origines géographiques avec chacun leurs particularités. En fonction du pays d'origine, ils rencontraient des difficultés différentes et devaient s'adapter à chaque patient.

M6 « J'ai plus de difficultés avec les personnes du Maghreb et les russophones parce qu'ils parlent pas du tout un mot de français, le partage de langue n'est pas du tout le même »

M3 « effectivement on a des gros recrutements de patients allophones qui parlent d'ailleurs souvent ni français, ni arabe mais uniquement le berbère ou le peulh, ça dépend de si ils sont sub ou sous sahariens ».

2) La situation sociale du patient

Les médecins généralistes étaient confrontés à des situations socio-économiques précaires de certains patients allophones dont ils devaient tenir compte dans leur prise en charge.

M7 « En fait au moment de le faire sortir, on avait tellement de mal à communiquer que je découvre qu'il va sortir à la rue avec des insulines et que c'était clairement pas possible.

M3 « ce sont des populations qui sont retraités qui ne touchent pas des grosses retraites »

Plusieurs médecins exprimaient un sentiment d'injustice face à **une inégalité d'accès aux soins** pour les patients allophones par rapport aux patients francophones. Ces situations demandaient **un investissement personnel** du médecin pour que ces patients puissent être soignés malgré tout.

M3 « elle n'avait pas de droits sociaux, elle n'avait pas de sécu, rien ... elle était , elle était ... elle n'existait pas en France. »

M7 « parce qu'il y a un lien entre les personnes d'origine étrangère et l'absence de couverture sociale et CMU tout ça avec un accès aux soins qui est catastrophique par rapport aux autres »

B. Une patientèle fragile

1) Une prévalence élevée du diabète de type deux

Les médecins généralistes devaient **être plus attentifs** lorsqu'ils recevaient des patients allophones. Plusieurs d'entre eux estimaient que ces patients présentaient une prédisposition au diabète de type deux avec un âge plus précoce d'entrée dans la maladie.

M3 « effectivement on a des proportions extrêmement élevées de diabétiques essentiellement à partir de quarante-cinq ans, cinquante ans mais parfois beaucoup plus précocement liés à des prédispositions génétiques »

Les médecins généralistes devaient soigner des **diabètes très déséquilibrés**. En effet, il existait un retard de prise en charge pour certains patients, qui n'étaient pas soignés dans leur pays d'origine faute de moyens.

M5 « *pour parler du diabète par exemple c'est des gens qui arrivaient avec des Hémoglobines Glyquées aux alentours de ... entre 14 et 17 quand ils arrivaient en France. »*

M5 « *Ils sont pas soignés, ce sont des pays de non droit, il n'y a pas de sécu, il faut allonger les billets pour être soigné bon bah ils viennent chez nous ».*

Les médecins mettaient également en cause le fait que le diabète soit une maladie silencieuse au départ et que les patients n'avaient pas conscience de la gravité de la maladie et donc de la nécessité de voir un médecin. Ils n'étaient pas dans une démarche de consulter le médecin généraliste en **prévention primaire** lorsqu'ils étaient asymptomatiques.

M5 « *il y en a certains qui savaient pas qu'ils étaient diabétiques parce qu'ils n'avaient pas d'examen, qui ne sentaient rien, à part qu'ils prenaient du poids et du ventre »*

M8 « *Disons au départ ... au lieu de découvrir le diabète quand il est très récent, bon ils sont diabétiques et forcément quelqu'un de leur famille qui est diabétique donc ils savent ce que c'est, et puis pour eux au départ... bah c'est comme ça »*

2) Cibler l'objectif de la consultation dans le contexte de comorbidités

Les médecins généralistes rapportaient que les patients allophones présentaient de **nombreuses comorbidités** rendant la prise en charge complexe.

M5 « *ils ont des facteurs de risques familiaux d'infarctus, facteurs de risques cardiovasculaires et cérébrovasculaires. Il y en a quelques-uns qui arrivent, ils ont quarante-huit ans, ils ont déjà fait un AVC. J'avais ça à soigner, j'avais cette population lourde concernant le diabète et je parle pas des autres maladies. »*

En conséquence, les médecins faisaient face à des **plaintes multiples** des patients et devaient recentrer la consultation ainsi que **hiérarchiser** les problèmes de santé.

M6 « *Les russophones, le problème c'est qu'il n'y a jamais que la plainte du diabète , ça part dans tous les sens donc c'est difficile de mettre le diabète en avant, disons que c'est quand même une pathologie chronique qu'il est important de gérer , parce qu'il y a tellement de trucs autour que ça devient aussi important que le mal de dos »*

3) Le besoin d'assistance des patients allophones

La plupart des médecins généralistes réalisaient des **tâches supplémentaires non médicales** pour leurs patients sur le plan administratif notamment comme la prise de rendez-vous.

Ce **dépassement de tâches** rendaient **les consultations chronophages** avec une augmentation de la charge de travail des médecins. Les médecins investissaient ce temps par crainte que les patients allophones n'aillent pas à leurs rendez-vous dans le cadre du suivi du diabète et donc qu'il y ait une rupture dans leur parcours de soin avec des conséquences sur leur santé.

M5 « *pour eux je faisais tout, c'est à dire que je préparais le dossier, j'envoyais , je demandais à la secrétaire de bien vouloir les convoquer.*

Je prenais garde à ce qu'il y ait la bonne adresse et je donnais un numéro de téléphone à un de leur accompagnant qui était francophone. J'essayais de savoir qui pouvait les accompagner. J'avais 2 h de retard en fin de consultation »

M6 « *L'aide à la prise de rendez-vous aussi parfois, ça peut arriver que ce soit moi qui prennent les rendez-vous parce qu'ils ne savent pas faire. »*

Il arrivait que le médecin généraliste outre passe ses compétences dans le domaine social.

M7 « *Tout l'après-midi a consisté à lui trouver une place en hébergement d'urgence avec les infirmiers »*

C. Un besoin d'organisation

1) Le besoin de s'entourer

Le **sentiment de solitude** au cabinet médical était présent chez la plupart des médecins.

Ils devaient se débrouiller parfois au-delà de leur rôle de médecin généraliste car l'accès aux médecins d'autres spécialités était de plus en plus difficile.

M1 « *Moi je suis médecin mais je me sens pas complètement ni endocrinologue ni nutritionniste, je fais ce que je peux avec les moyens que je connais. »*

M3 « *J'ai quelques patients diabétiques pour lesquels j'aimerais bien avoir un suivi conjoint avec un diabétologue mais la diabétologue qui s'est installée (...) elle est complètement saturée, et à l'hôpital il est complètement saturé, donc on se débrouille, on est bien obligé même pour les diabétiques qui sont difficiles à équilibrer »*

Les médecins évoquaient l'importance d'avoir constitué un réseau avec d'autres professionnels de santé au fur et à mesure de leur exercice. Réseau particulièrement nécessaire dans le cadre de la prise en charge globale des patients diabétiques allophones.

M5 « *l'hospitalisation est pas toujours facile à obtenir et puis il faut avoir ses réseaux qui fonctionnent. »*

M5 « *mon carnet d'adresse. J'ai pendant 32 ans, colligé un certain nombre d'adresses (...) j'ai fini par trouver des correspondants qui me plaisaient avec qui j'avais des connivences déontologiques et intellectuelles qui me convenaient dans ma façon de vouloir exercer la médecine. Et avec .. Qui me connaissaient et qui me répondaient favorablement pour trouver de la place et des rendez-vous »*

Les médecins s'appuyaient d'autant plus sur **les professions paramédicales** pour les patients allophones diabétiques pour favoriser l'observance thérapeutique.

M6 « *La difficulté quand tu arrives dans des traitements par insuline en fait , en général c'est assez compliqué, mettre en place une infirmière pour leur expliquer »*

M7 « *Souvent les gens, on leur met les infirmiers à domicile beaucoup plus que les autres gens »*

Parmi les professionnels paramédicaux, le médecin pouvait orienter préférentiellement vers un professionnel de la même culture et parlant la même langue que le patient.

M1 « *Si il y a besoin d'un infirmier, d'un kiné nous avons aussi la chance d'avoir beaucoup de personnel qui soit d'origine maghrébine, dans le coin* »

Les acteurs sociaux, de par leur connaissance de terrain et de par leur accompagnement au plus près de la réalité des familles, étaient aussi aidants.

M3 « *à la maison de santé on a une médiatrice spécialement engagée pour ces populations là, c'est-à-dire qu'elle a l'avantage d'être francophone, arabophone , berbérophone (...) et des associations qui accompagnent les patients dans leurs consultations spécialisées pour aller sur les lieux de la consultation* »

M7 « *Après même sans médiateur, nous, on travaille avec pas mal d'acteurs du social donc ils sont là pour faire ce rôle de médiation.* »

2) Travail préparatoire avant la consultation

Dans le cadre des maisons de santé pluridisciplinaires, **la délégation de certaines tâches** permettait de préparer les consultations en amont. Par exemple, la formation des infirmières en pratique avancée permettait de diminuer le temps de consultation.

M3 « *d'abord on prépare, c'est préparé en amont, on a des réunions d'équipe une fois par mois pour ce genre de problème là* »

M3 « *Moi je prends plus les tensions, je ne prends plus le poids etc. c'est l'IPA qui le fait. L'IPA la voit 45 minutes tous les trois mois... euh ce qui fait que moi je la vois deux fois par an et je la garde une vingtaine de minutes avec l'équipe qui la suit, l'IPA et la médiatrice.* »

3) S'aider de l'entourage

Tous les médecins généralistes interrogés insistaient sur l'importance de l'accompagnement de l'entourage du patient, dans la plupart des cas, il s'agissait de la famille.

Les médecins étaient dépendants de l'entourage pour la compréhension et le bon suivi du diabète des patients. Des accompagnants étaient présents lors des rendez-vous des patients, aidaient à la traduction lors des consultations et veillaient à la coordination des soins.

M7 « *il y a souvent un des enfants qui est hyperprésent qui s'occupe de tout le suivi médical, des gens du coup c'est souvent eux qui nous aident à se comprendre et à assurer le suivi, sans eux ...* »

M6 « *Donc quand il n'y a pas de famille c'est compliqué aussi.* »

D. Une prise en charge sur le long terme

1) Un suivi régulier et progressif

Le diabète étant **une maladie chronique**, les médecins généralistes devaient voir régulièrement les patients allophones diabétiques de type deux. De plus, pour réussir à équilibrer le diabète des malades, ils rapportaient devoir s'investir sur plusieurs années. Ils devaient faire preuve de patience.

M8 « *en fonction de la gravité de la situation il y en a que je suis obligée de voir tous les mois, il y en a d'autres je les vois tous les 3 mois, ce qui sont bien dans leur prise en charge* »

M5 « J'estime en moyenne qu'il fallait 3 ans pour former un diabétique à une meilleure hygiène de vie (...) ça demande beaucoup de temps pour obtenir un résultat comme ça il faut 3 à 4 ans avant d'avoir une amélioration d'un diabète, il faut du temps, »

2) Gérer les complications de la maladie

Les médecins devaient soigner les patients à différents stades de la maladie avec une adaptation des thérapeutiques nécessitant d'adapter régulièrement le parcours de soins.

Les médecins devaient prendre le temps en veillant à la bonne tolérance et efficacité des traitements.

M7 « le diabète sous insuline nécessite vraiment de penser à un aménagement de la prise en charge, qui implique plein de monde. C'est très contraignant, c'est très compliqué d'ailleurs »

M5 « quand ils veulent pas d'insuline et qu'il n'y a pas de contre-indication, je les mets sous analogue de la GLP 1 , je les mets sous TRULICITY ou OZEMPIC ce qui fonctionne pas mal, et avec une incrémentation progressive, il faut pas les attaquer trop vite avec des fortes doses sinon ça ne marche pas bien, ils ont mal partout, mal au ventre ça peut mal se passer et il y en a un j'ai mis 2 ans à arriver à lui mettre de l'insuline »

3) Anticiper les ruptures de suivi

Tous les médecins disaient devoir anticiper **les interruptions de suivi** car beaucoup de patients allophones, particulièrement les patients diabétiques marocains vivaient entre la France et leur pays d'origine. Des interruptions mettant les médecins généralistes en difficulté, car responsables d'un manque de réalisation des examens biologiques, de

changements des habitudes alimentaires, de déséquilibres du diabète, et parfois d'un risque de changement des thérapeutiques dans le pays d'origine.

M3 « *et le suivi de ces populations-là pose essentiellement un problème dans la mesure où ils sont 3 mois par an en France et le reste du temps au Maroc. Si ils font qu'une hémoglobine glyquée par an, c'est parce qu'on a qu'une fois par an la possibilité de leur faire faire mais le reste du temps ils sont au Maroc et c'est difficile de les suivre* »

M8 « *Alors bien souvent on est obligé de rattraper le tir quand ils rentrent parce qu'ils sont partis un mois deux mois , ils ont vu la famille , ils ont fait les repas bien copieux et évidemment les chiffres s'en ressentent .* »

M3 « *parce qu'il y a beaucoup de médicaments présents en France qui ne sont pas présents au Maroc* »

III. LA COMMUNICATION : PILIER DE LA CONSULTATION MEDICALE

A. Être confronté à la barrière de la langue

1) Pallier la barrière de la langue

a) Communication non verbale

La plupart des médecins utilisaient **la communication non-verbale** pour communiquer avec notamment l'utilisation du langage corporel sans certitude d'être compris.

M1 « *J'utilise avec eux un langage corporel, un langage des signes, en parlant doucement, en montrant le médicament, la boîte, la posologie.* »

M2 « *donc je lui fais le geste prise de sang, prise de sang oui oui oui oui, bon d'accord oui oui mais ok.* »

Certains médecins s'appuyaient aussi sur **des images** pour se faire comprendre.

M5 « *Et donc je leur remettais du matériel pédagogique ce qui était pas mal fait, c'est qu' il y avait une pyramide avec des aliments. (...) Il n'y avait pas besoin de connaître la langue pour comprendre qu'il fallait manger moins de ça, ils comprenaient cette image là, ce symbolisme de l'alimentation à privilégier, celle dont il fallait se méfier. »*

Un travail était fait pour adapter les outils pédagogiques dans la langue maternelle du patient allophone.

M7 « *on avait adapté nos outils d'adaptation des doses en plusieurs langues dont l'arabe. Et puis il y avait carrément un carnet de glycémie en arabe, on avait fait toutes les langues pour le protocole d'adaptation. »*

b) S'aider de l'entourage tout en les préservant

Pour la majorité des médecins, les patients allophones venaient accompagnés en consultation par un membre de leur entourage qui parlait français.

M6 « *Les familles sont quand même assez motivées en fait, celles qui sont francophones pour traduire, elles sont plus investies elle-même que la personne diabétique qui sait pas parler la langue en fait je trouve. »*

M8 « *les non francophones que j'ai dans ma patientèle sont toujours accompagnés par quelqu'un qui parle français. »*

La plupart des médecins étaient dépendants de la traduction d'un accompagnant pour mener à bien la consultation médicale, néanmoins cette traduction soulevait certaines problématiques.

Les médecins devaient veiller à **protéger l'entourage** du patient. La situation où l'accompagnant du patient était mineur était inconfortable pour le médecin qui ne pouvait ni aborder certains thèmes ni donner certaines informations.

M2 « *c'était sa fille qui traduisait,(...) devait avoir 12, 13 ans donc c'est compliqué parce que on pose des questions. Donc c'est une situation qui n'est pas bonne non plus, là du coup je demande pas une traduction complète. »*

De plus l'un des médecins évoquait le poids que pouvait représenter ce rôle de traducteur sur l'entourage avec un risque de culpabilisation des aidants.

M2 « *Même si leurs parents sont malades, bah ils peuvent se dire, bah c'est parce que moi j'ai mal traduit, j'ai mal dit ... »*

c) Interprétariat professionnel

La plupart des médecins évoquaient la possibilité de faire appel à des interprètes professionnels, mais seulement deux d'entre eux avaient déjà eu recours à ces services. En maison de santé pluridisciplinaire et en centre de santé solidaire, la mise en place de ces services nécessitait de s'organiser en amont de la consultation.

M6 « *Quand il y en avait qui ne parlait pas du tout français c'était soit un interprète qu'on faisait intervenir en personne grâce au réseau Santé Solidarité Lille métropole de la MEL donc là ça s'anticipe on envoie des mails.*

L'un des freins à l'utilisation de l'interprétariat professionnel pouvait être le manque de connaissance des démarches à réaliser pour accéder à ces services.

M1 « *moi dans mon cabinet je ne connais pas d'organisation qu'on pourrait appeler qui pourrait faire traducteur par téléphone quoi. Fin je sais pas tu en connais-tu ou quoi ?* »

Ces services n'étaient pas accessibles à tous en raison du coût financier.

M6 « *mais il faut avoir des partenariats avec des interprètes des choses qui coûtent quand même très chères si on veut que ce soit pas la famille qui fasse l'interprète.* »

d) Limites de la traduction par une tierce personne

Les médecins généralistes n'avaient pas une totale confiance dans l'information transmise par un intermédiaire, professionnel ou non. La traduction comportait d'après les médecins interrogés un risque d'avoir **un biais d'interprétation**. L'information pouvait être modifiée ou tronquée.

M6 « *mais j'ai déjà eu l'impression que même les interprètes professionnels avaient un énorme biais d'interprétation, ne traduisaient que 3 mots sur 3 phrases (...)*
Après pour la famille bah tu es obligé de faire avec et oui il y a une interprétation parce que la personne elle dit ce qu'elle a envie de te dire »

Les médecins s'interrogeaient sur la place du respect des droits des patients dans ce contexte avec notamment la difficulté de respecter le **secret médical**.

M2 « *une fois par an avec un traducteur qui serait peut-être en téléconsultation éventuellement mais bon ça pose le problème du secret médical des choses comme ça* »

M7 « *je me dis, donner des infos sensibles sur des sujets voilà... À des gens qui ont un lien d'intérêt c'est délicat.* »

e) Utilisation de l'Anglais

Les médecins qui avaient des compétences en anglais étaient avantagés dans la communication avec des patients allophones originaires de nombreux pays.

M5 « *ce qui était dur aussi c'est que j'ai eu des Mongols qui parlaient que le Mongol là c'était, là je comprends rien du tout et eux par contre ils avaient des notions d'anglais donc on s'en tirait en anglais* »

M6 « *on essaye de ... bah je parle bien anglais donc en général ils s'adaptent que ce soit les chinois, les indiens etc. , ils sont plutôt sur la langue anglaise.* »

La plupart des médecins déploraient le **manque de formation en langues**, particulièrement l'anglais dans les études médicales.

M1 « Ah là je culpabilise (...) moi médecin je devrais savoir parler anglais or malheureusement je n'ai pas eu, j'ai eu que deux ans d'anglais quand j'étais à l'école du coup ...j'ai fait des cours supplémentaires mais je n'ai pas eu un bain de langage en anglais suffisamment intense pour que je puisse parler couramment. »

M2 « la formation des médecins aux langues, parce que rien que l'anglais il y en a assez peu qui parlent anglais alors qu'on est sur des niveaux d'études supérieurs quoi donc ça manque »

Pour maîtriser une langue étrangère, les médecins devaient de leur propre initiative s'auto-former sur leur temps libre. Ceci représentait un investissement personnel de temps et financier. Ils avaient par ailleurs entretenu et développé ces compétences en langues au contact des patients.

M5 « Allemand première langue, Russe deuxième langue et Anglais j'ai appris par moi-même avec des méthodes style Duolingo.(...) j'ai refait 2 stages de langues là-bas, 2 stages intensifs au moins pour maîtriser le Russe médical. Au fil des années ... eux m'ont aidé à améliorer mon niveau aussi.»

f) Traduction en ligne

Lorsque les patients et leurs accompagnants ne parlaient ni français ni une autre langue commune avec le médecin généraliste, les médecins utilisaient des sites de traduction en ligne en dernier recours.

M4 « *soit on communique via translate, Google translate...* »

M5 « *on a des outils de plus en plus merveilleux avec beaucoup d'erreurs surtout en russe, il y a beaucoup de contresens, des fois avec les patients on éclatait de rire quand on voulait traduire.* »

M6 « *franchement google traduction. Tu sais, en dictaphone pour simplifier un peu les choses* »

B. Les conséquences de la barrière linguistique sur les consultations de médecine générale

1) Être limité dans les interactions avec les patients allophones

La plupart des médecins généralistes rapportaient que la barrière linguistique ne permettait pas d'aller en profondeur dans les échanges avec les patients, entraînant un sentiment de frustration. La priorité était de comprendre le motif de consultation du patient et de répondre à ce dernier.

M6 « *il y a moins d'échanges hors médical, tu es moins, il y a moins de choses amicales ou empathiques, tu es vraiment dans la rentabilité de ta consultation pour essayer de comprendre sa plainte* »

Dans ce contexte, les médecins exprimaient le fait de **ne pas bien connaître leurs patients**. Il était plus difficile de connaître les antécédents des patients par exemple.

M2 « *moi quand je l'ai connue elle venait de faire un AVC et donc du coup j'ai du mal à savoir si elle a des séquelles de son AVC ou si elle a toujours été comme ça.* »

Ils témoignaient du sentiment de perte d'une partie du **côté humain du métier** de médecin généraliste.

M1 « *tu fais même, je dirai pas, je n'oserai pas jusqu'à dire un examen vétérinaire mais c'est vrai tu fais un examen, tu te bases sur l'inspection, la palpation tout ça mais sur l'entretien, les questions à poser il y a un déficit. »*

M2 « *C'est un peu, voilà enfin on traite pas les patients comme des animaux évidemment. Mais dans le sens où il n'y a pas de retour et puis c'est compliqué »*

M5 « *Là c'est vraiment, c'était de l'art vétérinaire c'était compliqué. »*

2) Compréhension médecin-patient

Les médecins exprimaient le fait de douter de la compréhension des patients à l'issue de la consultation. Ils n'étaient pas totalement satisfaits en fin de consultation.

M6 « *Tu n'arrives pas à sortir satisfait parce que tu ne sais pas si la personne a bien compris ou pas surtout quand il y a un partage de langues que t'as pas , tu as toujours un doute ou des fois tu as l'impression qu'ils disent oui et tu sais pas trop . »*

M7 « *Donc c'est vrai que des fois tu sors des consultations et tu te dis mais ... qu'est ce qui va ressortir de ça et des fois même on fait pas pire que mieux . »*

3) Manque d'information

Les limites de l'interrogatoire en raison de la barrière linguistique étaient responsables d'un **manque de précision** dans le diagnostic avec pour pallier ce phénomène le recours à **plus**

d'examens complémentaires probablement non nécessaires. En effet la peur de passer à côté d'un diagnostic grave était présente chez plusieurs médecins.

M7 « *on va peut-être aller plus facilement aux examens complémentaires par crainte de passer à côté de quelque chose, c'est vrai. Des douleurs un peu diffuses, chroniques on arrive pas trop à expliquer, un examen un peu pauvre. Comme l'interrogatoire ne peut pas être aussi précis, pertinent on va dire bah on va faire l'échographie, le scanner pour être sûr quoi.* »

M5 « *Alors je leur faisais des examens, des prises de sang pour pas que je passe à côté de quelque chose parce que c'est pas avec la discussion que je pouvais faire des précisions.* »

IV. IMPACT DE LA BARRIERE CULTURELLE SUR LA COMPREHENSION MALADE-MEDECIN

A. Un frein à la compréhension entre malade et médecin

1) Les représentations de la maladie

La plupart des médecins rapportaient que **la barrière culturelle** était plus difficile à dépasser que la barrière linguistique.

M1 « *Ce qui est compliqué pour les gens qui ne parlent pas la langue française, c'est qu'il n'y a pas que la langue, il y a le vécu, le vécu culturel, l'image de la maladie* »

M5 « *Il y a un problème de communication qui est évident mais qui n'est pas forcément un problème linguistique (...) la grande barrière c'est les croyances, la langue ma foi, bah non puisqu'il peut y avoir un conjoint et c'est pas le fait de dépasser la langue qui va permettre de faire avancer les choses* »

Les médecins constataient que les représentations de la maladie étaient **un frein à l'autonomisation des patients**. Pour certains patients, le diabète n'était pas une maladie sur laquelle ils pouvait agir indépendamment du traitement médicamenteux.

M1 « *des gens qui pour des considérations peut être religieuses possibles, qu'il y a une espèce de fatalisme c'est comme quelqu'un qui pourra vous dire, bah c'est dieu qui m'a fait, c'est tombé sur moi peut-être Inchallah, ça va aller mieux* »

M5 « *C'est pas vécu au Maroc comme étant une maladie de civilisation donc donc euh... les personnes voient plus ça comme, comme comment dire-ai-je, le sort qui a réservé(...) voir une approche de la maladie qui est quelque chose qui est de divin* »

M1 « *Après au niveau des médicaments c'est pareil, il y a des fois un côté magique* »

Certains patients ne voyaient pas le diabète comme une maladie chronique. Le médecin généraliste devait faire un **travail de pédagogie**.

M5 « *ils croient qu'on peut la guérir, non, on ne guérit pas du diabète et c'est pour ça qu'il faut être attentif toute sa vie* »

2) Avoir des notions sur la culture du patient

Le médecin traitant devait **s'éduquer sur la culture** de ces patients pour avoir une bonne prise en charge. Sans connaissance des habitudes de vie, ils ne pouvaient pas bien soigner les patients.

M6 « *Il est quand même moins bon parce que je pense qu'on maîtrise pas forcément leurs habitudes et leur culture donc on arrive pas à adapter les mesures hygiéno-diététiques aussi facilement »*

M7 « *on passera pas le temps qu'il faut pour savoir ce qu'ils mangent (...) j'ai l'impression qu'on néglige un peu cet aspect. L'alimentation dans le cadre d'un diabète de type 2, de quelqu'un d'étranger c'est quand même hyper important, c'est un facteur donc si on l'aborde pas on passe en partie à côté du truc »*

En effet, les messages de prévention adressés à la population française n'avaient pas de sens dans le mode de vie de certains patients allophones.

M1 « *quand tu vas parler des règles hygiéno-diététiques avec par exemple une maghrébine, tu lui dis « tu dois aller à la piscine deux trois fois par semaine », ils n'ont pas la même notion d'aller à la piscine qu'une dame qui serait d'origine française quoi »*

M1 « *tu vas dire, il faut modérer les apports en boisson genre type bière. Si tu dis, le même discours à Marrakech ou à Agadir, il marche pas parce que ils ont pas la notion de consommation abusive de bière. »*

Les médecins généralistes témoignaient de l'envie de s'adapter aux habitudes de vie des patients, lorsque c'était possible dans le cadre du respect de leur culture .

M1 « *il faut savoir voir au niveau de leur rythme de vie, de leurs valeurs ce qui est possible à faire au niveau de l'activité physique. »*

M6 « *C'est important de connaître un peu cette culture-là, essayer de trouver des petits chemins de traverse pour quand même que le diabète soit compatible avec leur culture. »*

B. Freins à la modification du mode de vie

1) La dimension culturelle de l'alimentation

Les médecins généralistes étaient confrontées à des habitudes alimentaires liées à la culture des patients. Cette alimentation faisait partie de **l'identité culturelle** des patients donc difficile à aborder et à modifier. Dans plusieurs cultures, l'alimentation riche en graisse et en sucre n'était pas compatible avec un diabète équilibré.

M5 « *J'ai déjà été en visite à domicile (...) Il y avait une table pantagruélique , alors qu'il n'y avait pas de fête. Il y avait plein de sucre, plein de gras. Il y avait des charcuteries, il y avait beaucoup de fruits secs , c'est dans leur culture , beaucoup de mélange graisse-sucre »*

De plus, les médecins constataient **la dimension sociale de l'alimentation** traditionnellement liée à l'hospitalité.

M1« *Il y a beaucoup de thé, ça accompagne tous les repas du matin, du midi, du soir. À chaque fois qu'on veut accueillir quelqu'un, on fait du thé »*

Les repas étaient un moment de partage en famille, ces moments avaient **une dimension communautaire**. Il était d'autant plus difficile dans ce contexte familial pour le patient diabétique d'avoir son propre régime.

M5 « *Ils mangeaient le soir tous ensemble et c'était le repas convivial de la journée et des fois ils sautent même le repas de midi donc ils ont faim le soir. »*

M6 « ils ont une vie intrafamiliale, ils ont des repas très familiaux donc c'est difficile de faire une part pour toi, une part pour les autres »

Les habitudes alimentaires devaient aussi être analysées dans le contexte de la vie quotidienne des patients. Plusieurs médecins généralistes rapportaient que certains patients allophones travaillaient dans des secteurs ne permettant pas d'avoir une alimentation équilibrée. Comme ils sautaient des repas, faute de temps, ils compensaient lors du repas du soir.

M5 «ils disent le midi on a pas le temps, on travaille, on part avec un petit sandwich, des fois on a même rien »

2) Le rapport au corps

Les médecins généralistes pouvaient faire face à des représentations du poids et de la santé qui complexifiaient la prise en charge du diabète. Il fallait déconstruire l'idée que le surpoids étaient synonyme de bonne santé dans certaines cultures.

M4 « ils sont toujours en train de se peser, donc ils ont quand même ce soucis là mais ils font, le poids c'est important pour eux »

M5 « les cultures du Caucase Arménien , géorgien je trouve que ... ils n'aiment pas les bébés maigres... Moi j'ai des dames qui consultaient pour des filles qui avaient un morphotype normal, qu'elles trouvaient pas assez grosses »

3) Lutter contre la sédentarité

Les médecins généralistes étaient très en difficulté pour faire adhérer les patients diabétiques allophones à une activité physique quotidienne. La marche à pied n'était pas privilégiée dans certaines communautés car la voiture était un marqueur d'ascension sociale.

M3 « *pour les marocains on peut revenir sur quelque chose d'assez caricatural comme ça, celui qui n'a pas sa Mercedes bah c'est quelqu'un qui n'a pas réussi dans sa vie donc... il faut le montrer quoi. Donc pour le moindre déplacement on prend la voiture* »

Pour d'autres patients ce sont **les comorbidités** qui étaient un frein à la marche à pied. Un cercle vicieux s'installait, le médecin devait prendre en charge progressivement les pathologies responsables d'une incapacité à l'activité physique pour lutter contre la sédentarité.

M5 « *parce que ce sont des grands sédentaires. Ils prennent leur voiture pour faire 400 m pour aller acheter leurs clopes, moi ça je le sais et pourquoi ça parce qu'ils sont obèses, ils ont du mal à marcher, ils ont mal aux genoux, ils ont mal aux articulations parce qu'ils sont en surpoids.* »

4) Pratiques religieuses

Les médecins devaient inclure les pratiques religieuses dans la prise en charge des patients diabétiques allophones. La communication à propos de la religion n'était pas facile car ils entraient dans **l'intimité** des patients. Néanmoins, il fallait aborder le sujet pour prévenir certaines pratiques religieuses comportant des risques de complications du diabète graves.

M7 « *un truc par rapport au ramadan parce que c'est quand même une situation particulière dans la gestion du diabète. Et si on en parle pas spontanément, les gens ne vont pas trop en parler en fait. »*

La période du ramadan était une période stressante pour les médecins généralistes qui avaient dans leur patientèle une forte communauté musulmane. Les risques de complications étaient omniprésents pendant cette période.

M6 « *les médicaments tel que la metformine par exemple s'ils sont en pleine période de chaleur, s'ils sont déshydratés, il y a un gros risque rénal pour les patients qui sont sous traitement (...) il y a toujours le risque d'hypoglycémie, coma et vitaux.* »

M8 « *oui effectivement j'ai eu des patients qui ont failli être hospitalisés parce que déshydratés.* »

De plus, ces médecins généralistes avaient plus de difficultés à être écoutés lorsque le message de prévention concernait la religion. Le dialogue pouvait être rompu avec une alliance thérapeutique en péril.

M8 « *certaines personnes musulmanes se sont endurcies sur le plan comportemental par rapport au ramadan et c'est devenu avec certaines personnes, difficile d'expliquer le bien fondé sur la façon de s'alimenter, sur la façon d'avoir de l'activité physique sur la façon de prendre les médicaments pendant le ramadan* »

M6 « *C'est difficile, je pense qu'ils sont quand même très ancrés dedans et le diabète devient secondaire.* »

La plupart des médecins généralistes ayant dans leurs patientèles des patients diabétiques musulmans rapportaient la complexité de leur travail pendant le ramadan. Ils devaient s'informer sur ces pratiques religieuses. Devant ce phénomène, ils essayaient de faire comprendre au patient qu'il existait des alternatives compatibles avec leur pratique religieuse.

M6 « *ils doivent pas oublier que dans le Coran, ce qui est indiqué c'est que tu dois pas mettre en péril ta santé... il y a d'autres pratiques que le jeun pour faire le ramadan et donc même s'ils ne vivent pas le jeun comme les autres, ils ont d'autres actions à faire pour quand même vivre le ramadan et être en famille.* »

M7 « *... à Bobigny, c'est en Seine Saint Denis, donc ils ont énormément de gens diabétiques étrangers et donc ils font de l'éducation thérapeutique un peu axée sur ces problématiques spécifiques donc la diététicienne elle est bien au fait, elle a un message adapté, ils ont un ETP diabète et ramadan.* »

5) Le contexte économique

L'expérience des médecins interrogés montraient que la plupart de leurs patients allophones étaient précaires économiquement. Dans ce contexte l'accès à une alimentation équilibrée était plus difficile, tout comme l'accès à une activité physique qui n'était pas prioritaire pour eux.

Le parcours de migration de certains de ces patients expliquait également le changement des habitudes alimentaires.

M3 « *ils arrivent dans les quartiers défavorisés où les gens mangent mal, donc leurs habitudes alimentaires se dégradent au fur et à mesure qu'ils restent en France* »

M1 « *ça te laisse pas toujours le temps d'avoir une activité individuelle physique qui pourrait faire du bien pour ton diabète, »*

V. UNE RELATION MALADE MEDECIN BOULEVERSEE

A. Le médecin généraliste : un être en mission

1) Un rapport paternaliste

Le médecin généraliste était **un sachant**, il existait souvent un déséquilibre de la relation malade-médecin avec **un rapport paternaliste** du médecin au début de la prise en charge des patients allophones.

M1 « *Je lui ai expliqué qu'il faut favoriser la marche, il faudrait faire attention aux règles hygiéno-diététiques par rapport aux repas, ce qu'il faut consommer et tout ça »*

M5 « *Vraiment une entrée en communication, c'est-à-dire que tout ce que je disais était pain béni, c'est-à-dire qu'ils comprenaient ce que je disais , je comprenais ce dont ils se plaignaient »*

2) Un rôle de pédagogie

L'éducation thérapeutique était un moyen pour rééquilibrer la relation malade-médecin, à partir de la compréhension du diabète, les médecins espéraient que les patients deviennent **autonomes** dans la gestion de la maladie.

M5 « *Déjà c'est très pédagogique le glucomètre, ça leur permet de voir quand ils mangent ça , ils montent ... à 3g , s'ils mangent ça , ils montent à 1g50. Donc en post prandial, donc ils font très vite la relation de ce qu'il faut manger moins, de ce qu'il faut manger plus. »*

Par ailleurs, ce rôle de pédagogie et de prévention **donnait du sens** à leur profession de médecin généraliste.

M2« ... j'aime bien impliquer les patients qu'ils comprennent ce qu'on fait, pourquoi ils le font »

Lorsque l'éducation thérapeutique avec le patient était impossible, le médecin généraliste pouvait se retrouver dans **un rôle de « médecin prescripteur »** avec un sentiment de dévalorisation et de perte de sens du métier de médecin.

M2 « Alors de mon expérience les deux patients que j'ai, ils veulent leur traitement, (...)Ils viennent parce qu'il n'y a plus de médicament donc là-dessus pas de soucis »

M2 « Et puis elle me sort ses petits cartons de découpés des médicaments qu'elle a donc Kardegic, en disant qu'il faut ça qu'il faut ça donc je lui donne tous les trois mois »

3) Créer une alliance thérapeutique

A partir de la communication et de l'éducation thérapeutique se créait une relation de confiance permettant une bonne alliance thérapeutique et un consentement éclairé du patient aux soins.

M4 « Mais sinon oui, il faut bien leur expliquer le laboratoire, et puis ils le font généralement , oui ils sont soucieux de leur santé. »

M5 « Quand il a commencé à comprendre que c'était bien de marcher et quand il a commencé à comprendre que c'était bien d'accepter l'idée de marcher et d'augmenter un petit peu , il s'est senti mieux et j'ai pu arrêter quasiment presque tout son traitement. »

M6 « *Après moi mes patients russophones ils sont assez investis dans leur diabète et avec des très bons résultats cette année. »*

4) Soigner tous les patients de manière équitable

Sur le plan éthique, les médecins faisaient leur possible pour traiter les patients allophones sans discrimination conformément au serment d'Hippocrate. Le médecin souhaitait appliquer le même protocole de soin que pour les patients francophones.

M1 « *On propose la même chose... bilan sanguin tous les 3 mois, on essaie de leur demander d'aller voir l'ophtalmo une fois par an, cardio etc., microalbuminurie une fois par an, c'est pareil. Il n'y a pas de raison de faire différemment. »*

M6 « *Le même (suivi) que les patients francophones, je fais pas de différence, je fais vraiment pas de différence. »*

B. Le médecin généraliste : un être humain avant tout

1) L'importance de se sentir utile

La plupart des médecins généralistes étaient en accord avec le fait de beaucoup s'investir pour leurs patients allophones, d'autant plus s'ils arrivaient à leur apporter un bénéfice. Le fait de pouvoir aider des patients, pour lesquels l'accès aux soins était difficile, était satisfaisant pour eux.

M5 « *J'avais une patientèle particulière et intéressante d'ailleurs parce qu'il y avait du boulot à faire c'était intéressant, on se bat pas pour rien. »*

M6 « *ce côté-là c'est plaisant parce que tu te dis que tu es quand même d'une certaine aide c'est important* »

M5 « *. Je suis assez honorée que notre pays aide ces populations défavorisées à trouver des traitements de qualité* »

Plusieurs médecins exprimaient que les patients allophones étaient reconnaissants d'être suivis par eux, ce qui donnait du sens à leur prise en charge.

M4 « *après je sais pas si c'est culturel comme il y a beaucoup d'arméniens et ils vont être reconnaissant du temps que tu passes , que tu sois à l'écoute avec eux , ils offrent beaucoup de chocolats. »*

M5 « *j'étais le docteur providentiel dans leur vie difficile de migrants. Donc les relations étaient excellentes, excellentes même au-delà de ce qu'on peut nouer comme relations avec des patients qui parlent votre langue. »*

En revanche dans certaines situations, les médecins n'arrivaient pas à bien prendre en charge leur patient. Ils exprimaient un sentiment de doute et devaient régulièrement **se remettre en question**.

M2 « *avec elle j'ai pas l'impression de faire du bon travail. Ça c'est sûr, donc qualité, qualité médiocre. »*

M7 « *on manque de temps et que voilà donc cette situation-là m'avait beaucoup marquée parce que je me suis dit c'est pas possible, parce que là je peux pas prendre en charge un patient et avoir l'impression d'avoir négligé comme ça.*

2) Un besoin de valorisation

Plusieurs médecins évoquaient le poids financier des consultations avec les patients allophones. En effet, en médecine ambulatoire, les médecins étaient rémunérés en fonction du nombre de consultations réalisées. Les consultations avec les patients allophones étaient chronophages sans compensation financière sur le montant de la consultation.

M7 « L'avantage de ce genre de centre de santé c'est que tu es salarié et tu comptes pas en temps. »

M4 « de toute façon, ça reste une consultation qui n'est pas valorisée, même si tu mets une demi- heure, tu peux pas valoriser ça (...) que ce soit revalorisé quoi, parce nous on perd quand même aussi »

3) Les limites du médecin généraliste

a) Faire face à des émotions négatives

La plupart des médecins généralistes exprimaient un sentiment de **découragement** concernant certains patients allophones. Ils pouvaient avoir l'impression que le patient ne s'investissait pas dans la prise en charge. Dans ces cas-là, ils pouvaient se démobiliser temporairement.

M8 « bon il y a toujours aussi des inconscients mais bon ça on peut faire n'importe quoi, ça ira toujours de mal en pis mais voilà. »

M6 « Quand les gens n'y mettent pas du leur, ça me frustre et ça m'agace, parce que tu es tenue d'un timing quand même »

M2 « Ça fait deux fois que je dois faire un mot pour qu'elles aillent voir le cardiologue et qu'elles n'y vont pas par exemple. C'est vrai que j'ai abandonné l'idée de l'envoyer chez le podologue elle. »

Les sentiments de **découragement et d'impuissance** laissaient parfois place à de la **colère**. Le médecin généraliste pouvait se retrouver dans une impasse avec certains patients allophones. Le médecin pouvait présenter une **anxiété anticipatoire** avant de recevoir certains patients.

M2 « Les filles sont pas là donc du coup moi je mets à chaque fois des mots, fin j'en mets plus maintenant parce que j'en ai marre (...) J'ai vu son nom dans l'agenda et j'ai pas vu son nom passer dans les résultats bio donc je me suis dit bon ...donc j'étais déjà énervé »

M2 « Donc ça c'était la dernière consultation mais même la consultation d'avant, j'étais très en retard, et je crois que j'ai même un peu profité de la situation, donc du coup elle a duré 5 minutes la consultation. »

b) Un être imparfait

Certains médecins avaient conscience d'avoir parfois une communication pouvant être violente pour les patients. Ils devaient contrôler leurs émotions pour **rester professionnel**.

M7 « Je pense qu'il y a des situations dramatiques à l'hôpital où les patients allophones on s'intéresse pas à eux, on parle à la personne à côté. »

M1 « C'est très difficile parce que il faut un peu maîtriser son contre-transfert, parce que parfois quand ton malade ne comprend pas ce que tu dis, euh tu peux t'emporter tu peux te mettre à crier alors qu'il n'y a pas besoin de crier, ça sert à rien, il ne va pas comprendre. »

c) Avoir des préjugés

Il arrivait que le médecin généraliste se sente mal à l'aise face à la culture du patient. Il devait mettre ses convictions de côté pour prendre en charge au mieux les patients.

M3 « Elle est admise dans les familles, elle est voilée, pour nous ça été un petit peu difficile, ça été un peu difficile à admettre, mais si on voulait avoir une médiatrice qui rentre dans les familles euh... il fallait que sa présentation plaise aux familles. »

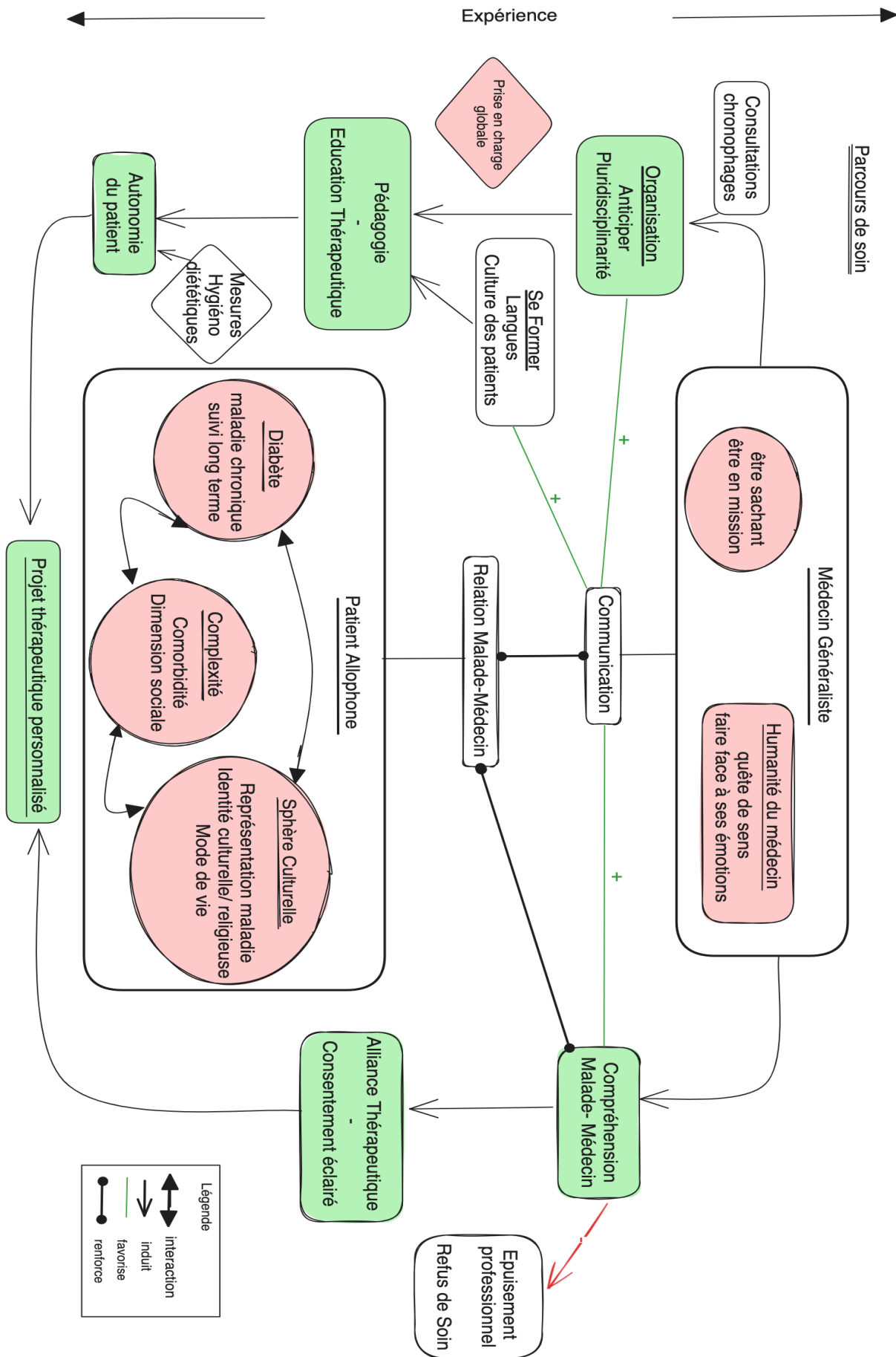
d) Épuisement professionnel

Les médecins généralistes interrogés rapportaient avoir beaucoup de responsabilités dans leur métier avec un investissement important. La prise en charge des patients allophones était particulièrement fatigante pour eux car ils étaient sursollicités. En plus du dépassement de tâches dans ces situations il devait beaucoup se répéter.

M6 « Mais si tu le vois pas, tu vas pas rappeler à chaque fois le patient pour demander est-ce que vous avez bien eu votre rendez-vous , machin, j'ai pas le temps de faire ça. »

M5 « Mais bon ça a quand même fini par avoir raison de moi parce que j'en ai eu marre à la fin, j'ai arrêté mon activité avant l'heure et là je suis médecin du travail maintenant, je suis en train de me former pour être médecin du travail. »

VI. Modèle explicatif



DISCUSSION

I. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

A. Limites de l'étude

1) Environnement des entretiens

Le choix des lieux d'entretiens avait été laissé aux interlocuteurs et l'un d'entre eux n'était pas adapté à la réalisation optimale des entretiens. En effet, l'entretien réalisé dans un café sur la pause de midi du médecin était court, d'environ dix-huit minutes. Certains thèmes auraient été mieux développés dans un lieu plus adapté et sans contrainte de temps.

2) Répartition géographique des participants

Seuls des médecins généralistes installés en zone urbaine dans les Hauts-de-France avaient accepté de participer à l'étude. Les médecins installés en zone rurale peuvent présenter d'autres problématiques notamment sur l'accès aux autres spécialités.

3) Biais de diversité

L'un des entretiens a permis d'obtenir deux autres entretiens par effet « boule de neige », potentiellement responsable d'un biais de diversité dans le recrutement.

B. Forces de l'étude

1) Originalité de l'étude

Il s'agit à notre connaissance de la première étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes sur leur expérience dans la prise en charge du diabète des patients allophones. De précédentes études se sont intéressées à la barrière de la langue en médecine générale (11)(12)(13) ou aux urgences (14), sans cibler le diabète. D'autres études se sont orientées sur la place de l'interprétariat professionnel (15)(16).

2) Méthode de recrutement de l'échantillon

Le recrutement par échantillonnage raisonné théorique a permis de refléter une diversité d'expériences. La parité était respectée et différentes tranches d'âges représentées. De plus il y avait des lieux d'exercice de la médecine générales variés : cabinet seul, cabinet de groupe, maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé solidaire.

3) Entretiens compréhensifs

La réalisation d'entretiens compréhensifs semi-dirigés laissait place à l'expression des sentiments des participants. Un entretien test avait été réalisé. Le guide d'entretien élaboré avant les interviews était évolutif et enrichi au fur et à mesure des retranscriptions.

4) Triangulation des données

L'ensemble des données a été triangulée avec un autre médecin spécialiste en médecine générale.

5) COREQ

Un total de 30 critères sur 32 de la COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) a été respecté (**annexe 6**).

II. DISCUSSION AUTOUR DES PRINCIPAUX RESULTATS

A. La place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge du diabète de type deux

1) Le point de repère du patient

D'après la littérature, le médecin généraliste prend en charge 87% des patients diabétiques sans avoir recours au spécialiste (3). Dans certaines situations où le diabète est grave et difficile à équilibrer, il est légitime d'orienter le patient vers un diabétologue.

Néanmoins, il existe des freins à l'orientation des patients vers des consultations spécialisées ou vers des hospitalisations en diabétologie comme l'offre de soins insuffisante sur les différents territoires et le niveau social du patient (17). La densité d'actifs réguliers en endocrinologie-diabétologie est de 3,3 pour 100 000 habitants en janvier 2023 dans le Nord d'après le Conseil National de l'ordre des médecins (18).

Dans notre étude, les médecins étaient confrontés à des délais de consultations vers les autres spécialités de plus en plus longs. Sauf urgence, ils s'occupaient de la majorité des patients diabétiques allophones sans support d'un diabétologue. De plus, il était parfois difficile pour certains patients allophones de se rendre aux rendez-vous chez un autre médecin. La présente étude montre que parfois les patients manquent leurs rendez-vous à cause d'une mauvaise compréhension des consignes.

2) Un rôle de coordinateur

Dans la littérature, le médecin généraliste est décrit comme faisant l'interface entre professions médicales, paramédicales et médico-sociales (17). Le médecin généraliste assure le suivi régulier du patient diabétique. Dans la situation du patient allophone, il est plus difficile d'arriver à une autonomisation du patient. Le médecin doit donc avoir un lien avec la famille, pour favoriser la communication mais également la continuité des soins car

souvent, les patients allophones sont accompagnés par un membre de leur entourage en consultation. Cet accompagnement favorise l'observance thérapeutique et la continuité des soins (17)(19).

Si les médecins ont besoin de l'entourage du patient comme d'un allié, cette configuration est une charge mentale supplémentaire pour un médecin généraliste sursollicité. En plus du patient, il doit informer l'entourage dont il est l'interlocuteur privilégié.

La prévention des complications du diabète impose un suivi spécialisé conjointement aux consultations en médecine générale. Le médecin généraliste doit faire la synthèse des différents contrôles spécialisés particulièrement cardiologique, ophtalmologique, néphrologique.

Les médecins interrogés dans notre étude faisaient plus souvent appel à des infirmières libérales pour les patients allophones pour s'assurer de la bonne observance des traitements en particulier lorsque le diabète était déséquilibré avec nécessité d'introduire une insulinothérapie.

3) Une charge de travail décuplée non valorisée

De précédents travaux de thèse ont montré que les consultations avec les patients allophones étaient chronophages (20)(11). Cet investissement de temps se confirme dans notre étude, d'autant plus que le diabète de type deux demande une enquête fine du mode de vie des patients. Les barrières linguistiques et culturelles imposaient de prendre le temps dans des journées de consultations déjà chargées.

Le dépassement de tâche était fréquent, beaucoup de médecins prenaient les rendez-vous spécialisés à la place des patients sur leur temps de travail, pour éviter les ruptures de suivi. Les médecins rapportaient devoir aussi s'impliquer dans des prises en charge sociales. Les médecins estimaient que ces prises en charge globales faisaient partie de leur mission de

généraliste tout en étant conscient du manque de valorisation financière de ces consultations.

4) Un risque d'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel est un syndrome psychologique se produisant en réponse à des facteurs de stress interpersonnels dans le travail associant trois dimensions. Un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et un accomplissement personnel réduit. Ce phénomène a été étudié chez les médecins généralistes (21). Ces études révèlent que les médecins généralistes sont particulièrement à risque car ils exercent un métier avec une charge de travail importante avec des tâches administratives qui augmentent. La crainte de l'erreur médicale et les écarts entre les normes de pratique et la réalité du métier étaient également sources de stress.

Dans notre étude, la plupart des médecins témoignaient de ce stress au quotidien d'autant plus dans la prise en charge des patients diabétiques allophones puisque complexe et chronophage. Il existait une perte de sens du métier lorsque le dialogue n'était pas possible avec le patient. Ils minimisaient le risque d'erreur médicale par la prescription d'examens complémentaires parfois inutiles responsables d'une augmentation des dépenses de santé.

B. La singularité de la prise en charge du patient allophone diabétique de type deux

1) Accès aux soins

En France, il existe plusieurs dispositifs permettant l'accès aux soins des personnes migrantes dont certaines sont allophones : la Protection Universelle Maladie (PUMa) pour les personnes exerçant une activité professionnelle ou résidant en France de façon stable et régulière, l'Aide Médicale de l'État (AME) pour les patients étrangers en situation

irrégulière résidant depuis trois mois en France. L'AME est actuellement au cœur de débats politiques puisqu'elle a été supprimée par la majorité sénatoriale au profit d'une Aide médicale d'urgence dans le cadre de la loi immigration de 2023 puis rétablie par la commission des lois le 29 novembre 2023 (22)(23).

Malgré ces dispositifs, l'accès aux soins des patients migrants et allophones est plus difficile (24)(25). Le contexte de précarité des patients fait que leur santé n'est pas prioritaire à côté d'autres besoins fondamentaux comme le fait de se nourrir, se loger, se vêtir (26). De plus le patient en situation irrégulière évite tout déplacement par peur des contrôles de police (27).

Dans notre étude, effectivement, l'accès aux soins des patients allophones était plus difficile. Dans de nombreux cas, les médecins généralistes voyaient ces patients lorsque que la maladie était symptomatique avec plus ou moins de complications.

2) Une surexposition au diabète de la population allophone

Les recommandations sur la prise en charge du diabète suggèrent de réaliser un dépistage ciblé opportuniste chez les patients de plus de quarante-cinq ans migrants ou d'origine non caucasienne car ils sont exposés à un risque plus élevé de développer la maladie (1)(28). Plusieurs études épidémiologiques ont montré que la prévalence du diabète était plus élevée dans certaines minorités ethniques malgré une exposition au même environnement que la population caucasienne. L'étude américaine *Ethnicity and type 2 diabetes* démontre ceci dans la population indienne asiatique (8).

Les patients diabétiques allophones sont une population vulnérabilisée par leur parcours de migration, par la mauvaise maîtrise de la langue française et par des conditions économiques et sociales souvent défavorables (29)(30)(31). C'est une patientèle qui demande une attention particulière car beaucoup de patients allophones sont précaires, or le diabète est plus grave chez ces patients avec plus de difficultés dans le suivi (32)(33)(34).

Les patients diabétiques allophones présentaient également plus de comorbidités que les patients francophones (27)(35). L'expérience des médecins interrogés pour notre étude confirme ces données de la littérature. Certains patients allophones présentaient du diabète plus précocement et avec plus de complications.

3) La barrière linguistique a des répercussions sur la qualité des soins

Plusieurs rapports ont démontré que la barrière linguistique avait un impact sur la qualité des soins avec un risque d'erreurs médicales majoré dans la population allophone (10)(36). Dans notre étude, les médecins généralistes ne pouvaient pas mener un interrogatoire précis avec leurs patients allophones. En conséquence, ils ne connaissaient pas bien leurs patients. Il y avait notamment un manque de connaissance sur leur état de santé initial et leur mode de vie. Le socle de la prise en charge du diabète de type deux est la modification du mode de vie du patient, sur le plan de l'alimentation et de l'activité physique (37)(38). C'est ce volet qui pose le plus de difficultés aux médecins généralistes dans la prise en charge des patients diabétiques de manière générale (3).

Sans connaissance des habitudes alimentaires des patients et de leur mode de vie, la prise en charge de la maladie ne pouvait pas être optimale.

De plus, la prise en charge médicamenteuse nécessite de connaître précisément les comorbidités du patient pour adapter le traitement. Par exemple, la dapagliflozine (FORXIGA®) a un effet cardioprotecteur et néphroprotecteur chez les patients vivant avec un diabète de type deux n'ayant jamais présenté d'évènement lié à une maladie athéromateuse (39). Il s'agit donc d'une prise en charge médicale personnalisée. Pour donner le traitement le plus adapté à un patient, il faut avoir une vision globale de ses antécédents et de son mode de vie.

4) Une application difficile des recommandations générales sur le diabète

Les médecins généralistes interrogés avaient à cœur de soigner leurs patients de la même façon sans discrimination. Le diabète est une pathologie chronique exigeante (40) pour laquelle une surveillance biologique régulière est bien encadrée par des recommandations dont l'application universelle se heurte à des obstacles (41).

Les récentes recommandations mettent en avant une approche centrée sur le patient qui permettrait d'individualiser les objectifs et la stratégie thérapeutique. En effet, dans la prise en charge du diabète, certains soins ne sont pas entièrement remboursés et le reste à charge peut être important pour des patients précaires qui n'ont pas accès à des mutuelles (32). Les médicaments sont remboursés à 100%, si les patients sont reconnus en Affection Longue Durée (ALD) par la sécurité sociale. A noter que les nouvelles classes médicamenteuses sont plus onéreuses (32).

Dans notre étude, les recommandations sur le suivi des patients diabétiques n'étaient pas toujours applicables. Tous les médecins interrogés avaient eu l'expérience d'une interruption dans la surveillance biologique des patients allophones. Dans de nombreux cas, il s'agissait de situations de retour au pays d'origine des patients allophones sur des périodes pouvant s'étaler parfois sur plusieurs mois.

C. La compréhension malade-médecin

1) L'importance de la relation malade / médecin

La littératie en santé définit les capacités à comprendre, à utiliser et à accéder aux informations et services en santé. Cette problématique a été explorée dans le cadre du programme « Solidarité Diabète » à partir d'un questionnaire multidimensionnel auprès de patients diabétiques en situation de précarité (42). Cette étude montrait que le sentiment d'être soutenu et compris par les professionnels de santé était fréquemment associé à une

compréhension suffisante des informations par les patients. Travailler sur la relation malade-médecin est donc indispensable (43)(44).

Dans notre étude, les médecins présentaient des difficultés dans la relation avec les patients allophones car la barrière linguistique ne permettait pas d'aller en profondeur dans les échanges. Lorsqu'ils arrivaient à créer une relation de confiance et donc une alliance thérapeutique avec le patient, la prise en charge devenait satisfaisante pour le médecin et le malade.

Le psychanalyste et anthropologue George Devereux définit le contre-transfert comme « la somme de réactions conscientes et inconscientes que tout thérapeute va avoir à l'égard de son patient » (45). Ce phénomène résulte de l'histoire personnelle du soignant mais aussi d'une histoire collective marquée par exemple par l'appartenance linguistique, professionnelle et socio-culturelle. Ainsi la prise en compte de l'existence d'un contre transfert culturel permet de réduire la distance malade-médecin.

Dans notre études les réactions transférentielles émergent sous forme d'émotions positives comme négatives.

2) Une barrière culturelle difficilement franchissable

D'après la Haute Autorité de Santé, seul l'interprétariat professionnel garantit les droits des patients, et un égal accès à la prévention et aux soins de manière autonome (46)(47). Malgré de nombreux outils pour pallier la barrière linguistique (48)(49)(50), la barrière culturelle était la principale difficulté des médecins généralistes dans la prise en charge du diabète de type deux dans notre étude.

Le vécu de la maladie et la résilience face au diabète sont liés à l'identité (sexe, genre) et à la culture des patients (51). En effet, deux médecins parlaient plus de trois langues dont celles de leurs patients allophones majoritairement russophones et arabophones, malgré cela ils se heurtaient à des obstacles dans leur prise en charge. L'alimentation traditionnelle,

les représentations de la maladie, les pratiques religieuses rendaient l'éducation thérapeutique difficile à mettre en place (43).

III. PERSPECTIVES

A. S'aider de la télémédecine pour améliorer le suivi

La société francophone de diabétologie s'est prononcée après la pandémie COVID sur l'intérêt de la télésurveillance dans le suivi du diabète. L'intérêt est une aide à l'accompagnement des patients diabétiques. L'expérience Diabeo®, qui est un logiciel d'aide au traitement par insuline en schéma basal-bolus couplé à une télésurveillance médicale chez le patient diabétique de type un a montré une diminution de l'HbA1c à un an plus importante chez les patients bénéficiant d'une télésurveillance comparativement aux patients avec suivi conventionnel (52). Si l'intérêt d'une télésurveillance est évoqué dans le cadre de l'initiation de nouvelles thérapeutiques antihyperglycémiantes ou lors d'un déséquilibre du diabète, pour les patients allophones diabétiques de type deux, un système de télésurveillance pourrait permettre d'éviter les ruptures de suivi notamment lors de retour au pays.

B. Approfondir la formation en langue des médecins

Le manque de formation en langue était mis en évidence au cours des entretiens. La maîtrise de l'anglais oral était moindre comparativement à la compréhension de l'anglais écrit. En effet, dans leur formation, les médecins étaient amenés à apprendre l'anglais médical pour la lecture critique d'articles. Cette compétence n'était pas suffisante pour mener un interrogatoire précis avec les patients anglophones.

De plus, les médecins interrogés ne connaissaient pas tous les outils d'aide à la traduction. Par exemple, le site Tradumed® qui a montré un bénéfice lors des consultations avec les

patients allophones, n'était pas connu des médecins interrogés (53). Les démarches d'accès aux interprètes n'étaient également pas connues. Une formation à ces outils et la familiarisation avec des réseaux associatifs compétents dans la prise en charge des patients allophones pourraient être bénéfiques pour les médecins (54).

C. Développer des compétences transculturelles

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est fondamentale dans la prise en charge du diabète. Elle permet de passer d'une relation paternaliste à un partenariat entre malade et médecin. Dans cette optique, la formation de groupes de patients partageant la même langue maternelle a été expérimentée pour compléter une approche individuelle par une approche collective (55). Ces actions doivent être associées à des programmes de formations des professionnels de l'ETP à la clinique transculturelle. Ceci permettrait aux médecins d'accéder aux représentations du patient sur sa maladie et aux transformations qu'elles impliquent dans sa vie (56)(57)(49).

Un diplôme universitaire Santé Précarité est actuellement proposé en faculté de médecine de Lille avec un module intitulé *Migration, errance et logement*, il pourrait être intéressant de développer ces compétences en tronc commun pendant les études de médecine.

CONCLUSION

Le médecin généraliste est sursollicité dans la prise en charge du patient allophone diabétique de type deux. Il est au centre d'une organisation pluriprofessionnelle composée de spécialistes, de paramédicaux, d'acteurs sociaux. Il est sursollicité sur le plan organisationnel puisqu'il doit mettre en place des moyens pour pallier les barrières linguistiques et culturelles en amont des consultations pour que la prise en charge des patients allophones soit compatible avec son rythme de travail.

Le médecin généraliste est sursollicité sur le plan émotionnel. D'une part par empathie, parce qu'il est confronté à des patients allophones dont une grande partie vit dans des conditions difficiles, d'autre part l'incompréhension malade-médecin et la difficulté d'aboutir à une alliance thérapeutique avec certains patients mettent le médecin généraliste face à ses limites émotionnelles d'être humain. En effet, le médecin généraliste peut ressentir des émotions négatives particulièrement de la fatigue et du découragement.

Enfin, la prise en charge de patients allophones diabétiques de type deux est un challenge sur le plan intellectuel car le médecin généraliste est confronté à des patients de différentes cultures. Avoir des compétences transculturelles est un prérequis pour une prise en charge optimale du diabète notamment dans la prise en charge des mesures hygiéno-diététiques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Santé publique France. Diabète [Internet]. [cité 14 août 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete>
2. Fosse-Edorh S. Études Entred : un dispositif pour améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes présentant un diabète en France – Premiers résultats de la troisième édition conduite en métropole en 2019 / ENTRED studies: improving knowledge on the health status of people with diabetes in France – First results of the third edition conducted in metropolitan France, 2019. 2022;
3. Santé publique France. Etude Entred 2007-2010 [Internet]. [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/etude-entred-2007-2010>
4. Insee Références. Histoire des migrations et diversité des origines géographiques des immigrés – Immigrés et descendants d'immigrés | Insee [Internet]. [cité 17 août 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793226?sommaire=6793391#consulter>
5. Insee Références. Les premières années en France des réfugiés – Immigrés et descendants d'immigrés | Insee [Internet]. [cité 28 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793306?sommaire=6793391#onglet-2>
6. Insee Références. Maîtrise des langues par les immigrés – Immigrés et descendants d'immigrés | Insee [Internet]. 2023 [cité 18 août 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793258?sommaire=6793391>
7. Oldroyd J, Banerjee M, Heald A, Cruickshank K. Diabetes and ethnic minorities. *Postgrad Med J*. août 2005;81(958):486-90.
8. Abate N, Chandalia M. Ethnicity and type 2 diabetes Focus on Asian Indians. *J Diabetes Complications*. 2001;
9. Bihan H. Migration: Approche sociale et physiopathologique du diabète. *Société Fr Endocrinol* [Internet]. 24 nov 2017 [cité 11 oct 2023]; Disponible sur: https://www.sfendocrino.org/_images/mediatheque/articles/pdf/Gueritee/Guer2017/12_bihan%20v2.pdf
10. P. Hudelson. Communiquer avec les patients allophones. 2019.
11. Leng G. Expérience vécue des médecins et proposition de prise en charge face au patient allophone. Etude qualitative. [Université Claude Bernard Lyon 1]; 2017.
12. Didier J. Expériences de soins des internes et jeunes médecins au cours de consultations avec des patients allophones [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2020.
13. Jestin L. Les difficultés de communication des médecins généralistes face aux patients allophones à La Réunion. Université de la Réunion; 2023.
14. Azoughag S. Barrière de la langue et prise en charge aux urgences adultes : étude transversale [Internet]. Université de Lille; 2020 [cité 16 mars 2022]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-33053>

15. Richard C. Prise en charge des patients allophones en consultations de médecine générale: place de l'interprétariat professionnel [Internet] [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Bretagne Loire; 2016 [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/333c0268-d9ad-4ed2-a3f5-88975171a712>
16. Goguikian Ratcliff B, Suardi F. L'interprète dans une consultation thérapeutique: conceptions de son rôle et difficultés éprouvées. *Psychothérapies*. 2006;26(1):37-49.
17. Pennec S. La médecine générale, une « profession consultante » entre profession savante et prestations de services. In: *Singuliers généralistes* [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010 [cité 5 déc 2023]. p. 205-20. (Métiers Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-p-205.htm>
18. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Publication de l'atlas de la démographie médicale 2023 [Internet]. 2023 [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/publication-atlas-demographie-medicale-2023>
19. Rosse F van, Suurmond J, Wagner C, Bruijne M de, Essink-Bot ML. Role of relatives of ethnic minority patients in patient safety in hospital care: a qualitative study. *BMJ Open*. 1 avr 2016;6(4):e009052.
20. Greche S. Suivi des migrants en maisons de santé pluriprofessionnelles : expérience des équipes [Internet]. Université de Lille; 2021 [cité 24 janv 2023]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-33159>
21. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi JC, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique*. 2009;21(4):355-64.
22. Poullennec S. Les Echos. 2023 [cité 5 déc 2023]. Immigration : l'Aide médicale d'Etat jugée « utile » et globalement bien contrôlée. Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/immigration-laide-medicale-detat-jugue-utile-et-globalement-bien-controlee-2039175>
23. Laïreche R. Libération. [cité 11 déc 2023]. Loi immigration : l'aide médicale d'Etat rétablie par les députés en commission. Disponible sur: https://www.liberation.fr/societe/immigration/loi-immigration-laide-medicale-detat-retablie-en-commission-20231129_JC3FISQKQBCCDMEUM2W6S5DZQY/
24. Jung E. Guide vers plus d'égalité en santé. Guide de prévention et de lutte contre les discriminations dans le domaine de la santé. Migration Santé Alsace; 2019 avr.
25. Insee Références. Santé et recours aux soins – Immigrés et descendants d'immigrés | Insee [Internet]. 2023 [cité 17 août 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793288?sommaire=6793391>
26. André JM, Azzedine F. 6. Les migrants bénéficient-ils (vraiment) d'un accès facile aux soins ? In: *La santé des migrants en question(s)* [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2019 [cité 5 déc 2023]. p. 75-86. (Débats Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-sante-des-migrants-en-questions--9782810908103-p-75.htm>
27. Bihan H. Éducation des exclus et des migrants diabétiques. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 sept 2007;1(3):76-9.

28. Misra A, Ganda OP. Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes. *Nutrition*. sept 2007;23(9):696-708.
29. Druet C, Roudier C, Romon I, Assogba F, Bourdel-Marchasson I, Eschwege E, et al. Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010. :8.
30. Origlia Ikhilior P, Hasenberg G, Kurth E, Asefaw F, Pehlke-Milde J, Cignacco E. Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *J Adv Nurs*. 2019;75(10):2200-10.
31. Bihan H, Méjean C, Reach G. Insulinothérapie: patients précaires et migrants. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 déc 2008;2:S173-5.
32. Bauduceau B, Bordier L. Recommandations thérapeutiques dans le diabète de type 2 : entre spécificités géographiques et universalité. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 févr 2023;17(1):21-5.
33. Guize L, Jaffiol C, Gueniot M, Bringer J, Giudicelli C, Tramoni M, et al. Diabète et précarité Étude d'une vaste population française. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 déc 2008;192(9):1707-23.
34. Zheng Y, Lamoureux EL, Chiang PCP, Anuar AR, Ding J, Wang JJ, et al. Language barrier and its relationship to diabetes and diabetic retinopathy. *BMC Public Health*. 13 sept 2012;12(1):781.
35. Batista R, Reaume M, Roberts R, Seale E, Rhodes E, Sucha E, et al. Prevalence and patterns of multimorbidity among linguistic groups of patients receiving home care in Ontario: a retrospective cohort study. *BMC Geriatr*. 9 nov 2023;23(1):725.
36. Bowen S. Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins. *Aout* 2015;51.
37. Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte. 2014.
38. Duclos M, Oppert JM, Verges B, Coliche V, Gautier JF, Guezennec Y, et al. Physical activity and type 2 diabetes. Recommendations of the SFD (Francophone Diabetes Society) diabetes and physical activity working group. *Diabetes Metab*. mai 2013;39(3):205-16.
39. Darmon P, Bauduceau B, Bordier L, Detournay B, Gourdy P, Guerci B, et al. Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur les stratégies d'utilisation des traitements anti-hyperglycémifiants dans le diabète de type 2 – 2021. *Médecine Mal Métaboliques*. déc 2021;15(8):781-801.
40. Commission nationale d'éthique dans le domaine de la santé humaine. Migrants allophones et système de soins. 2017 mars.
41. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sci Soc Santé*. 2006;24(2):75-103.
42. Debussche X, Corbeau C, Caroupin J, Fassier M, Ballet D, Balcou-Debussche M, et al. Littérature en santé et précarité : optimiser l'accès à l'information et aux services en santé. L'expérience de Solidarité Diabète. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 déc 2017;11(8):739-44.

43. Cottin Y, Lorgis L, Gudjoncik A, Buffet P, Brulliard C, Hachet O, et al. Observance aux traitements : concepts et déterminants. *Arch Cardiovasc Dis Suppl.* déc 2012;4(4):291-8.
44. Bouchard J. Le patient en observation. *Polit Commun.* 2017;9(2):5-15.
45. Rouchon JF, Reyre A, Taïeb O, Moro MR. L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique. *L'Autre.* 2009;Volume. 10(1):80-9.
46. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 15 août 2023]. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante
47. Jaiteh M, Cormi C, Hannetel L, Mir JP, Leaune E, Sanchez S. Perception of the use of a telephone interpreting service during primary care consultations: A qualitative study with allophone migrants. *PLoS ONE.* 15 mars 2022;17(3):e0264832.
48. Dray É, Ève K, Lalande F, Robert A, Lantheaume S. Lever de la barrière linguistique dans la prise en charge médicale de patients allophones. *Santé Publique.* 2022;34(6):783-93.
49. Graz B, Vader JP, Raynault MF. Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction. *Santé Publique.* 2002;14(1):75-81.
50. Fatahi N, Hellström M, Skott C, Mattsson B. General practitioners' views on consultations with interpreters: A triad situation with complex issues. *Scand J Prim Health Care.* 1 janv 2008;26(1):40-5.
51. Jones Z, Akerman J, Bajurny V, Gaudreau A, Rochon P, Mason R. Exploring the Lived Experience of Diabetes Through an Intersectional Lens: A Qualitative Study of Adults With Type 1 and Type 2 Diabetes. *Can J Diabetes.* 1 août 2022;46(6):620-7.
52. Thivolet C, Benhamou PY, Penfornis A, Joubert M, Delemer B, Barat P, et al. Télésurveillance et diabète. Prise de position de la Société francophone du diabète (SFD). En collaboration avec la Société française d'endocrinologie et diabétologie pédiatrique (SFEDP), le Conseil national professionnel d'endocrinologie, diabétologie et nutrition (CNPEDN), la Fédération française des diabétiques (FFD) et l'Aide aux jeunes diabétiques (AJD). *Médecine Mal Métaboliques.* 1 juin 2021;15(4):437-48.
53. La Cimade. Traducmed Accueil migrants : un outil pour l'accueil des personnes étrangères allophones [Internet]. 2018 [cité 24 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/traducmed-accueil-migrants-un-outil-de-traduction-pour-laccueil-des-etrangers-allophones/>
54. Comede (Comité pour la santé des exilés). Agir en faveur de la santé des exilé.e.s et défendre leurs droits [Internet]. 2016 [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.comede.org/presentation/>
55. Vescivacci K, Dommange P. Accompagner les exilés pour qu'ils deviennent acteurs de leur santé. mars 2021;
56. Bouznah S. Éducation thérapeutique du patient et clinique transculturelle. *Médecine Mal Métaboliques.* oct 2015;9(6):553-7.

57. Berkhout C. Points de vue de patients défavorisés sur un programme d'éducation thérapeutique du patient sur le diabète réalisé par leur équipe de soins premiers en France. *exercer* 2021. :174:257-9.

ANNEXES

Annexe n°1 : Lettre d'information aux médecins

Bonjour,

Je suis Annabel Dibas-Franck, étudiante en Médecine.

*Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur l' **Expérience de médecins généralistes dans la prise en charge des patients allophones diabétiques de type 2 en médecine générale ambulatoire dans les Hauts de France.***

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et de proposer des pistes pour améliorer la prise en charge des patients allophones diabétiques.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste et avoir travaillé en ambulatoire et avoir dans votre patientèle des patients diabétiques allophones .

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-147 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse annabel.dibasfranck.etu@univ-lille.fr

Annexe n° 2 : Première version du guide d'entretien

Questions d'ordre personnel (caractéristiques de la population interrogée) :

- Age
- Genre
- Année installation
- Secteur d'exercice

Questions ouvertes

1. Pourriez-vous me raconter une consultation récente avec un patient diabétique non francophone ?
2. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge des patients diabétiques allophones ?
3. Comment adaptez-vous votre prise en charge ?
4. Comment réalisez-vous le suivi des patients diabétiques de type 2 allophones ?
5. Quelles différences notez-vous dans l'équilibre du diabète entre les patients francophones et les patients allophones ?
6. Comment considérez-vous l'efficacité de votre prise en charge ?
7. Quels éléments pourraient améliorer le suivi des patients allophones diabétiques de type 2 dans votre pratique ?
8. Aimeriez-vous ajouter autre chose sur le sujet ?

Annexe n°3 : Deuxième version du guide d'entretien

Questions d'ordre personnel (caractéristique de la population interrogée) :

- Age
- Genre
- Année installation
- Secteur d'exercice
- Type d'exercice
- Langues parlées

Questions ouvertes

Question brise-glace

1. Racontez-moi les relations que vous entretenez avec les patients allophones.

Sujet de recherche

2. Quelles différences y a-t-il avec un patient francophone ?
3. Pourriez-vous me raconter une consultation récente avec un patient diabétique non francophone ?
4. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge des patients diabétiques allophones ?
5. Comment adaptez-vous votre prise en charge ?
6. Comment réalisez-vous le suivi des patients diabétiques de type 2 allophones ?
7. Quelles différences notez-vous dans l'équilibre du diabète entre les patients francophones et les patients allophones ?
8. Comment considérez-vous l'efficacité de votre prise en charge ?
9. Quelles difficultés rencontrez-vous lorsque vos patients allophones présentent des complications, notamment lorsque le patient devient insulino-réquerent ?

Ouverture

10. Quels éléments pourraient améliorer le suivi des patients allophones diabétiques de type 2 dans votre pratique ?
11. Aimeriez-vous ajouter autre chose sur le sujet ?

Annexe n°4 : Journal de bord

Le choix du sujet :

Décembre 2019 :

Je commence à réfléchir à mon sujet de thèse. Je souhaite que le sujet parle des minorités et aborde les questions raciales et d'identités en même temps. Je repense à mon stage chez le praticien à Tourcoing. J'avais eu un patient d'origine vietnamienne de 71 ans qui consultait dans le cadre du suivi du diabète avec son fils de 17 ans. Ce monsieur ne parlait pas français et son HBA1c était à 10%. On avait donc proposé une hospitalisation en éducation thérapeutique de diabétologie. Cette situation m'a marquée parce que l'accompagnant du patient était si jeune, lui-même asthmatique et devait gérer la maladie de son père finalement. Même si on voyait qu'il le faisait sans se plaindre, c'est une charge mentale à mon avis de gérer la maladie chronique de son père. En consultation son père disait oui à tout sur l'alimentation, sur l'activité physique mais bon j'ai bien senti qu'on allait pas au bout des choses et que ce ne serait pas appliqué.

Mars 2020 :

Le patient vietnamien diabétique est décédé... je suis choquée. Suite à l'orientation en service de diabétologie pour rééquilibrer son diabète, une radio des poumons a été faite, un cancer du poumon énorme refoulant le cœur a été découvert. Donc on l'a suivi sur le plan oncologique, on devait avec mon prat lui faire passer des informations. Finalement il est décédé du COVID en mars effectivement il était immunodéprimé. Ce patient m'a marquée, c'est la première fois que je suis une histoire sur plusieurs mois avec autant de « rebondissements ». Je pense à la famille.

La recherche du directeur de thèse

Décembre 2020 :

Je veux travailler sur la barrière de la langue et le diabète, c'est en discutant de l'épisode du patient d'origine vietnamienne que ça m'est apparu comme une évidence.

Fin décembre je contacte une directrice de thèse qui accepte de travailler avec moi sur : *L'impact de la barrière de la langue dans la prise en charge du patient allophone diabétique de type deux.*

Je suis rassurée je pensais que ça mettrait du temps de trouver un directeur pour mon sujet. Et là du premier coup.

Février 2021 :

Nous avons avancé sur la bibliographie sur la barrière de la langue, il faut constituer le questionnaire. Je pensais m'orienter vers du quantitatif mais ma directrice est plus sur du qualitatif et pour ce sujet ça peut être intéressant d'avoir le ressenti des médecins, connaître leurs difficultés.

Juillet 2021 :

Après plusieurs reports de rendez-vous, ma directrice de thèse m'annonce ne plus pouvoir suivre mon travail pour raison personnelle. Je suis déprimée, comment je vais faire pour poursuivre ce travail seule.

Rédaction du guide d'entretien

2 avril 2022 : J'ai enfin retrouvé un nouveau directeur de thèse pour mon sujet *Impact de la barrière linguistique dans la prise en charge du patient diabétique allophone*. Je suis reboostée, nous travaillons le guide d'entretien. J'avais pas mal de ressources bibliographiques grâce à PUBMED , SUDOC, CAIRN, Google Scholar. Sur pépite, à part

une thèse sur les urgences et barrière de la langue, je constate que mon sujet n'a toujours pas été traité.

Mon directeur me dit que une fois validé je pourrais faire un entretien test avec un médecin que je connais et que si l'entretien est intéressant je pourrais l'intégrer à l'étude. Mon directeur de thèse me donne des pistes pour retravailler mon guide d'entretien. Il faut une question brise-glace plus générale et pour lui il faut aussi faire une question sur l'insulinothérapie sans le cadre du suivi du DT2.

Début des entretiens

12 mai 2022 : *Entretien 1*

Rencontre avec Docteur J. le 12 mai 2022.

Contact très facile puisqu'il s'agissait de mon MSU en N1. Le patient qui m'a inspiré ce travail de thèse était l'un de nos patients. Au début de l'entretien, il ne semblait pas très à l'aise. Docteur J est franco-marocain. Il parle la même langue que la majorité de ses patients diabétiques allophones, l'arabe. Mais pourtant pendant l'entretien, il m'a plus parlé des patients maghrébins que d'autres patients dont il ne parlait pas la langue. C'est surtout les représentations de la maladie, le mode de vie, et l'alimentation traditionnelle qui sont difficiles à gérer avec eux. C'est intéressant parce qu'au début je pensais que mon travail serait essentiellement axé sur la barrière linguistique et pas forcément culturelle.

Juin 2022 :

J'ai retranscrit l'entretien mot à mot. Mon directeur de thèse a validé cet entretien, d'après lui il est très riche en informations. Il va falloir commencer à coder.

Octobre 2022 :

J'ai beaucoup de mal à recruter des médecins pour mon étude en passant par mail. Les seules réponses sont encourageantes mais certains médecins n'ont pas de patients allophones diabétiques surtout lorsqu'on s'éloigne de la ville.

1^{er} février 2023 : *Entretien 2*

Rendez-vous avec Docteur M. à son cabinet. L'entretien se passe bien , il est très accessible. Il n'a actuellement qu'une seule patiente allophone dans sa patientèle. Avant son installation il remplaçait régulièrement un médecin qui parlait arabe donc il a été confronté à cet obstacle linguistique. Globalement il se sent dévalorisé dans ce genre de consultations car il a du mal à instaurer une alliance thérapeutique. Il me confie être découragé avec sa patiente allophone, n'a jamais ses bilans.

Au moment du codage, je réalise que les entretiens sont très différents. Il n'a pas évoqué la part culturelle mais surtout l'impact sur son organisation au cabinet et la perte de sens de son métier. Il a aussi employé le mot de « médecine vétérinaire » comme le M1.

2 février 2023 : *Entretien 3*

J'ai contacté un Professeur de médecine générale qui a vraiment mis mon sujet en perspective. Pour lui, le fait de parler « d'impact » de la barrière de la langue sous-entend forcément quelque chose de négatif. Il préfère parler d'expérience sensible des médecins généralistes face aux patients allophones. Il a beaucoup d'expérience en relation avec mon sujet. Dans sa MSP ils sont dans **une démarche intégrative** avec une médiatrice, une IPA et il y a même un service de traduction. Contrairement à l'entretien précédent, ce professeur semble être très à l'aise grâce à une organisation en équipe. Il a notamment des notions sur la culture des patients, c'était passionnant. L'entretien a duré 1 heure puis il m'a fait visiter la maison médicale et présenté aux différents professionnels.

16/2/2023 :

J'ai trouvé une volontaire médecin généraliste de mon entourage pour trianguler avec moi les données puisqu'au fur et à mesure je code. Je suis parfois en difficulté pour trouver les propriétés mais surtout des catégories.

23/3/2023 : Entretien 4

Aujourd'hui j'ai eu un entretien avec l'une des médecins que je remplace. J'ai constaté qu'elle avait dans sa patientèle beaucoup de patients russophones dont nombre d'entre eux sont diabétiques. J'ai été confronté à la problématique de mon sujet de thèse lorsque je la remplaçais.

Le rendez-vous était dans un café entre midi et deux car son bureau n'était pas disponible, et ça a joué sur l'entretien qui était plus court. Aussi elle vient de s'installer, il y a 3 mois mais était remplaçante avant dans ce même cabinet. Elle a beaucoup mis en avant la reconnaissance des patients, le fait qu'il y ait une bonne entente avec eux mais que les consultations sont extrêmement chronophages et sans valorisation.

6/4/2023 : Entretien 5

Grâce à l'entretien précédent, par effet boule de neige j'ai pu interroger Docteur A. C'est une médecin qui s'était formée au fur et à mesure aux langues étrangères par passion et dévouement pour ses patients. Elle était donc connue des associations qui lui envoyaient beaucoup de patients russophones. Les prises en charges étaient très complexes. Ce médecin était très impliquée pour les patients russophones, 60% de sa patientèle. Elle me parle de nombreuses difficultés malgré le fait de parler Russe. La culture, les mesures hygiéno-diététiques, et son organisation difficile au cabinet. C'est cette pression qui fait qu'elle a arrêté la médecine générale pour se former à la médecine du travail. Cet entretien m'a bouleversée, je pense qu'il sera très intéressant pour le codage et je retiens pas mal d'enseignements pour ma carrière. Quelques nouvelles étiquettes sont ressorties de cet entretien.

Finalement les cinq premiers entretiens m'ont permis de comprendre que ma thèse ne porterait pas que sur la barrière de la langue. Ce serait vraiment réducteur, la barrière de la langue est juste un élément de la prise en charge. Pour l'instant sur les 5 entretiens, un seul d'entre eux était focalisé sur l'obstacle linguistique. Les autres prenaient en compte tout un cortège avec la culture, le niveau socio-économique du patient .

24/5/23 : Entretien 6

En faisant des recherches bibliographiques sur l'accès aux soins en France je suis tombée sur un site de médecine solidaire à Lille. Je retrouve le docteur interrogé précédemment dans ce réseau. Je contacte l'abej solidarité, il a une aile médicale qui s'occupe des personnes à la rue. Les entretiens précédents montrent que la patientèle allophone est en grande partie précaire donc peut-être que ces médecins auront des informations à me donner.

J'ai une réponse à mon mail dans les 24h, une médecin se dit très intéressée par mon sujet. Elle est sur un poste de médecin généraliste mais a des compétences particulièrement en diabétologie. L'échange est intéressant, elle m'apporte des éléments nouveaux , fait part d'expériences rencontrées plus tôt en hospitalier. Elle me donne des ressources bibliographiques que je n'avais pas trouvées du tout dans mes recherches, des articles d'endocrinologie qui ciblent les patients migrants allophones.

Ce qui ressort de nouveau de cet entretien c'est le fait d'évoquer des biais racistes ou possible discrimination inconscients (ou pas) du côté des médecins. Je sens beaucoup de convictions dans ces propos. Finalement, il y a un aspect politique important dans mon sujet qui touche aussi les droits de l'homme.

30/5/23 Entretien 7

Entretien réalisé en fin de journée. J'étais plutôt à l'aise, la médecin était accessible, elle aussi a été confrontée à cette problématique plusieurs fois avec différentes populations. La population russophone et population magrébine dans un autre cabinet. Intéressant. Les éléments qu'elle apporte ont déjà été retrouvés dans les entretiens précédents. Elle insiste beaucoup sur la période du ramadan avec le diabète.

Lorsque j'ai commencé mon travail, je m'attendais à aborder les questions d'organisation des soins, d'accessibilité à la traduction et de représentation de la maladie mais c'est vrai que je n'avais pas pensé du tout à l'influence de la pratique religieuse notamment du ramadan même si aujourd'hui ça me semble évident d'en parler.

Je sens que je me rapproche de la saturation des données, au septième entretien. Je pense que c'est aussi parce que mes entretiens étaient très riches en informations. Les médecins venaient aussi d'horizons différents et avaient des tranches d'âge différentes.

19/9/23 Entretien 8

Interview d'un médecin de 74 ans dont plus de la moitié des patients sont allophones. Il semble très à l'aise car aidé par les familles. Cet entretien me confirme que je suis arrivée à saturation des données. Finalement, il me parle beaucoup du ramadan et du diabète.

Élaboration du modèle explicatif

20/09/2023 : J'ai terminé les entretiens. Poursuite de l'analyse des données, j'essaye de trouver des catégories à l'aide d'un tableau où j'ai toutes mes propriétés. J'ai du mal à synthétiser et à catégoriser sans tomber dans l'indexation thématique.

14/10/2023 :

Point méthodologie avec mon directeur de thèse, je comprends un peu mieux ce qui est demandé.

20/10/2023 :

J'ai trouvé ma Présidente de Jury, professeur de santé publique, je pense que le thème de ma thèse est un sujet dans cette discipline.

14/11/2023 :

J'ai officiellement fini le codage axial, j'ai mon modèle explicatif. Je pense que ma figure peut néanmoins être affinée pour plus de clarté. Je peux débiter la rédaction. J'avais déjà rédigé mon introduction au fur et à mesure. Je vais peaufiner en faisant à nouveau un tour de bibliographie.

19/11/2023 :

Point avec mon directeur de thèse sur la rédaction. Globalement c'est pas mal, la partie résultats en revanche est à revoir, les verbatims sont bien choisis mais dans mes commentaires je fais de l'indexation thématique ... je ne suis pas dans l'interprétation. C'est un peu panique à bord parce que ça veut dire que je n'ai peut-être pas bien construit mes

catégories ...mon directeur de thèse me rassure. Prochain rdv dans 5 jours pour faire le point.

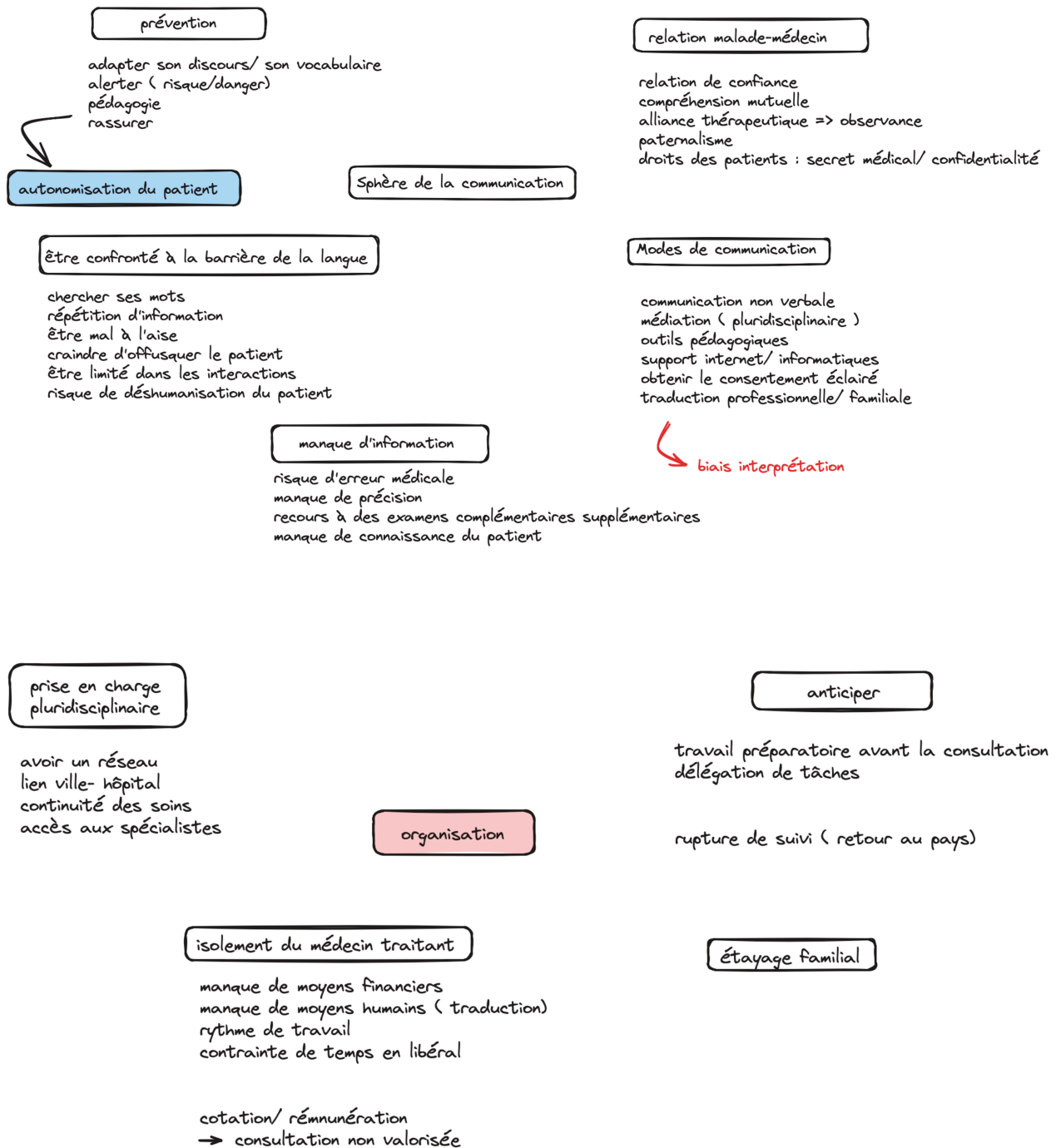
22/11/2023 :

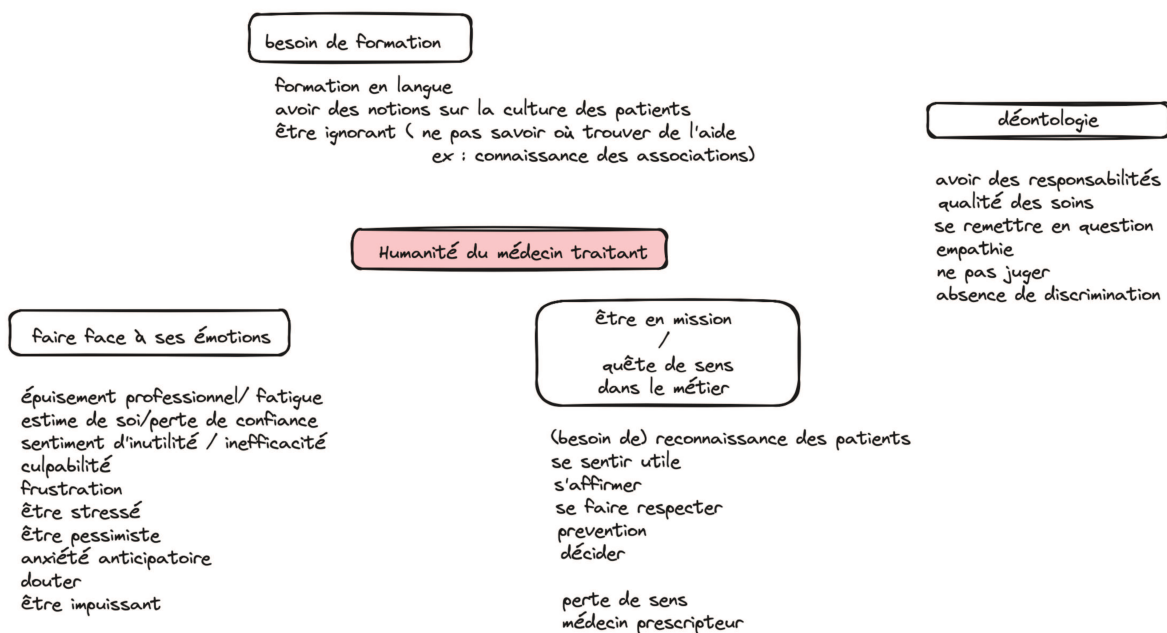
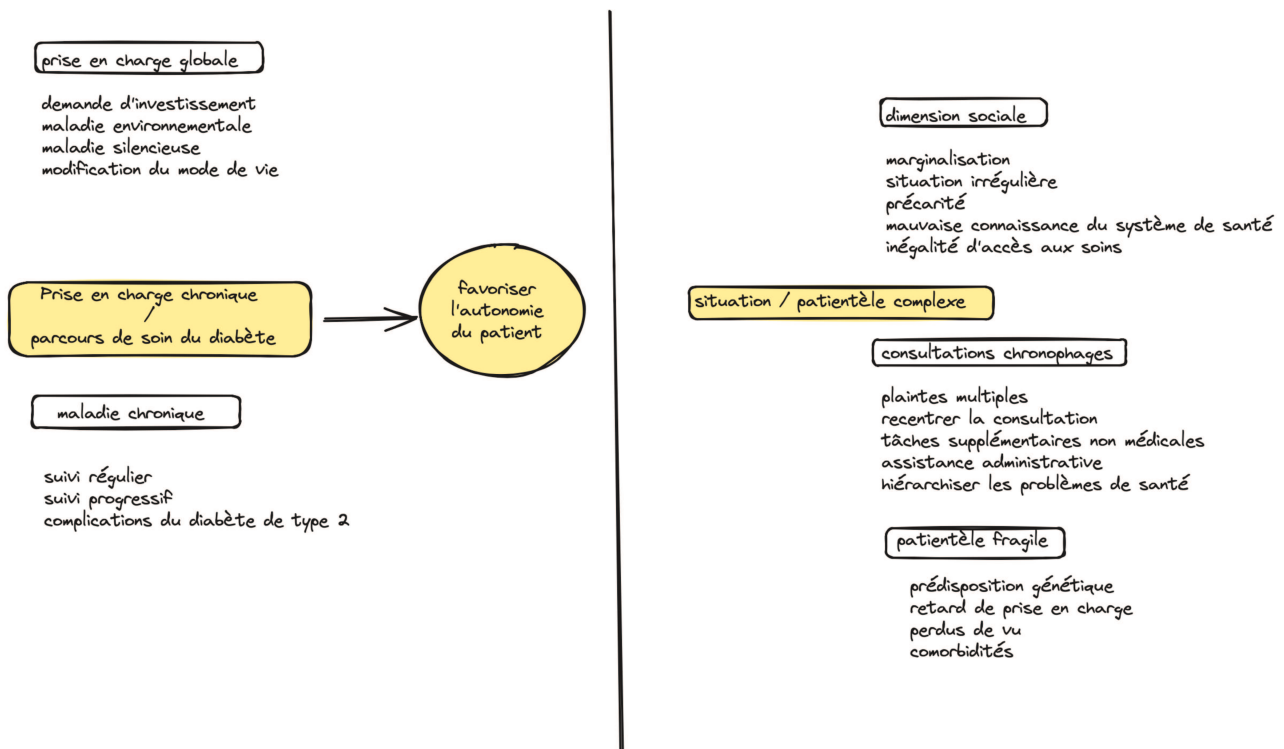
C'est bon pour la partie intro, méthode et résultats, j'ai su retravailler avec les conseils de Docteur Cauet et effectivement c'est beaucoup plus intéressant de présenter les résultats de cette façon . Direction la discussion que j'appréhende un peu.

13/12/2023 :

J'ai terminé ma discussion, j'ai peur qu'elle soit trop longue mais en même temps il y a tellement à dire. En refaisant un tour de bibliographie je me suis rendu compte que même si mon sujet n'a jamais été exploré, pas mal d'articles mis bout à bout confirment ce que j'ai retrouvé dans l'étude. Est-ce que mon étude apporte vraiment un nouveau regard, je ne sais pas. Si je dois retenir une chose pour la conclusion c'est que le médecin généraliste est sursollicité dans ces situations. Finalement ma recherche est aussi la synthèse de pas mal d'articles.

Annexe n°5 : Codage axial





sphère culturelle

représentation de la maladie
représentation de la santé

fausses croyances
Déterminisme
barrière culturelle
pratiques religieuses/ identité religieuse
identité culturelle

pudeur/ tabous/ réserve des patients
Rituels de l'examen clinique
Pression communautaire

Préjugé du médecin
Différence culturelle malade/médecin

représentation du poids
représentation des injections
représentation de l'activité
physique

ex: ramadan

Annexe n°6 : Grille COREQ

Tableau I - Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
<u>Caractéristiques personnelles</u>		
1. Annabel DIBAS-FRANCK	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2. Validation du 3e cycle des études Médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3. Médecin remplaçant	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Initiation à la recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6. Connaissances, inconnus	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. introduction sur le sujet de la thèse	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8. Médecin remplaçant	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
<u>Cadre théorique</u>		
9. Analyse par théorisation ancrée	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
<u>Sélection des participants</u>		
10. Échantillonnage dirigé et par effet boule-de-neige	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11. Courriel	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12. Huit participants	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. Quatre participants Raisons : absence de patients allophones diabétiques dans la patientèle(3)/ manque de temps(1)	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
<u>Contexte</u>		
14. Selon le choix du participant : lieu professionnel / domicile / café	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15. Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Sexe, âge, année d'installation, secteur (urbain/rural), type d'exercice, langues parlées	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>

Recueil des données

17. Oui. Guide d'entretien testé au préalable par un entretien test	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 ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Enregistrement Audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Oui. Journal de bord	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
21. 36 min en moyenne	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22. Oui (suffisance des données atteinte)	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24. Deux. L'auteur et un chercheur indépendant pour le codage ouvert puis l'auteur seul pour le codage axial et sélectif	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Oui par modélisation du codage	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. Excel	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?

Rédaction

29. Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Expérience des médecins généralistes dans la prise en charge des patients allophones diabétiques de type 2 en médecine générale ambulatoire dans les Hauts de France
Référence Registre DPO : 2023-147
Responsable scientifique : M. Charles CAUET Interlocuteur : Mme Annabel DIBAS-FRANCK

Fait à Lille,

Le 21 septembre 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

AUTEURE : Nom : DIBAS-FRANCK

Prénom : Annabel

Date de soutenance : Vendredi 02 février 2024

Titre de la thèse : Expérience des médecins généralistes dans la prise en charge des patients allophones diabétiques de type deux: étude qualitative dans les Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : diabète de type 2, médecine générale, barrière de communication, accès aux soins, relation médecin-patient

Résumé :

Introduction : La population diabétique traitée en France représentait 3,6 millions de personnes en 2021. La prévalence augmente et est élevée dans la région des Hauts-de-France. 23% des patients diabétiques résidents en France sont nés à l'étranger. Certains ne sont pas francophones, ils sont dits allophones. Des études ont montré des conséquences négatives de la barrière linguistique sur la qualité des soins en médecine hospitalière. L'objectif de cette étude était d'explorer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients diabétiques de type deux non francophones.

Méthode : Une étude qualitative a été menée par des entretiens individuels de type semi-directif auprès de médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France entre mai 2022 et septembre 2023. L'analyse a été menée par théorisation ancrée avec triangulation des données. Un total de huit entretiens a permis la suffisance des données.

Résultats : La barrière linguistique était un obstacle que les médecins généralistes contournaient à l'aide de différents modes de communication. S'ajoutait une barrière culturelle avec un impact sur les modifications du mode de vie nécessaires à la prise en charge du diabète. Le médecin généraliste devait prendre en compte une situation socio-économique souvent défavorable dans sa patientèle allophone.

Pour faire face à cette complexité, le médecin mettait en place une organisation particulière souvent chronophage pour ces patients. Il devait se former à la culture de ces patients pour une meilleure compréhension malade-médecin et donc une prise en charge optimale.

Discussion et Conclusion : Le médecin généraliste intervenant en première ligne est très sollicité dans la prise en charge des patients allophones diabétiques de type deux. Sollicité sur le plan émotionnel, intellectuel et organisationnel, sa mission nécessite une connaissance de la culture de ces patients pour assurer leur sécurité et offrir des soins de qualité. Un approfondissement de la formation en langue et en clinique transculturelle serait à envisager.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseeurs : Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Charles CAUET

