



HAL
open science

Quels sont les outils à disposition des acteurs de soins primaires pour prendre en compte la dimension culturelle dans la démarche de soins : revue systématique de la littérature

Leïla Naït Salem

► To cite this version:

Leïla Naït Salem. Quels sont les outils à disposition des acteurs de soins primaires pour prendre en compte la dimension culturelle dans la démarche de soins : revue systématique de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02397607

HAL Id: dumas-02397607

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02397607>

Submitted on 6 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

Thèse n°184

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 24 Octobre 2019 par

Leïla NAÏT SALEM

Née le 24 Août 1989 à Chartres (28)

**QUELS SONT LES OUTILS A DISPOSITION DES ACTEURS DE
SOINS PRIMAIRES POUR PRENDRE EN COMPTE LA DIMENSION
CULTURELLE DANS LA DEMARCHE DE SOINS : REVUE
SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE**

Directeur de thèse
Monsieur le Dr. Christophe ADAM

Membres du jury

Pr Bernard GAY
Pr Denis MALVY
Dr David CHEVILLOT
Dr Nicolas GOUJON
Dr Christophe ADAM

Président
Juge
Juge
Rapporteur
Directeur

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bernard GAY,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie de votre disponibilité et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez croire en mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Denis MALVY,

Vous avez volontiers accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur David CHEVILLOT

Je vous adresse mes sincères remerciements pour avoir accepté d'examiner et de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur Nicolas GOUJON

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse et d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail. Je vous en suis très reconnaissante. Je vous remercie pour vos remarques avisées, vos conseils et votre disponibilité.

A Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir guidée dans son élaboration. Merci pour vos commentaires constructifs qui ont accompagné et enrichi ma réflexion, pour votre enthousiasme et vos encouragements. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ILLUSTRATIONS	6
Liste des figures.....	6
Liste des tableaux.....	6
LISTE DES ABREVIATIONS.....	7
AVANT PROPOS	8
PARTIE I : JUSTIFICATION DE RECHERCHE	9
1. Les Inégalités Sociales de Santé	10
1.1. Le gradient social.....	10
1.2. Les déterminants sociaux de santé.....	10
1.3. Moyens d'action contre les ISS.....	13
2. Populations vulnérables : migrants et minorités ethniques	14
2.1. Les phénomènes migratoires.....	14
2.2. Santé des populations vulnérables	16
2.3. Une population hétérogène.....	17
3. Acteurs de soins primaires : piliers centraux de la réduction des ISS	18
4. Barrière de la langue et interprétariat.....	20
4.1. Interprétariat formel et informel.....	20
4.2. Moyens utilisés par les soignants	21
5. Dimension culturelle.....	22
5.1. Définitions de la culture.....	23
5.2. La situation interculturelle dans les soins	24
6. Attentes des différents acteurs : soignants et patients	26
6.1. Attentes des soignants.....	26
6.2. Attentes des patients	27
7. Problématique de recherche	28
8. Références bibliographiques	30
PARTIE II : ARTICLE.....	38
1. Introduction	39
2. Matériel et Méthode.....	42
2.1. Critères de sélection	42
2.2. Sources d'information et stratégie de recherche	42
2.3. Sélection des articles.....	44

2.4.	Processus de recueil de données et données recherchées	45
2.5.	Évaluation des études.....	45
2.6.	Analyse des données	46
3.	Résultats.....	47
3.1.	Sélection des articles	47
3.2.	Articles inclus et principaux résultats	47
3.3.	Analyse des résultats.....	69
4.	Discussion.....	72
4.1.	Méthodologie : forces et limites.....	72
4.1.1.	Forces	73
4.1.2.	Limites.....	73
4.2.	Interprétation des résultats et propositions.....	75
4.2.1.	Le « aller vers ».....	75
4.2.1.1.	Dès la formation.....	75
4.2.1.2.	Organisation de réseaux de soins sur le terrain	75
4.2.1.3.	Interventions ciblées sur des lieux stratégiques et télémédecine	76
4.2.2.	L'approche communautaire	77
4.2.2.1.	Action participative.....	77
4.2.2.2.	Education par les pairs	78
4.2.3.	Développement des compétences culturelles.....	78
4.2.3.1.	Diversifier la formation	78
4.2.3.2.	Education thérapeutique, prévention et dépistage culturellement adaptés.....	79
4.2.3.3.	Outils adaptés.....	80
4.2.4.	Réorganisation des services de santé.....	80
4.2.4.1.	Différents acteurs.....	80
4.2.4.2.	Centres de soins.....	81
4.2.4.3.	Politiques publiques.....	81
5.	Conclusion	82
6.	Références bibliographiques	84
ANNEXES		93
RESUME		100
SERMENT MÉDICAL		101

LISTE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES FIGURES

Figure 1, p 15 : Déterminants de Santé selon l'OMS

Figure 2, p 16 : Déterminants des ISS - Modèle de Dahlgren et Whitehead

Figure 3, p 17 : Déterminants des ISS - Modèle de la CSDH/CDSS

Figure 4, p 52 : Diagramme de flux de sélection et inclusion des articles

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1, p 47 : Base de données utilisée et équations de recherche

Tableau 2, p 49 : Grilles d'analyse des articles sélectionnés

Tableau 3, p 51 : Résultats par base de données

Tableau 4, p 53 : Évaluation, caractéristiques et principaux résultats des articles inclus

LISTE DES ABREVIATIONS

ACS	Aide Complémentaire Santé
AME	Aide Médicale d'État
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé
ACS	Agents de Santé Communautaires
BDSP	Banque de Données en Santé Publique
CARE	Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development
CASO	Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation
CDSS	Commission des Déterminants Sociaux de la Santé
CSDH	Commission on Social Determinants of Health
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUc	Couverture Maladie Universelle complémentaire
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
CCR	Cancer Colorectal
DDS	Déterminants Sociaux de Santé.
DOM	Département d'Outremer
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
FDRCV	Facteurs de risque cardiovasculaire
IFERISS	Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches interdisciplinaires Santé Société
INED	Institut National d'Études Démographiques
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ISS	Inégalités Sociales de Santé
MDM	Médecins Du Monde
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PASS	Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PRAPS	Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
PUMA	Protection Universelle Maladie
SPIRIT	Standard Protocol Items : Recommendations for Interventional Trials
TA	Tension Artérielle

AVANT PROPOS

Durant mon internat j'ai été amenée à accompagner des populations en situation de vulnérabilité, plus particulièrement lors de mon stage aux urgences de l'Hôpital Saint-André ou encore en psychiatrie à l'Hôpital Charles Perrens. Si les demandes et les attentes de ces patients me paraissaient semblables à celles rencontrées en médecine générale de ville, l'environnement de vie rendait souvent complexes les prises en charge que nous pouvions leur proposer. Source de difficulté, le contexte socio-économique me semblait avoir une réelle influence sur l'état de santé.

Ces questionnements m'ont amené à faire le DU Santé et Précarité. J'ai rédigé mon mémoire sur l'accès aux soins primaires des populations migrantes, à la suite d'un stage effectué au CASO de Bordeaux. Je m'étais étonnée du nombre de patients ayant leurs droits ouverts, qui venaient encore consulter sur le site de l'association, alors qu'ils pouvaient rentrer dans le droit commun et être suivis par le médecin généraliste de leur secteur. Les enseignements reçus lors du DU, faisant la part belle aux inégalités sociales de santé, à leurs déterminants, aux facteurs de vulnérabilité d'une population, ont répondu à une grande partie de mes interrogations.

Parmi les déterminants de santé, la dimension culturelle est évoquée. Au-delà de la barrière de la langue, il semble parfois persister une incompréhension, un décalage avec certains patients, une communication inefficace. Mais comment aborder cette question ? Existe-t-il réellement une différence culturelle interférant dans la prise en charge de soins ? Comment peut-on investir cette composante dans notre pratique ? Doit-on mettre en place des systèmes spécifiques à certaines populations ? Comment intégrer la composante culturelle dans notre démarche de soins sans perdre de vue à la fois le contexte socio-économique, mais aussi l'universalité de la pathologie ?

À travers ce travail, nous avons essayé de nous questionner sur ce facteur pourvoyeur d'ISS qu'est la dimension culturelle, en essayant de la définir, de mesurer les enjeux qu'elle sous-tend et de proposer des pistes de réflexion quant à sa place dans la démarche de soins.

PARTIE I : JUSTIFICATION DE RECHERCHE

1. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

En France comme partout dans le monde, on peut observer au sein de la population des différences d'état de santé en fonction de la position sociale. Ces disparités de l'état de santé en fonction du statut socio-économique se nomment les Inégalités Sociales de Santé (ISS). Définies par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), elles font référence aux « différences observées dans la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale selon des indicateurs comme ses revenus, son niveau d'études, sa profession, etc. Les ISS concernent toute la population selon un gradient social »(1).

1.1. Le gradient social

Le gradient social signifie que les ISS touchent tout un chacun selon une échelle traversant chaque couche de la société. Ce concept connu et reconnu de façon internationale depuis le début des années 90 montre que plus un individu occupe une position socio-économique défavorable plus il est en mauvaise santé (2). Plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. Dans notre pays, à l'âge de 35 ans, un homme cadre supérieur a une espérance de vie totale supérieure de six ans par rapport à un homme ouvrier ; pour l'espérance de vie sans incapacité, cette différence est de dix ans. Ainsi s'applique une double peine : les ouvriers ont non seulement une vie plus courte, qui est aussi vécue en plus mauvais état de santé (3). Chez les gens du voyage, autre population au niveau socio-économique faible, on estime que l'espérance de vie est d'environ 10 ans inférieure à celle de la population générale (4). Ces différences, profondément injustes, sont considérées par l'OMS comme de véritables « inéquités en santé, c'est-à-dire comme des différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables, mais de plus, qui sont considérées comme inévitables et injustes. Le terme a donc une dimension morale et éthique. » (5).

1.2. Les déterminants sociaux de santé

Les ISS ont des origines extrêmement variées s'étendant également en dehors du champ d'action dévolu à la médecine. Elles sont le fruit de l'interaction de multiples facteurs appelés les déterminants de santé et déterminants sociaux de santé (1). Ils vont agir de façon combinée pour venir influencer l'état de santé (6). On retrouve parmi eux les facteurs de risque médicaux connus : alcool, tabac, etc. Certaines études montrent toutefois que le gradient social persiste après ajustement de ces variables comportementales et parfois professionnelles d'exposition à ces facteurs de risque (7). Cela laisse entrevoir le rôle

d'autres facteurs de vulnérabilité, par exemple une inégalité d'accès aux soins ou des différences de recours à l'usage des soins (8).

Voici les douze déterminants de santé retenus initialement par les Canadiens (9) et approuvés par l'INPES :

- le niveau de revenu et le statut social ;
- les réseaux de soutien social ;
- l'éducation et l'alphabétisme ;
- l'emploi et les conditions de travail ;
- les environnements sociaux ;
- les environnements physiques ;
- les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle ;
- le développement de la petite enfance ;
- le patrimoine biologique et génétique ;
- les services de santé ;
- le sexe ;
- la culture.

Ils se recoupent en grande partie avec ceux établis par l'OMS (6) :

Déterminants sociaux	Impact(s) sur la santé
1. Gradient social	Les personnes situées au bas de l'échelle sociale sont très fréquemment exposées au risque de maladies graves ou de décès prématuré
2. Stress	Les facteurs psychosociaux associés au stress (anxiété, sentiment de vulnérabilité, mauvaise opinion de soi-même) ont des effets cumulatifs avec le temps et entraînent une dégradation de la santé mentale en particulier
3. Petite enfance	Les fondements de la santé de l'adulte prennent ancrage lors de la période prénatale et de la petite enfance
4. Exclusion sociale	L'exclusion sociale peut à terme avoir un impact sur les risques de séparation – divorce/demandes d'invalidité/ et comportements à risque
5. Travail	Le stress au travail, un faible niveau d'autonomie, la charge de travail, une valorisation inadéquate, sont autant d'éléments pouvant avoir un impact sur l'état de santé, en termes de morbidité mais aussi de mortalité prématurée
6. Chômage	Les effets délétères sur la santé peuvent s'initier dès que le travailleur sent que son emploi est menacé. Des maladies prolongées ou un état de santé mental déficient sont plus importants lorsque l'emploi est précaire ou lors de chômage par rapport à une situation d'emploi stable et satisfaisante
7. Soutien social	Lors d'isolement et d'exclusion, des taux plus élevés de décès prématurés notamment d'origine cardiaque ont été mis en évidence
8. Dépendances	Se réfugier dans l'abus de substances (tabac, alcool, drogues illicites) a pour impact notamment d'accroître les inégalités de santé
9. Alimentation	Bien qu'un régime alimentaire équilibré et un approvisionnement suffisant en denrées alimentaires soient essentiels pour un état de bonne santé et de bien-être, l'accessibilité à de telles denrées est très variable
10. Transports	Toutes les démarches visant à éviter la sédentarité améliorent d'une façon générale l'état de santé

FIGURE 1- DETERMINANTS DE SANTE SELON L'OMS (6)

Plusieurs modèles explicatifs existent afin d'essayer de préciser l'interaction entre les différents déterminants amenant aux ISS. On retiendra essentiellement deux modèles, le modèle de Dahlgren et Whitehead et le modèle de la CSDH/CDSS (CSDH : Commission on Social Determinants of Health ; CDSS : Commission des déterminants sociaux de la santé).

Le modèle de Dahlgren et Whitehead (10) organise les déterminants en 4 niveaux :

- les facteurs liés au style de vie personnel (comportements comme le tabagisme ou les différents types d'alimentation)
- les facteurs liés aux réseaux sociaux et communautaires (incluent les influences sociales et collectives)
- les facteurs liés aux conditions de vie et de travail (accès au travail, à l'eau, habitat, services de santé...)
- les facteurs liés aux conditions socio-économiques, culturelles et environnementales qui englobent la société dans son ensemble.

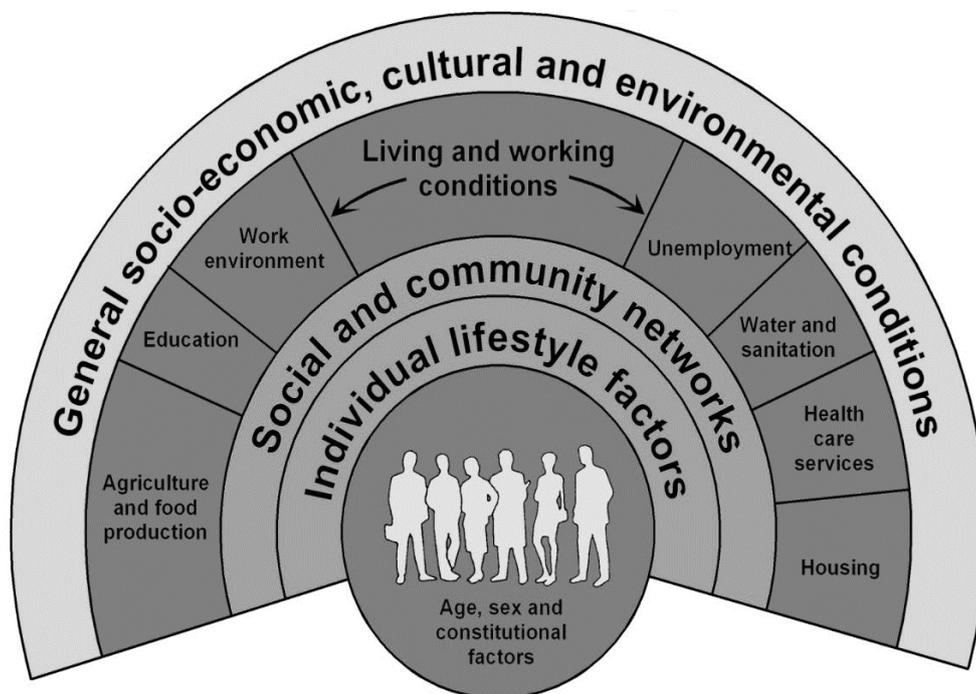


FIGURE 2 - DETERMINANTS DES ISS - MODELE DE DAHLGREN ET WHITEHEAD (10)

Le modèle de la CSDH/CDSS a été présenté par la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé par l'OMS en 2008 (5). Il se base sur l'interaction entre des déterminants dits « structurels » des inégalités sociales de santé et des déterminants dits « intermédiaires » de l'état de santé. Les déterminants structurels relèvent du contexte politique et socio-économique du pays alors que les déterminants intermédiaires de l'état de santé se rapportent aux conditions matérielles, psychologiques, aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements, ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé.

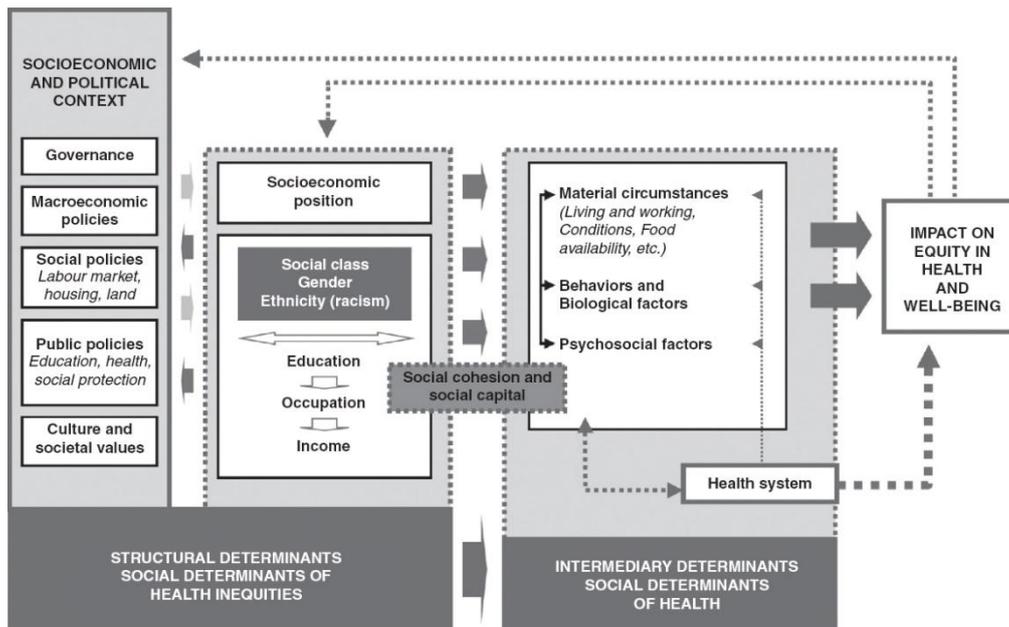


FIGURE 3 - DETERMINANTS DES ISS - MODELE DE LA CSDH/CDSS (5)

1.3. Moyens d'action contre les ISS

Pour combattre les ISS, il existe autant de champs d'action possibles qu'il y a de déterminants sociaux de santé. Une bonne partie des initiatives visant à réduire les ISS se jouent en dehors du domaine de la santé : amélioration des conditions de travail, des conditions de vie matérielles et de logement, de la cohésion sociale, de l'éducation, de l'accessibilité financière au système de soins, etc.

Ce n'est pas pour autant que les acteurs de soins, notamment de soins primaires, n'ont pas un rôle central dans la lutte contre les ISS. Si les populations les plus privilégiées ont facilement accès à des éléments de bonne santé comme l'alimentation et le logement sains, ces éléments sont plus difficilement modifiables pour les populations les plus défavorisées. Chez ces patients, l'accès aux soins et les soins en eux-mêmes s'avèrent être parmi les variables les plus facilement accessibles permettant d'améliorer l'état de santé global. Les soins ont ainsi un effet plus important sur l'état de santé des populations les plus précaires par rapport aux plus aisées (11). Le rôle du médecin généraliste prend alors tout son sens dans la lutte contre les ISS.

Concernant les politiques publiques en France, plusieurs stratégies ont été mises en place afin d'essayer de réduire les ISS. La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 a centré son action autour de l'axe principal de l'accès aux soins (12). Des programmes comme les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) ont été initiés, proposant notamment la création des Permanences d'accès aux

soins de santé (PASS). Une enquête réalisée dans les suites de la loi du 29 Juillet 1998 révélait que 150 000 personnes ne possédaient aucune couverture maladie. Deux prestations de solidarité sont alors mises en place en 1999 : la Couverture maladie universelle (CMU) et complémentaire (CMUc) ainsi que l'Aide médicale d'État (AME), suivies en 2004 par l'Aide complémentaire santé (ACS) et en 2016 par la protection universelle maladie (PUMA), remplaçant la CMU. Ces dispositifs ne semblent toutefois pas répondre complètement aux problématiques de terrain. Une thèse qualitative a été réalisée en 2017 à Bordeaux sur les médecins recevant les patients bénéficiaires de l'AME. Ils rapportent une méconnaissance et des difficultés d'utilisation des dispositifs existants, la complexité de la mise en place de relais, notamment d'un point de vue social ainsi qu'un sentiment d'isolement et de frustration (13). Même si une amélioration globale des indicateurs de santé en France a été observée, les différences d'état de santé entre les groupes sociaux sont encore très importantes dans un pays pourtant considéré possédant « un des meilleurs systèmes de santé au monde » (14). Cela tient notamment au fait, comme le reconnaît l'OMS dans son rapport de 2008 sur l'équité en santé, que certaines populations ont été « *laissées sur le côté de la route* » (5). **Parmi ces populations vulnérables, présentant des différences socioculturelles parfois importantes, la population migrante et les minorités ethniques sont des cibles de choix et seront le sujet de notre recherche.**

2. POPULATIONS VULNERABLES : MIGRANTS ET MINORITES ETHNIQUES

2.1. Les phénomènes migratoires

En cette aube du XXI^e siècle, notre société est plus ouverte sur le monde que jamais. Les Hommes ne cessent de se déplacer et le terme de migration englobe des personnes aux parcours très divers et de tous horizons. D'après les Nations Unies, en 2017, le monde comptait 258 millions de migrants internationaux, c'est-à-dire des personnes installées dans un pays différent de celui où elles sont nées, soit environ 3.4 % de la population mondiale (15). Même si les démographes précisent que les migrations internationales sont la variable qui a été la plus instable par le passé et qui est donc la plus difficile à projeter avec quelque précision (16) la tendance est à des chiffres migratoires en constante augmentation. Selon une projection réalisée en 2010, la planète devrait compter 405 millions de migrants internationaux en 2050 (17).

La migration est devenue un sujet brûlant ces dernières années, occupant le devant de la scène politique et représentant l'enjeu de nombreux débats socio-économiques, sécuritaires et culturels. L'adoption en décembre dernier par 162 États du Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières en est le parfait exemple (18).

Dans un monde hyper médiatisé questionnant de façon permanente « la place des étrangers » dans la société, la vérification des informations diffusées concernant la migration et les migrants s'avère parfois difficile. Certaines fausses représentations méritent d'être déconstruites comme le fait que la migration rime avec irrégularité. Les réfugiés estimés à 25,9 millions dans le monde en 2016 représentent seulement 10 % des migrants internationaux. L'image de l'homme jeune, célibataire et peu qualifié venu travailler dans un pays du Nord ne correspond plus à la réalité. En 2017, la moitié des migrants internationaux ont plus de 39 ans et 48 % sont des femmes, plus nombreuses que leurs homologues masculins en Europe (19).

En France, huitième pays d'accueil mondial (15), les flux migratoires sont relativement constants depuis plusieurs années. Les statistiques provisoires de l'immigration, de l'asile et de l'accès à la nationalité pour 2018 ont été communiquées par le Ministère de l'Intérieur début janvier. 255 550 personnes se sont vu attribuer un titre de séjour en 2018, portant à 3 231 823 le nombre total de personnes possédant un titre de séjour valide. Sur les 122 743 demandes d'asile, seules 33 380 ont été acceptées (20). Suite au recensement de 2015, on peut estimer le nombre d'immigrés à 6,17 millions et le nombre d'étrangers nés en France à 0,66 million (21). Le terme d'immigré selon le Ministère de l'Intérieur regroupe « les Français par acquisition nés hors de France et les étrangers nés hors de France ». Cette définition recoupe celle du COMEDE qui regroupe les termes « immigré » et « migrant » sous la définition suivante « personne résidant en France née étrangère dans un pays étranger ». Le terme « étranger » concerne quant à lui les « personnes résidant en France qui n'ont pas la nationalité française » (22). Un migrant/immigré peut donc être étranger ou avoir acquis la nationalité française. Il constitue avec ses pairs une minorité ethnique dans un pays, incluant les descendants.

Constituant un peu plus de 10 % des résidents en France, ils font partie intégrante du public côtoyé en soins primaires. Les médecins généralistes sont amenés à rencontrer cette mosaïque de patients, population multiculturelle issue de parcours parfois très différents : réfugié en situation régulière ou non, population Rom, travailleurs, étudiants... et demeurant dans le pays depuis quelques semaines comme plusieurs années (23). Comme mentionnée plus haut, la vigilance des médecins concernant cette population se doit d'être

exacerbée, les patients migrants/immigrés souffrant particulièrement des Inégalités Sociales de Santé (5).

2.2. Santé des populations vulnérables

Population à risque, on peut toutefois retrouver fréquemment mentionné dans les études françaises comme internationales le concept du « healthy migrant effect » qui peut alors sembler paradoxal. Il s'explique par le fait que les candidats à la migration sont en général des individus en meilleure santé que la moyenne par rapport à la population du pays d'origine et par rapport à la population du pays d'accueil. Cet effet positif serait après un certain temps inversé en raison des conditions de vie dans le pays d'accueil. Si dans les années 80-90 les migrants se considéraient comme en meilleure santé que la majorité des Français, les résultats se sont modifiés depuis le début des années 2000. L'enquête « Décennale Santé » menée en 1980 puis en 1991 a montré que les immigrés déclaraient moins de maladies chroniques que l'ensemble des Français. À l'inverse l'enquête « Santé protection sociale » (24) conduite en 2000-2002 montre que, quel que soient l'âge et le sexe, l'état de santé est plus altéré chez les immigrés en termes de santé subjective et de déclaration de maladie chronique que chez les Français nés en France.

Ces résultats ont continué de se confirmer dans les années qui ont suivies : en 2008 dans une enquête effectuée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, rattachée au Ministère de la Santé (DREES) auprès des bénéficiaires de l'AME (25) ; en 2009 chez les personnes immigrées de façon plus générale (26) et en 2012 comme le rapporte une synthèse sur l'état de santé des immigrés, réalisée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) (27).

Une des plus grosses recherches menées en France concernant la santé des populations migrantes a été l'enquête « Trajectoires et Origines » (28) réalisée par l'Institut national d'études démographiques (INED) et l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) auprès d'un échantillon d'environ 22 000 personnes âgées de 18 à 60 ans. Elle a été conduite non seulement auprès des personnes immigrées, mais aussi des enfants d'immigrés nés en France, des personnes nées dans un département d'outre-mer (DOM) et leurs enfants nés en métropole, ainsi que des personnes dites « de la population majoritaire » (ni immigrées, ni enfants d'immigrés, ni originaires d'un DOM). Elle décrit les caractéristiques de la migration, les conditions de vie des enquêtés et l'état de santé. Parmi les hommes de 18 à 60 ans, 18 % des immigrés et autant chez les natifs d'un DOM déclarent un état de santé altéré, contre 15 % dans la population majoritaire. Parmi les femmes, ces taux et leurs écarts sont plus marqués. Une fois neutralisé l'effet d'âge sur la

probabilité de déclarer une santé altérée plutôt qu'une bonne santé, il se confirme qu'hommes et femmes se perçoivent plus souvent en mauvaise santé que leurs homologues de la population majoritaire. Outre l'âge, les trois facteurs les plus fortement associés à une santé altérée sont le fait d'éprouver des difficultés financières, l'absence d'emploi et le défaut de qualification mesuré par le niveau de diplôme. On retrouve dans ces résultats certains des déterminants de santé évoqués plus haut.

Beaucoup plus récentes et non moins importantes sont les données 2018 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France de Médecins du Monde (MDM) (29). Ces résultats sont à pondérer en fonction des taux de remplissage des questionnaires, plus ou moins importants selon les questions, mais peuvent nous donner une idée de la population de passage dans les CASO. En effet, on peut suspecter un taux de remplissage plus conséquent pour un patient souffrant d'une pathologie grave ou chronique que pour un patient venant ponctuellement consulter pour une pathologie aiguë, estimée comme ayant moins de retentissement. Parmi les personnes quasiment exclusivement migrantes (96,6 % de ressortissants étrangers) consultant aux Centres d'accueil, de Soins et d'Orientation (CASO), plus de 5 patients sur 10 souffraient d'une pathologie chronique et 82,8 % des patients reçus en consultation nécessitaient un suivi et/ou un traitement. Parmi eux, la moitié n'avait ni suivi ni traité leur problème de santé avant leur première visite au CASO. De plus, certaines pathologies sont retrouvées de manière plus spécifique chez les populations de migrants. Outre les maladies cardio-vasculaires et le diabète pour les maladies chroniques, on relève des taux de prévalence significativement plus importants de maladies infectieuses avec en particulier le VIH, les hépatites virales chroniques et la tuberculose. Enfin, il faut également citer la fréquence importante des psychotraumatismes, générateurs de crises d'angoisse, d'insomnies et d'états de stress post-traumatique (30).

2.3. Une population hétérogène

Migrants « fraîchement » arrivés sur le territoire et membres d'une minorité ethnique vivant dans un pays depuis plusieurs générations, la population des migrants/immigrés est très hétérogène. Il est compliqué de pouvoir comparer ces deux groupes de populations ce qui peut expliquer des résultats discordants sur leur état de santé dans les différentes études.

Il était intéressant néanmoins dans notre démarche de cibler la dimension culturelle, d'inclure ces deux populations à notre recherche. Il nous a semblé que ces patients peuvent être considérés comme faisant partie d'une même entité, celle des populations vulnérables.

Le lien entre besoin de soins de santé primaire et vulnérabilité sociale peut être analysé en fonction de cinq grands axes (31,32) :

- santé et habitat : prendre en compte l'influence négative du logement ou du non-logement (vie à la rue) sur la santé ;
- santé et dépendance à des substances psychoactives : lien entre vulnérabilité sociale, pathologies somatiques et alcoolo- ou toxico-dépendance ;
- santé et difficultés de communication liée à la langue ou à un handicap (ex. : malade malentendant) ;
- santé et violences : violences domestiques, traite des êtres humains, violences en raison du genre, accidents du travail liés à un emploi précaire ;
- santé et absence de droits au séjour ou à l'assurance maladie.

Dans notre travail, nous avons abordé la vulnérabilité à travers le prisme de la dimension culturelle. Nous nous sommes ainsi surtout attachés aux obstacles rencontrés lors de la construction de la relation de soin et de la communication entre les patients et les soignants.

3. ACTEURS DE SOINS PRIMAIRES : PILIERS CENTRAUX DE LA REDUCTION DES ISS

Les études montrent que la population migrante est une cible idéale pour les soins primaires, du fait de la pluralité des pathologies, du caractère chronique et de la dégradation progressive de l'état de santé nécessitant un suivi régulier. Les consultations de médecine générale représentent 90 à 95 % des contacts de la population en général avec le corps médical (33) et font du généraliste le pilier central de la démarche de soin. Depuis plusieurs années, d'autres pays européens (Grande-Bretagne, Suède, Pays-Bas) ont construit leurs politiques de santé sur la réduction des ISS et ont donné au médecin généraliste un rôle privilégié de « gatekeeper » ou « gardien des droits » (34). En France, la réforme du Médecin Traitant en 2004 confirme cette place attribuée aux médecins généralistes. Les politiques de santé mettant la médecine de premier recours au cœur de l'organisation des soins semblent les moins inégalitaires. **La Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS le rappelle dans son rapport de 2008 « *les systèmes de santé donnent de meilleurs résultats sanitaires s'ils reposent sur le modèle des soins de santé primaires* » (5).**

Cette démarche de recentrer le soin sur les acteurs de soins primaires s'intègre dans une volonté de promotion de la santé, un des pans d'action de la lutte contre les ISS. La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 une charte, dénommée depuis la « Charte D'Ottawa » (35). Elle décrit la santé comme un processus dynamique auquel elle impose des préalables : la paix, un logement, une éducation, de la nourriture, des revenus, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. Elle défend la promotion de la santé qui a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer, afin de parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social. Elle suggère plusieurs stratégies dans ce but : l'élaboration de politiques pour la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé. **Le travail d'équipe, centré sur le patient, est primordial. L'efficacité du médecin généraliste passe par sa capacité à travailler avec les différents acteurs de soins primaires intervenant auprès du patient.**

La relation soignant/patient et l'alliance thérapeutique, piliers des soins primaires, ne peuvent se construire que par une bonne communication et la relation de confiance qui en découle. Face à des populations vulnérables, cela peut présenter un véritable défi. Le projet INTERMEDE (36), présenté en novembre 2013 au colloque des vulnérabilités sanitaires et sociales avait pour objectif d'explorer le rôle de la relation entre un patient et son médecin généraliste dans la formation des ISS. L'hypothèse de départ était que l'interaction médecin-patient est influencée par le contexte social du patient, ce qui pourrait entraîner des pratiques socialement différenciées tant du côté du prescripteur que du patient, et favoriseraient, ou du moins ne contribueraient pas à réduire, les ISS. L'étude qualitative et quantitative a été menée par l'Institut Fédératif d'Études et de Recherches interdisciplinaires Santé Société (IFERISS) et liée quatre disciplines (épidémiologie, sociologie, linguistique, textométrie) dans trois régions, l'Île de France, Pays de la Loire, Midi-Pyrénées. Les résultats montrent que dans l'interaction médecin-patient le gradient social est très important, influençant la relation. Cela retentissait sur le déroulé de la consultation, le rapport à l'autonomie du patient, la perception du patient par le médecin et in fine sur la prise en charge et l'état de santé.

Concernant la population migrante, en plus du gradient social souvent présent, la relation médecin patient peut pâtir de difficultés surajoutées en situation interculturelle. Une des premières difficultés citées est la barrière de la langue. Selon les statistiques de Médecins du

Monde au sein des CASO en 2017, 16 % des personnes rencontrées mentionnaient la barrière linguistique comme obstacle à l'accès aux soins (29).

4. BARRIERE DE LA LANGUE ET INTERPRETARIAT

Les conséquences de la barrière de la langue ne sont pas anodines. Les erreurs de traduction peuvent parfois entraîner des incompréhensions très graves, notamment dans certaines situations où la communication est primordiale, comme les consultations d'annonce (37). Les conclusions des différentes revues de la littérature et méta-analyses sont unanimes (38-40). Les barrières linguistiques ont tendance à affecter négativement les facteurs suivants : l'accès aux ressources médicales et en particulier aux soins préventifs, la qualité des soins, la satisfaction des patients ne maîtrisant pas ou peu la langue et la satisfaction du personnel de santé.

La problématique de la barrière de la langue et ses conséquences est donc plutôt bien documentée. De même, nombreuses sont les études montrant que la présence d'interprètes professionnels formés améliore la qualité des soins (38-40). Malgré les preuves apportées par la littérature, et la volonté de promotion de l'interprétariat, comme la création en 2012 d'une « Charte de l'Interprétariat médical et social professionnel en France » à l'initiative de plusieurs associations (41), l'interprétariat n'est que très peu développé en soins primaires.

4.1. Interprétariat formel et informel

Les interprètes professionnels sont reconnus comme étant fiables, compétents par les professionnels de santé (42) pouvant permettre d'améliorer la qualité des consultations (43). La confidentialité et la précision de la traduction sont également appréciées (44,45). Une revue de la littérature des études qualitatives s'intéressant à la place de l'interprète lors des consultations met en évidence les trois principaux enjeux de la consultation à 3 : des problèmes de confiance, de contrôle et de pouvoir. Le médecin va attendre de la neutralité et des compétences de la part de l'interprète et préférera un professionnel alors que le patient sera plutôt en attente de confiance et empathie et sera plus à l'aise avec quelqu'un de son entourage (46). Toutefois ces résultats majoritaires dans la littérature sont loin d'être unanimes. Dans d'autres études, les patients se sentent plus à l'aise avec des interprètes professionnels avec qui ils sont rassurés quant à la justesse et qualité de la traduction, sans les biais potentiels qu'il est possible de rencontrer avec un interprète informel où le lien préexistant peut venir interférer dans la communication. Les médecins quant à eux trouvent

par moment qu'un interprète informel appartenant à l'entourage connaît bien le patient, peut apporter des informations supplémentaires et améliorer la prise en charge en assurant un suivi au domicile (47).

4.2. Moyens utilisés par les soignants

Une étude suisse (48) se questionnant sur les moyens préférentiels de traduction auprès de médecins généralistes a retrouvé les résultats suivants : 45 % des praticiens considèrent comme souhaitable de disposer d'un service téléphonique de traduction à distance, 58 % souhaitent disposer de glossaires avec termes phonétiques et illustrations. Il est estimé que ces deux moyens seraient utilisés aussi souvent que les traducteurs qualifiés s'ils étaient disponibles. Une thèse qualitative auprès des médecins généralistes de Bordeaux sur les moyens utilisés en médecine générale pour gérer la barrière linguistique mettait en avant des « moyens de débrouille » : plusieurs utilisent d'autres supports de communication tels que les gestes, les mimiques, les positions du corps, les attitudes ; ils arrivent à communiquer par du langage non verbal. Les documents à disposition sont également d'une grande aide (comptes-rendus d'hospitalisation, lettre de confrère ou d'associations). L'interprète familial reste la principale ressource même si certains médecins évoquent l'éventuel besoin d'un interprétariat téléphonique (49).

Aux États-Unis, une recherche menée auprès d'étudiants en médecine leur demandant pourquoi ils ne sollicitent pas plus les interprètes met en évidence la contrainte de temps et les considérations d'ordre organisationnel, les objectifs thérapeutiques parfois urgents, la commodité d'utiliser les membres de la famille, les compétences personnelles parfois suffisantes et l'habitude de faire avec « les moyens du bord » (50). Ces résultats sont retrouvés dans d'autres études, y compris pour des prestataires travaillant en structure et ayant des interprètes professionnels facilement disponibles (51).

Il s'agit d'études réalisées dans des structures hospitalières, mais on peut supposer que les obstacles rencontrés à l'hôpital sont encore plus difficiles à surmonter en soins primaires. Deux thèses réalisées en France ont cherché à répondre à cette interrogation. Dans la première, la question « Si un service d'interprétariat professionnel était mis à votre disposition par le service public, l'utiliseriez-vous ? » a été posée aux médecins généralistes. 75 % des médecins ont répondu oui, mais 2/3 avec des réserves : le service est à réserver aux consultations dites « complexes » (diagnostic d'annonce, éducation thérapeutique...) ; les consultations de médecine générale nécessitent une souplesse et donc un service instantané ; l'accord du patient pour la présence de l'interprète est nécessaire avant la consultation et un service téléphonique est plus adapté au rythme de la médecine générale

(52). La seconde avait pour but d'évaluer l'interprétariat téléphonique en soins primaires. 60 recours gratuits à l'association d'interprétariat téléphonique ISM interprétariat ont été alloués, et seuls 20 ont été utilisés. La traduction a permis de poser des diagnostics et d'évaluer la gravité des symptômes, mais aussi d'écouter les patients et de leur faire passer des messages éducatifs et préventifs. Sa disponibilité instantanée pendant la consultation a évité les malentendus, les examens superflus et ciblé les urgences. En cas de problèmes psychiques ou psychiatriques complexes, le recours à un interprète physique paraissait plus approprié (53). Ces résultats sont corroborés par une étude menée auprès d'interprètes, qui pensent que l'interprétariat téléphonique peut suffire dans la majorité des situations rencontrées en médecine générale (54). Une des surprises de cette thèse a été le faible recours à l'interprétariat téléphonique. **Cela laisse sous-entendre que le franchissement de l'obstacle linguistique n'est pas la solution unique à tous les défis rencontrés lors d'une consultation en situation interculturelle.**

5. DIMENSION CULTURELLE

Certes, dans l'accompagnement de la population migrante, la barrière de la langue est un enjeu très important. Mais elle n'est pas le seul. Dans les thèses (49,52-53) et articles (40,46-47) cités ci-dessus la dimension culturelle est mentionnée à chaque fois. Que la barrière de la langue soit levée ou non par les différents systèmes de traduction, les paramètres culturels sont à identifier dans la démarche de soins. Les modèles explicatifs des ISS ainsi que les définitions des déterminants sociaux mentionnent tous la culture comme facteur à retenir et à prendre en compte. **Si la barrière de la langue a été maintes fois explorée dans les travaux de recherche des thésards en médecine, la culture en a beaucoup moins été le sujet central, c'est pourquoi nous avons choisi d'axer notre travail sur cette composante particulière.**

Dans un article se posant la question sur ce que l'anthropologie peut apporter à la pratique médicale, P. Hudelson note qu'il « est important pour les médecins de comprendre l'impact des facteurs sociaux et culturels sur la santé, sur les comportements liés à la santé et sur la prise en charge des patients pour pouvoir fournir des soins centrés sur les besoins du patient » (55). La question culturelle et ses enjeux sont fréquemment évoqués dans la littérature internationale, souvent au détour d'articles traitant plutôt principalement de la barrière de la langue. Elle semble englober bien des domaines : les connaissances et comportements face aux événements de vie en fonction des références culturelles et religieuses, les représentations de la santé de la maladie, de la mort, de la sexualité, de la

parentalité... Selon la définition européenne de la médecine générale, le médecin généraliste se doit de prendre en charge les patients en tenant compte de leur « dimension physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle » (56), ce qui en situation interculturelle peut parfois s'avérer compliqué, et dans ce cas avoir des conséquences non négligeables.

5.1. Définitions de la culture

La notion de « culture » reste difficile à définir et plusieurs concepts s'opposent. Sir Edward Tylor, anthropologue anglais, est un des premiers à la définir en 1871 comme étant « l'ensemble complexe incluant les savoirs, les croyances, les arts, la morale, les lois, les coutumes, ainsi que les autres capacités et habitudes acquises par l'Homme en tant que membre d'une société » (57). Beaucoup de sociologues admettent la définition proposée par G.N Fisher en 1990 : « La culture est l'ensemble des modalités de l'expérience sociale, construites sur des savoirs appris et organisés comme des systèmes de signes à l'intérieur d'une communication sociale qui fournit aux membres d'un groupe un répertoire et constitue un modèle de significations socialement partagées, leur permettant de se comporter et d'agir de façon adaptée au sein d'une société » (58). La culture est donc un véritable système « constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manières de faire » (59). **Chaque individu n'a pas une culture, mais des cultures, et il est porteur d'un ensemble de cultures, peut mobiliser et se rattache à différentes appartenances culturelles.**

Un courant de l'anthropologie explique ainsi la culture de façon large et dynamique : le « relativisme ». C'est un « mouvement de pensée qui traverse les siècles depuis l'Antiquité gréco-romaine, pour désigner un ensemble de doctrines variées qui ont pour point commun de défendre la thèse selon laquelle le sens et la valeur des croyances et des comportements humains n'ont pas de références absolues qui seraient transcendantes » (60). Il s'agit d'une doctrine qui admet la relativité de toute connaissance humaine, d'après laquelle l'idée du bien et du mal, les valeurs morales, varient selon les époques et les sociétés. (61)

À cette définition de la culture s'oppose une autre qualifiée d'« essentialiste » et qui donne naissance au « culturalisme ». La culture serait une essence portée par chaque groupe et société (et qui les spécifierait en conséquence) depuis la nuit des temps jusqu'à aujourd'hui et pour demain. Cette définition de la culture a servi historiquement à justifier de nombreux processus de domination fondés sur une hiérarchisation des cultures et civilisations : esclavage, colonisation, nazisme (62).

Il me paraissait essentiel de revenir sur ces différentes définitions de la culture. En tant que soignant, mais aussi et surtout en tant qu'individu, nous construisons de façon plus ou moins consciente notre conception de la « culture », qui se rattache de près ou de loin aux différents modèles sus cités. L'existence des représentations des médecins généralistes sur la « culture » est évoquée par la Société Française de Médecine Générale (63). Il convient à chacun d'être vigilant sur ses représentations. La considération de la culture dans les soins ne relève pas de la seule clinique, mais mêle inextricablement la perception personnelle de la définition culturelle et des considérations politiques, plus ou moins explicites, sur la place qu'il convient de faire à l'Autre. Toute relation de soin s'inscrit à la fois dans un contexte sociétal et dans des représentations individuelles qui en structurent en partie le sens et le déroulement (64).

5.2. La situation interculturelle dans les soins

Didier Fassin, anthropologue, et Éric Fassin, sociologue nous invitent à réfléchir sur le rapport à l'autre, la politique et le soin, à travers une publication « Misère du culturalisme ». Ils décrivent la gestion de cas de saturnisme à Paris il y a quelques années. Les enfants appartenant principalement à des familles originaires d'Afrique subsaharienne, les médecins mirent la pathologie sur le compte de la géophagie et évoquèrent des causes culturelles pour l'expliquer. Mais après le constat de cas similaires aux États-Unis chez des Africains-Américains installés depuis plusieurs générations et en Grande-Bretagne chez des Indiens et des Pakistanais, ils furent obligés de revoir leur théorie. Le seul point commun entre ces différents groupes était qu'ils résidaient dans des quartiers pauvres et souffraient de discriminations socioraciales. De fait, des enquêtes complémentaires établirent qu'en France l'engorgement du logement social avait conduit les immigrés les plus récents, les plus pauvres et les plus discriminés, en l'occurrence les familles africaines, à se loger dans le parc locatif privé le plus vétuste où leurs enfants se contaminaient en respirant les poussières de peintures dégradées d'appartements délabrés. L'explication n'était donc pas culturelle, elle était politique (65).

Dans un article intitulé « Du syndrome méditerranéen à la balkanisation des diagnostics : l'art difficile de la neutralité en médecine » (66), les Docteurs Sophie Durieux-Paillard et Ariel Eytan reviennent sur un article publié dans la Revue Médicale Suisse « Troubles somatoformes, troubles factices et simulation : l'art difficile du diagnostic différentiel. » L'article originel traite d'un cas clinique. Une patiente originaire des Balkans, ayant déjà bénéficié d'un suivi psychiatrique, souffre à la fois d'un syndrome de stress post-traumatique et de céphalées chroniques. À la suite de la suspension de la mesure de renvoi la

concernant, on observe une amélioration spectaculaire de tous les symptômes, notamment l'amélioration des céphalées. Les auteurs concluent alors que le cas clinique « correspond de toute évidence à un diagnostic de simulation, grâce à l'observation de la guérison de tous les symptômes dès le bénéfice secondaire externe obtenu » (67). Dans leur réponse, les Dr Sophie Durieux-Paillard et Dr Ariel Eytan évoquent « un raccourci rapide, d'autant qu'un tel diagnostic est de nature à stigmatiser de façon durable le futur médical ». Cette conclusion fait fi de nombreux éléments, comme le fait que le taux de comorbidités dans le syndrome de stress post-traumatique notamment les troubles somatoformes, est élevé, jusqu'à 80 %. La douleur physique pourrait ainsi être considérée comme un mécanisme inconscient d'évitement, option étiologique qui n'a pas été considérée. La composante culturelle des symptômes a été rapidement éludée : « le facteur culturel... n'a pas interféré... la patiente ayant été prise en charge par un thérapeute de sa culture et parlant sa langue ». Pourtant, le fait d'être originaire de régions frontalières ne veut pas forcément dire que l'on ait la même « culture ». Les représentations de la santé et de la maladie d'une paysanne analphabète du Kosovo et d'un médecin originaire d'Albanie sont probablement bien différentes, même s'ils partagent la même langue.

En 2005 le Conseil de l'Ordre des Médecins a publié un rapport sur la Pratique médicale et identité culturelle (68) qui avait pour ambition de réfléchir sur la pratique médicale contemporaine confrontée au multiculturalisme, à l'actualité médicale, politique et religieuse et à l'émergence des médecines parallèles. Thématique complexe, certains médecins exprimèrent leur désaccord vis-à-vis des stratégies proposées (69).

Par le biais des exemples suscités, on peut toucher du doigt les divergences de perception, de représentations et d'appréhension qui existent au sein de la communauté médicale en cas de situation interculturelle. Si les attitudes rapportées reflètent des réflexions différentes concernant la composante culturelle, on ne peut oublier qu'elle fait partie intégrante des facteurs déterminants les ISS.

La prise en compte de la question culturelle dans la démarche de soins s'ancre donc dans un cadre beaucoup plus large, anthropologique, sociologique et politique. Il m'a semblé nécessaire de l'évoquer afin de mieux comprendre les tenants et les aboutissants qui se jouent derrière cette question qui semble plutôt spécifique de prime abord, mais qui à travers la place qu'on lui accorde et notre façon d'y réfléchir est aussi le reflet, conscient ou pas, de convictions plus personnelles.

6. ATTENTES DES DIFFERENTS ACTEURS : SOIGNANTS ET PATIENTS

6.1. Attentes des soignants

Au-delà des réflexions individuelles influençant la pratique, identifier les besoins des soignants en situation multiculturelle semble nécessaire afin de pouvoir y répondre au mieux. Les acteurs de soins primaires expriment plusieurs problématiques qui reviennent de façon récurrente dans la littérature.

Le manque de connaissance global sur les populations migrantes ou les minorités ethniques tant sur le plan de leurs droits que sur le plan de la prise en charge spécifique médicale est source de difficultés. La formation continue tout comme l'enseignement durant l'internat est pauvre. Pour exemple, deux heures sont consacrées à la précarité lors de l'enseignement du DES de médecine générale à Bordeaux, et aucune ne traite spécifiquement de la question culturelle. Des formations sur les problématiques spécifiques constituent une des demandes, notamment à propos des pathologies spécifiques ou des généralités sur les différentes représentations de la maladie et la composante culturelle du soin (70,71)

L'isolement dans la prise en charge et le manque de coordination avec des partenaires connus et reconnus sont un des éléments les plus mis en avant (72). Le système de soin est décrit comme étant encapsulé, pourtant un réseau solide et fructueux semble être une des priorités dans les demandes des médecins. Une étude a cherché à mettre en évidence les qualités attendues chez les partenaires du réseau de soins concernant ces populations. Les facteurs de confiance sont principalement la compétence culturelle perçue et les expériences positives des familles. Les ONG sont souvent considérées comme les plus compétentes (73). Un besoin exprimé également par de nombreux généralistes serait une personne ressource, par exemple issue de la communauté, qui permettrait de faire le lien (74).

La logistique est aussi un point central des demandes des médecins afin de pouvoir accompagner la population migrante au mieux. Le système de soins est souvent méconnu par les patients. Le parcours de soins, les différents droits existants, les rouages du système français sont souvent compliqués à saisir pour les acteurs de soins, donc d'autant plus pour un nouvel arrivant. S'assurer que le patient est initialement accompagné dans ses démarches et lui expliquer le fonctionnement du système de soins permet d'investir le patient dans la stratégie de soins. Chacun y gagnerait et le patient serait réellement acteur de sa prise en charge, en étant plus à l'aise avec ses droits. L'accompagnement des populations

vulnérables entraîne souvent une surcharge administrative et accroît la charge de travail. La possibilité de consultation plus longue, de plages sans rendez-vous ou d'une rémunération spécifique sont évoquées (74,75), les consultations avec les populations migrantes étant souvent considérées comme chronophages. **La population migrante est perçue comme une population fragile devant être accompagnée à de multiples niveaux dans un contexte de relation médecin patient plus laborieuse à établir (76).**

Toutefois, pour certains médecins, ce n'est pas à eux de « s'adapter ». Selon une étude belge réalisée chez des professionnels de santé, trois types de responsabilités sont ressorties : la responsabilité en matière de communication, de « négociation des valeurs, préférences culturelles » et l'adaptation aux croyances en matière de santé. Lorsque l'adaptation concerne directement la communication avec le patient, les professionnels de la santé ont déclaré qu'ils devraient être ceux qui doivent s'adapter ; en ce qui concerne les préférences culturelles, cependant, la responsabilité incomberait au patient. Concernant l'adaptation aux croyances de santé, les résultats étaient partagés (77).

Cette conception des soins semble être minoritaire, avec globalement des acteurs de soins primaires qui se sentent insatisfaits face à une prise en charge ne semblant pas optimale et qui sont demandeurs d'outils afin de les aider à mieux accompagner la population migrante (78). De façon générale, les besoins exprimés par les médecins quel que soit le pays se recoupent et il en est de même quant aux demandes formulées par les patients issus de la population migrante et des minorités ethniques.

6.2. Attentes des patients

Une étude américaine a cherché à savoir si les disparités dans les relations patient/médecin résultent du fait que les patients appartenant à une minorité ethnique (patients afro-américains et latino-américains) sont traités différemment de la majorité ethnique, alors qu'ils préféreraient être traités de la même manière, ou si des disparités apparaissent lorsque les patients appartenant à une minorité ethnique sont traités de la même manière en tant que patients européens américains alors qu'ils préféreraient être traités différemment. Les patients de tous les groupes ont décrit un souhait de soins centrés sur le patient, tel que le désir d'un clinicien attentif aux besoins des patients. Les patients Afro-Américains ont rapporté des expériences qu'ils jugeaient discriminatoires. Certains patients Afro-Américains ont estimé qu'il était approprié de contextualiser leurs soins sur le plan racial ou ethnique, et la plupart des patients Latino-Américains ont préféré les cliniciens concordants en matière de langue et de culture. (79)

Selon une revue de la littérature sur les expériences des patients en soins primaires en communication interculturelle (80) on peut retenir des aspects identifiés positivement comme certaines compétences techniques et relationnelles et une certaine approche du soin attentive à l'environnement du patient et d'autres aspects plus négatifs : irrespect, contrainte de temps et côté uniquement biomédical du médecin. Une comparaison entre la population générale et les minorités ethniques met en évidence des facteurs plus particuliers influençant selon les minorités ethniques la communication : barrière de la langue, la discrimination, les différences de valeurs et de croyances et l'acculturation. **L'attention bienveillante apportée à la dimension culturelle semble primordiale pour une bonne communication selon les patients interrogés.**

Enfin, un article portant sur les demandeurs d'asile, les réfugiés et les personnes sans statut juridique au Royaume-Uni a recherché à identifier les obstacles à l'accès équitable aux soins de santé. Si certains sont établis tels que les difficultés linguistiques, le but cette fois était de prendre en compte des aspects de la marginalisation plus larges, vécus à travers la dynamique de « l'Autre » pour comprendre les multiples strates qui contribuent aux ISS. Cette étude qualitative a révélé quatre thèmes principaux abordés par les patients : les histoires de vie avant le départ et les défis après l'arrivée ; le statut juridique ; les connaissances en matière de santé et les obstacles procéduraux ; les compétences linguistiques et culturelles des intervenants. La confidentialité, la confiance, les temps d'attente et les courtes consultations médecin-patient ont été soulignés comme étant insuffisants pour des communications et des soins adaptés culturellement et se traduisant souvent par un traitement et une prise en charge inadéquats (81).

7. PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE

Nos croyances et idéologies personnelles font partie intégrante de notre conception de la culture et de la place que l'on doit laisser à l'Autre. Une des missions des acteurs de soins primaires est de tendre vers une pratique plus égalitaire, vers une réduction des iniquités en santé. La population migrante et les minorités ethniques sont identifiées comme des populations plus vulnérables nécessitant une vigilance particulière. Parmi les nombreux déterminants de santé, la dimension culturelle dans la démarche de soins est un facteur sur lequel les acteurs de soins primaires peuvent agir. Ne pas en tenir compte serait d'ailleurs participer aux inégalités de santé.

Les soignants comme les patients expriment clairement des besoins quant à l'intégration de la composante culturelle dans la pratique quotidienne de la médecine générale. La prise en

charge actuelle de ces populations semble avoir des lacunes et médecins généralistes expriment des difficultés. La majorité des études traitant des populations migrantes poussent à explorer la problématique de la question culturelle et les ressources disponibles pour accompagner les soignants dans leur exercice quotidien. **On peut donc légitimement se demander quels sont les outils à disposition des acteurs de soins primaires à l'heure actuelle pour prendre en compte cette dimension culturelle dans leur démarche de soins ? L'objectif de ce travail est de réaliser une revue systématique de la littérature afin d'identifier les outils ayant fait la preuve de leur efficacité dans la prise en compte de la question culturelle en soins primaires.**

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INPES – ISS : Définition et concepts [Internet]. [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>
2. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Health promotion international*. 1991;6(3):217-228.
3. Cambois E, Laborde C, Robine J.-M. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population & Sociétés*; Janvier 2008
4. Académie Nationale de Médecine. Rapport Précarité, pauvreté et santé de l'Académie de Médecine. [Internet] 2017. [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/rapport-Pr%C3%A9carit%C3%A9-pauvret%C3%A9-et-sant%C3%A9-version-21-juin-2017-apr%C3%A9s-vote.pdf>
5. Organisation mondiale de la santé. Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la commission OMS des déterminants sociaux de la santé. Genève : OMS; Aout 2008.
6. Wilkinson R, Marmott MR. Les déterminants sociaux de la santé. Les faits. 2e éd. rév. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe [Internet] 2004. [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107343>
7. Goldberg M, Melchior M, Leclerc A, Lert F. Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2003;51(4):381–401.
8. Flores P, Falcoff H. Peut-on agir en médecine générale sur les inégalités sociales de santé ? *Revue du Praticien*. 2004;(54):263–70
9. Gouvernement du Canada. Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé. [Internet] 2019. [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html#What>
10. Whitehead M., Dahlgren G. What can be done about inequalities in health?. *The Lancet*. 1991;338(8774):1059-1063
11. Lombrail P. Accès aux soins. Les inégalités sociales de santé. Paris: La Découverte; 2000

12. République française. Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Legifrance [Internet] 1998 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894>
13. Gimenez M. Vers une meilleure qualité des soins pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME) en Gironde : enquête qualitative par focus-groupes auprès des médecins généralistes des bénéficiaires de l'AME de Bordeaux Métropole. [Thèse d'exercice de médecine générale]. Bordeaux : Université de Bordeaux. 2018
14. Organisation mondiale de la santé (OMS). Pour un système de santé plus performant. Rapport d'observation 2000. Genève : OMS; 2000.
15. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations. International Migration Report 2017 : Highlights. New York; 2017
16. Organisation internationale pour la migration (OIM). Migration and migrants: A global overview. World Migration Report 2018. Genève; 2017 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : <https://publications.iom.int/fr/books/world-migration-report-2018>
17. Organisation internationale pour la migration (OIM). World Migration Report 2010 : the future of migration : Building capacities for change. Genève; 2017 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2010_english.pdf
18. Ministère de l'Europe et des affaires étrangères - France Diplomatie : Le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières. [Internet] 2018 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/la-france-et-les-nations-unies/le-pacte-mondial-pour-des-migrations-sures-ordonnees-et-regulieres/>
19. Institut National d'Études Démographiques. La migration dans le monde. [Internet] 2018 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/les-migrations-dans-le-monde/>
20. Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France. Ministère de l'Intérieur - Les principales données de l'immigration en France au 15 janvier 2019. [Internet] 2019 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/114416/915665/file/Les-principales-donnees-de-l-immigration-au-15-janvier-2019.pdf>
21. INSEE. Recensement de la population. 2015. [Internet] [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/information/3561862>

22. Le Comité médical pour les exilés. Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire. Saint-Denis : Editions Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2008 ; 568 p. [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : <http://www.COMEDE.org/-Guide-COMEDE-2008>
23. Federoci L. La prise en charge des patients migrants en médecin générale : soigner mieux en connaissant plus [Thèse d'exercice de médecine générale]. Paris VI : Université Pierre et Marie Curie; 2013
24. IRDES. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 [Internet]. 2010 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf>
25. Boiguérin B, Haury B. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. Etudes et Résultats, IRDES. 2008 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/DREES_juillet_2008_Les_beneficiaires_de_l_AME_en_contact_avec_le_systeme_de_soins.pdf
26. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration. Revue 2009. vol. 60(2), p385-411.
27. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français - Qes172.pdf [Internet] 2012 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf>
28. Beauchemin C, Hamel C, Simon P. Trajectoires et origines, Enquête sur la diversité des populations en France. Ined. Collection: Grandes Enquêtes; 2016.
29. Observatoire 2018 de l'accès aux droits et aux soins en France. Médecins du Monde [Internet]. 2018 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/10/16/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-2018>
30. Repères sur la santé des migrants. La Santé de l'Homme. Novembre-Décembre 2007, n° 392, pp. p21-24
31. Adam C. Santé et vulnérabilités sociales : le point de vue du médecin généraliste. Humanitaire. [Internet] 2013 [cité 14 mars 2019] Disponible sur : <http://humanitaire.revues.org/2793>

32. Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Paris : Ellipses; 2017
33. INPES. Prendre en compte les inégalités de santé en médecine générale. Repères pour votre pratique ; [Internet] 2014 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1538
34. D'Uva T. B, Jones A. M. Health care utilisation in Europe: new evidence from the ECHP. *Journal of health economics*; 2009;28(2), 265-279.
35. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Charte d'Ottawa. [Internet]. 1986 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
36. IReSP. Colloque vulnérabilités sanitaires et sociales; 2013 [Internet]. 2013 [cité 14 Mars 2019]. Disponible sur : <http://www.iresp.net/files/2013/04/Pr%C3%A9sentations-IReSP-Colloquevuln%C3%A9rabilit%C3%A9s-sanitaires-et-sociales.pdf>
37. Butow PN, Goldstein D, Bell ML, Sze M, Aldridge LJ, Abdo S, et al. Interpretation in consultations with immigrant patients with cancer: how accurate is it? *J Clin Oncol*. 10 juill 2011 ; 29(20) : 2801-7.
38. Flores G. The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*. 2005;62: 255– 99.
39. Ribera J, Hausmann-Muela S, Peeters Grietens K, Toomer E. Is the Use of Interpreters in Medical Consultations Justified? A Critical Review of the Literature. *PASS International*; 2008.
40. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res*. avr 2007 ; 42(2):727-54.
41. Charte de l'Interprétariat médical et social professionnel en France. Strasbourg ; 14 Novembre 2012
42. MacFarlane A, Dzebisova Z, Karapish D, Kovacevic B, Ogbemor F, Okonkwo E. Arranging and negotiating the use of informal interpreters in general practice consultations: experiences of refugees and asylum seekers in the west of Ireland. *Soc Sci Med*. juill 2009;69(2):210-4.

43. Bayram C, Ryan R, Harrison C, Gardiner J, Bailes MJ, Obeyesekere N, et al. Consultations conducted in languages other than English in Australian general practice. *Aust Fam Physician*. févr 2016;45(1):9-13.
44. Villalobos BT, Bridges AJ, Anastasia EA, Ojeda CA, Rodriguez JH, Gomez D. Effects of language concordance and interpreter use on therapeutic alliance in Spanish-speaking integrated behavioral health care patients. *Psychol Serv*. févr 2016;13(1):49-59.
45. Nápoles AM, Santoyo-Olsson J, Karliner LS, O'Brien H, Gregorich SE, Pérez-Stable EJ. Clinician ratings of interpreter mediated visits in underserved primary care settings with ad hoc, in-person professional, and video conferencing modes. *J Health Care Poor Underserved*. févr 2010;21(1):301-17
46. Brisset C, Leanza Y, Laforest K. Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Educ Couns*. 2013;91(2):131–40
47. Krupic F, Hellström M, Biscevic M, Sadic S, Fatahi N. Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden. *J Clin Nurs*. juin 2016;25(11-12):1721-8.
48. Graz B, Vader J, Raynault M. Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction. *Santé Publique*. 2002 vol. 14(1), 75-81.
49. Beelur A. Le médecin généraliste et la barrière linguistique : enquête qualitative exploratoire d'analyse de pratiques auprès de 10 généralistes girondins. [Thèse d'exercice de médecine générale] Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2011
50. Diamond LC, Schenker Y, Curry L, Bradley EH, Fernandez A. Getting by: underuse of interpreters by resident physicians. *J Gen Intern Med*. févr 2009;24(2):256-62
51. Hsieh E. Not just « getting by »: factors influencing providers' choice of interpreters. *J Gen Intern Med*. janv 2015;30(1):75-82.4
52. Chaaban S. Evaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprètes professionnels face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse. [Thèse d'exercice de médecine générale]Toulouse : Université Paul Sabatier - Faculté de médecine ; 2014

53. Richard C. Prise en charge des patients allophones en consultation de médecine générale : Place de l'interprétariat professionnel [Thèse d'exercice de médecine générale] Rennes : Faculté de Médecine ; 2016
54. Price EL, Pérez-Stable EJ, Nickleach D, López M, Karliner LS. Interpreter perspectives of in-person, telephonic, and videoconferencing medical interpretation in clinical encounters. *Patient Educ Couns*. mai 2012;87(2):226-32.
55. Hudelson P. Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ?. *Santé conjugée*. 2008;46:35-40
56. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste – médecin de famille. Europe : Wonca; 2002
57. Taylor E. *Primitive Culture*. J.P. Putnam's Sons. New York. 1920
58. Fischer, G. N. *Les domaines de la psychologie sociale : Le champ du social*. Paris: Dunod; 1990
59. Moro M-R. *Psychiatrie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod; 2004
60. Boudon R. Comprendre les Identités culturelles. *Revue Comprendre*. 2000;1: 311-39 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : https://www.asmp.fr/fiches_academiciens/textacad/boudon/comprendre1.pdf
61. Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. Relativisme culturel [Internet]. [cité 14 mars 2019] Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/relativisme>
62. COLLECTIF MANOUCHIAN. *Dictionnaire des dominations*. Paris. Syllepse. 2012
63. Société Française de Médecine Générale. Sociologie et anthropologie : quels apports pour la médecine générale. *Documents de recherche en médecine générale*. Nov 2007. [cité 14 mars 2019] Disponible sur http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1022/fichier_fichier_dr64_art_lutsman-bourgeoisa95d9bfabe.pdf
64. Sicot F, Touhami S. Des dispositifs de soin spécifiques pour les patients d'origine étrangère?. *Empan* 2017;2:101-108.

65. Fassin D, Fassin E. Misère du culturalisme. Le Monde. 30 septembre 2010 [Internet]. 2010[cité 14 mars 2019] Disponible sur : <http://lmsi.net/Misere-duculturalisme>
66. Durieux-Paillard S, Loutan L. Diversité culturelle et stéréotypes: la pratique médicale est aussi concernée. Rev Médicale Suisse. sept 2005
67. Le Goff-Cubilier V. L, Bryois P, Troubles somatoformes, troubles factices et simulation: l'art difficile du diagnostic différentiel. Rev Med Suisse 2007;3:320-33.
68. Rapport de la Commission nationale permanente, Conseil de l'ordre des médecins. Pratique médicale et identité culturelle. 2005
69. Desclaux A. À propos de « Pratique médicale et identité culturelle », un rapport de l'Ordre des Médecins. Bulletin Amades Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé. [Internet] 1 mars 2006 [cité 14 mars 2019] Disponible sur : <http://amades.revues.org/291>
70. Mishori R., Aleinikoff S., Davis D. Primary care for refugees: challenges and opportunities. American family physician. 2017;96(2):112-120.
71. Querioux I. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Étude qualitative par focus groups. [Thèse d'exercice de médecine générale] Nancy : Faculté de Médecine ; 2011
72. Farley R, Askew D, Kay M. Caring for refugees in general practice: perspectives from the coalface. Aust J Prim Health. 2014;20(1):85-91.
73. Isaacs S, Valaitis R, Newbold KB, Black M, Sargeant J. Competence trust among providers as fundamental to a culturally competent primary healthcare system for immigrant families. Prim Health Care Res Dev. janv 2013;14(1):80-9.
74. Duncan G, Harding C, Gilmour A, Seal A. GP and registrar involvement in refugee health - a needs assessment. Aust Fam Physician. juin 2013;42(6):405-8.
75. Wachtler C, Brorsson A, Troein M. Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. Family practice. 2005. 23(1), 111-115.
76. Philippe V. L'accueil des personnes en grande précarité par les médecins généralistes Lyonnais. Enquête qualitative par entretiens individuels auprès de médecins généralistes de Lyon. [Thèse d'exercice de médecine générale] Lyon : Faculté de Médecine ; 2015

77. Dauvrin M, Lorant V. Adaptation of health care for migrants: whose responsibility? *BMC Health Serv Res.* 8 juill 2014;14:294.
78. Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, Prakongsai P. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers » lens. *BMC Health Services Research.* 17 sept 2015;15:390.
79. Cuevas A. G, O'Brien K, Saha, S. What is the key to culturally competent care: Reducing bias or cultural tailoring?. *Psychology & health.* 2017;32(4):493-507
80. Rocque R, Leanza Y. A Systematic Review of Patients' Experiences in Communicating with Primary Care Physicians: Intercultural Encounters and a Balance between Vulnerability and Integrity. *PLoS ONE.* 2015;10(10):e0139577
81. Fang ML, Sixsmith J, Lawthom R, Mountian I, Shahrin A. Experiencing « pathologized presence and normalized absence »; understanding health related experiences and access to health care among Iraqi and Somali asylum seekers, refugees and persons without legal status. *BMC Public Health.* 19 sept 2015

PARTIE II : ARTICLE

1. INTRODUCTION

En ce début du XXI^e siècle, les phénomènes migratoires n'ont jamais été aussi importants plaçant la migration et les migrants au cœur de l'actualité. En découlent de nombreux questionnements touchant le champ politique comme anthropologique, sociologique, mais aussi sanitaire. La place que l'on accorde à l'Autre dans la société est constamment débattue. Elle est le reflet de nos convictions, conceptions et valeurs personnelles et influe sur notre façon de penser la médecine face à cette palette de cultures de plus en plus diversifiée.

Les médecins généralistes accueillent actuellement dans leurs cabinets une mosaïque de patients aux parcours très divers : réfugiés en situation régulière ou non, population Rom, travailleurs ou étudiants... (1). Les migrants internationaux sont estimés à 258 millions dans le monde en 2017 (2) et le dernier recensement en France fait état de 6,17 millions d'immigrés (3). L'OMS reconnaît, dans son rapport de 2008 sur l'équité en santé, que certaines populations ont été « laissées sur le côté de la route » (4) et souffrent particulièrement des Inégalités Sociales de Santé (ISS). La population migrante et les minorités ethniques, sujettes à de nombreux facteurs de vulnérabilité, en font partie et seront l'objet de notre travail.

« La justice sociale est une question de vie ou de mort ». Première phrase du rapport de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS, elle traduit l'importance des ISS dans notre système de soins actuellement (4). Les ISS font référence au lien entre l'état de santé et l'appartenance à un groupe plus ou moins haut situé dans l'échelle sociale. La position sociale renvoie à un niveau de ressources matérielles ainsi qu'à l'exposition à certains facteurs de risque qui produisent un niveau de santé. Tous ces facteurs interagissent et viennent influencer sur notre état de santé. Beaucoup d'entre eux ne relèvent pas du domaine de la médecine, mais de l'appareil politique et de la volonté des institutions à mettre en place des mesures pour réduire ces inégalités. Toutefois, le secteur sanitaire doit également se sentir concerné et chaque médecin, à titre personnel, a un rôle à jouer. On sait que chez les patients issus des milieux les plus défavorisés, l'accès aux soins et les soins en eux-mêmes ont un effet plus important sur l'état de santé global car ils s'avèrent être parmi les déterminants de santé les plus facilement accessibles (5). La solidarité et la recherche d'une équité en termes de santé me semblent être des impératifs à placer au centre de notre exercice.

Les acteurs de soins primaires sont au premier plan dans cette démarche de promotion de la santé. Les politiques de santé publique mises en œuvre ces dernières années en France les

placent, notamment depuis la réforme de l'assurance maladie de 2004 au centre du système de soins, réaffirmant leur rôle de pivot. La Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS le rappelle dans son rapport de 2008, « les systèmes de santé donnent de meilleurs résultats sanitaires s'ils reposent sur le modèle des soins de santé primaires » (4). La population migrante, de par la pluralité des pathologies rencontrées, souvent chroniques, s'intègre parfaitement au champ d'action de la médecine générale.

Selon la définition européenne de la médecine générale, le médecin généraliste se doit de prendre en charge les patients en tenant compte de leur « dimension physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle » (6). Notre travail se penche sur la dimension culturelle. En effet, elle fait partie des facteurs clairement identifiés comme étant un déterminant de santé (4,7,8) pourvoyeur d'ISS, d'autant plus prépondérant dans certaines populations, comme la population migrante ou les minorités ethniques.

L'exercice de la médecine en situation multiculturelle peut s'avérer complexe et avoir des conséquences non négligeables. Les représentations des soignants sur la culture peuvent avoir un impact sur la prise en charge. Certains patients avancent la question culturelle pour justifier le non-recours aux soins, ou une mauvaise relation médecin-patient (1,9-13). Selon le Rapport du Conseil de l'Europe sur les relations interculturelles : « Les malentendus interculturels se paient cher : en temps, à la fois celui du patient et celui du personnel de santé, en souffrance supplémentaire inutile du patient, en dépenses superflues résultant d'un diagnostic erroné ou d'un traitement inadéquat » (14).

On peut supposer que la communication avec l'Autre est parfois compliquée à établir en soins primaires en situation multiculturelle (15,16), que l'approche interculturelle du concept de santé n'est pas si évidente que cela (17-21) et que les pièges du culturalisme et des stéréotypes sont parfois difficiles à éviter (22-24). La dimension culturelle, avec des référentiels et des représentations de la maladie différentes, peut entraver une bonne communication (22,25-26) et la création d'un espace favorable à la construction de la relation médecin-patient (15).

Les patients d'origine étrangère ne doivent toutefois pas être considérés comme une entité complètement « à part » (27). Leurs attentes dans la relation médecin-patient ne divergent pas de celles de la population générale. Ils évoquent un désir d'information, d'empathie, de respect, de compréhension (28-35). Mais la mise en place de la communication médecin-patient, souvent déjà compliquée, peut pâtir d'obstacles surajoutés en situation interculturelle (36-38). La barrière de la langue est très bien identifiée et a fait l'objet de nombreuses études (39-44). La problématique de la dimension culturelle et des représentations en santé

est également souvent abordée. Plusieurs recherches engagent à explorer ce domaine spécifiquement (1,11-12,25,45,46) et à développer des outils (15) (47-55).

La question que nous nous sommes posée a donc été : quels sont les outils à disposition des acteurs de soins primaires à l'heure actuelle permettant d'intégrer de façon la plus pertinente cette dimension culturelle dans la démarche de soins ? Problématique universelle, explorer ce qui se fait en France, mais aussi de par le monde nous a paru le plus judicieux. Nous avons choisi d'effectuer une revue systématique de la littérature afin de pouvoir identifier quels sont les dispositifs les plus appropriés et proposer à partir des résultats des pistes de réflexion.

2. MATERIEL ET METHODE

Une revue systématique de la littérature a été menée en suivant les règles d'élaboration et de publication définies par le manuel Cochrane (56) et le Prisma Statement (57). Cette revue a couvert les articles publiés ces dix dernières années, période correspondant à l'augmentation mondiale des flux migratoires. Le travail de recherche a été effectué par une seule chercheuse, l'auteure de cette thèse.

2.1. Critères de sélection

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Date de publication : du 01/01/2009 au 01/01/2019
- Lieu d'étude : La France et le Monde
- Langue : français ou anglais
- Population : Étrangers ou personnes d'origine étrangère (migrants et immigrés, population de passage), minorités ethniques
- Articles portant et évaluant un outil, une démarche de soins ou une intervention traitant de la question culturelle
- Activité de soins primaires ou acteurs de soins primaires
- Articles publiés dans une revue indexée

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Articles abordant uniquement les obstacles aux soins d'origine culturelle, les ressentis et/ou besoins des patients ou des acteurs de soins concernant la question culturelle, les représentations culturelles en santé sans description d'une action/intervention/démarche de soins concrète mise en place pour répondre aux problématiques identifiées.
- Articles traitant uniquement de la barrière de la langue ou de l'interprétariat.
- Les thèses et les mémoires
- Articles non disponibles en entier

2.2. Sources d'information et stratégie de recherche

Nous avons tout d'abord cherché dans la base documentaire BIUS qui recense l'ensemble des thèses produites en France, ainsi que dans la base SUDOC si un travail similaire avait été réalisé. Si plusieurs travaux de recherche évoquent la question culturelle, les représentations en santé et l'accompagnement des populations migrantes, aucun ne traite spécifiquement de la question culturelle.

Nous avons interrogé en janvier 2019 six bases de données :

- PubMed
- Cochrane Library
- Science Direct
- CISMef
- CAIRN
- Banque de Données de Santé Publique (BDSP)

L'équation de recherche initiale a été établie afin de sélectionner les articles pouvant répondre à la question suivante : quels sont les outils à la disposition des acteurs de soins primaires pour traiter de la question culturelle dans la démarche de soins ? Elle a été adaptée à chaque base de données. Chaque équation de recherche a été réalisée si possible à partir des termes en Anglais tirés du thesaurus Medical Subject Headings (MeSH) puis si cela était réalisable avec des termes en français tirés de ce même thesaurus (Annexe 1).

Les équations de recherche concernant les différentes bases de données étaient les suivantes :

TABLEAU 1 : BASES DE DONNEES UTILISEES ET EQUATIONS DE RECHERCHE

Base de données	Équation de recherche
PubMed	<p>(((((("Emigrants and Immigrants"[Mesh]) OR "Transients and Migrants"[Mesh]) OR "Population Groups"[Mesh]) OR "Refugees"[Mesh]) OR "Minority Groups"[Mesh]) OR "Minority Health"[Mesh]) AND ((((((("General Practice"[Mesh]) OR "General Practitioners"[Mesh])OR "Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR "Family Practice"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh:NoExp]) OR "Community Health Services"[Mesh:NoExp]) AND (((("Cultural Competency"[Mesh]) OR "Culture"[Mesh]) OR "Culturally Competent Care"[Mesh])</p> <p>Limites : Abstract, 10 years, humans</p>
Cochrane Library	<p>(((((("Emigrants and Immigrants"[Mesh]) OR "Transients and Migrants"[Mesh]) OR "Population Groups"[Mesh]) OR "Refugees"[Mesh]) OR "Minority Groups"[Mesh]) OR "Minority Health"[Mesh]) AND ((((((("General Practice"[Mesh]) OR "General Practitioners"[Mesh])OR "Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR "Family Practice"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh:NoExp]) OR "Community Health Services"[Mesh:NoExp]) AND (((("Cultural Competency"[Mesh]) OR "Culture"[Mesh]) OR "Culturally Competent Care"[Mesh])</p> <p>Recherche effectuée dans "title, abstract, keywords". Limite: 2009-2019</p>
Science Direct	<p>(Immigrants OR migrants OR emigrants OR Refugees OR Minority Groups) AND (General Practice OR General Practitioners OR Physicians, Primary Care OR Primary Health Care) AND (Cultural Competency OR Culture OR Culturally Competent care)</p> <p>Recherche effectuée dans « title abstract or author-specified keywords ».</p>

	Limites : Years 2009-2019
CISMeF	<p>((((((((((((((((population de passage et migrants.mc[TER_MSH]) OR émigrants et immigrants.mc[TER_MSH]) OR réfugiés.mc[TER_MSH]) OR groupes de population.mc[TER_MSH]) OR santé des minorités.mc[TER_MSH]) OR minorités.mc[TER_MSH]) AND médecine générale.mc[TER_MSH]) OR médecins généralistes.mc[TER_MSH]) OR soins de santé primaires.sr[TER_CIS]) OR médecins de premier recours.mc[TER_MSH]) OR médecine de famille.mt[TER_CIS]) OR médecins de famille.mc[TER_MSH]) OR services de santé communautaires.mc[TER_MSH]) AND Soins adaptés sur le plan culturel.mc[TER_MSH]) OR culture (sociologie). mc[TER_MSH]) OR compétence culturelle.mc[TER_MSH]</p> <p>Limites : 2009 à 2019</p> <p>Sélection des : articles de périodiques / information scientifique ou technique / résumé ou synthèse en français / revue de la littérature / méta analyse / étude comparative / base de données biblio / périodique / rapport et études</p>
CAIRN	<p>population de passage OU migrants OU émigrants OU immigrants OU réfugiés OU minorité ET médecin généraliste OU médecine générale OU médecin de premier recours OU soins primaires OU services de santé communautaire OU médecin de famille OU médecine de famille ET compétence culturelle OU culture OU soins culturellement adaptés</p> <p>Limites : dans le texte intégral accessible via institution (résumé 0) / 10 dernières années / revues</p>
BDSP	médecine générale + migrant

Les références des articles précédemment sélectionnés ont également été explorées via Google Scholar. Une base de données en utilisant le logiciel de gestion bibliographique ZOTERO a été créée.

2.3. Sélection des articles

La sélection des articles a été faite en plusieurs étapes successives selon l'ordre chronologique décrit ci-dessous. Dans un premier temps, tous les doublons et articles dans une autre langue que le français ou l'anglais ont été supprimés.

Dans un second temps, la sélection des articles a été réalisée en trois phases :

- Une première analyse par lecture des titres avec exclusion des articles hors sujet.
- Une deuxième analyse par lecture du résumé des articles (abstract), afin d'inclure les articles les plus pertinents pour répondre à la question posée.
- Une troisième analyse par lecture du corps des articles retenus, avec sélection de ceux qui correspondaient aux critères de sélection prédéfinis.

2.4. Processus de recueil de données et données recherchées

Les articles sélectionnés ont ensuite été relus dans leur intégralité et analysés pour rechercher des données pertinentes, selon une grille de lecture construite à priori.

Les données extraites ont été classées en différentes catégories :

- Titre, auteur principal, année de publication.
- Pays, durée.
- Type d'étude.
- Objectif (s) de l'étude.
- Population étudiée.
- Méthodologie.
- Critère (s) de jugement (excepté pour les études qualitatives).
- Principaux résultats.
- Discussion/conclusion.

2.5. Évaluation des études

Chaque article sélectionné a été évalué sur des critères méthodologiques et de qualité, adaptés à chaque étude. Pour les méta-analyses et revues systématiques, nous avons choisi d'évaluer la qualité du rapport selon la grille PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses). Pour les études contrôlées randomisées, la qualité du rapport a été évaluée avec la grille CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials), pour les études qualitatives avec la grille COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research), la grille CARE (Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development) a été choisie pour les études de cas et enfin la grille SPIRIT (Standard Protocol Items : Recommendations for Interventional Trials) pour les études expérimentales.

TABLEAU 2 : GRILLES D'ANALYSE DES ARTICLES SELECTIONNES

Tableau I. Liste des 10 lignes directrices traduites.			
Acronyme	Objet des lignes directrices	Liste de contrôle	Diagramme de flux
CONSORT	essais contrôlés randomisés	X	X
STROBE	études observationnelles (suivi de cohorte, cas-témoins, études transversales, etc.)	X	
PRISMA	revues systématiques et méta-analyses	X	X
STARD	études sur la précision des tests diagnostiques	X	X
COREQ	rapport de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés	X	
ENTREQ	synthèses de recherche qualitative, revues de littérature et méta-analyses	X	
SQUIRE	études sur l'amélioration de la qualité des soins	X	
CARE	études de cas	X	X
SAMPL	méthodes et analyses statistiques	X	
SPIRIT	essais cliniques, études expérimentales et divers protocoles	X	

SOURCE : GEDDA, M. TRADUCTION FRANÇAISE DE DIX LIGNES DIRECTRICES POUR L'ECRITURE ET LA LECTURE DES ARTICLES DE RECHERCHE. KINESITHERAPIE, LA REVUE. 2015. 157(15), 25-27.

Nous avons évalué le niveau de preuve scientifique et de force de recommandations. Nous nous sommes appuyés sur les grilles du guide d'analyse de la littérature et de gradation des recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) publiées en janvier 2000 (58) (Annexe 2).

2.6. Analyse des données

Pour chaque étude sélectionnée, les données extraites ont renseigné : Titre, auteur principal, année de publication ; pays, durée ; type d'étude ; objectif(s) de l'étude ; population étudiée ; méthodologie ; critère(s) de jugement (excepté pour les études qualitatives) ; principaux résultats ; discussion/conclusion. Des tableaux résumant ces informations ont été réalisés afin d'analyser les résultats.

3. RESULTATS

3.1. Sélection des articles

Un total de 856 articles a été obtenu par l'interrogation des différentes bases de données. 8 autres ont été identifiés via la recherche manuelle se basant sur les références des articles.

TABLEAU 3 : RESULTATS PAR BASE DE DONNEES

Base de données	Résultats
PubMed	316
Cochrane Library	40
Science Direct	69
CISMef	87
CAIRN	304
BDSP	40
	Total : 856

Après l'exclusion des doublons issus des différentes bases, nous avons obtenu 789 articles. La lecture des titres, des résumés et du corps entier des derniers articles nous a permis de sélectionner un total de 20 articles répondant aux critères d'inclusions. Les raisons des exclusions à chacune des étapes ainsi que leur proportion sont présentées en annexe (Annexe 3). L'ensemble des données sur la sélection des articles est résumé dans le diagramme des flux de sélection et d'inclusion des articles (figure 3).

3.2. Articles inclus et principaux résultats

L'ensemble des 20 articles inclus, leur évaluation, leurs caractéristiques et leurs résultats principaux sont présentés dans le tableau 4 par ordre chronologique croissant.

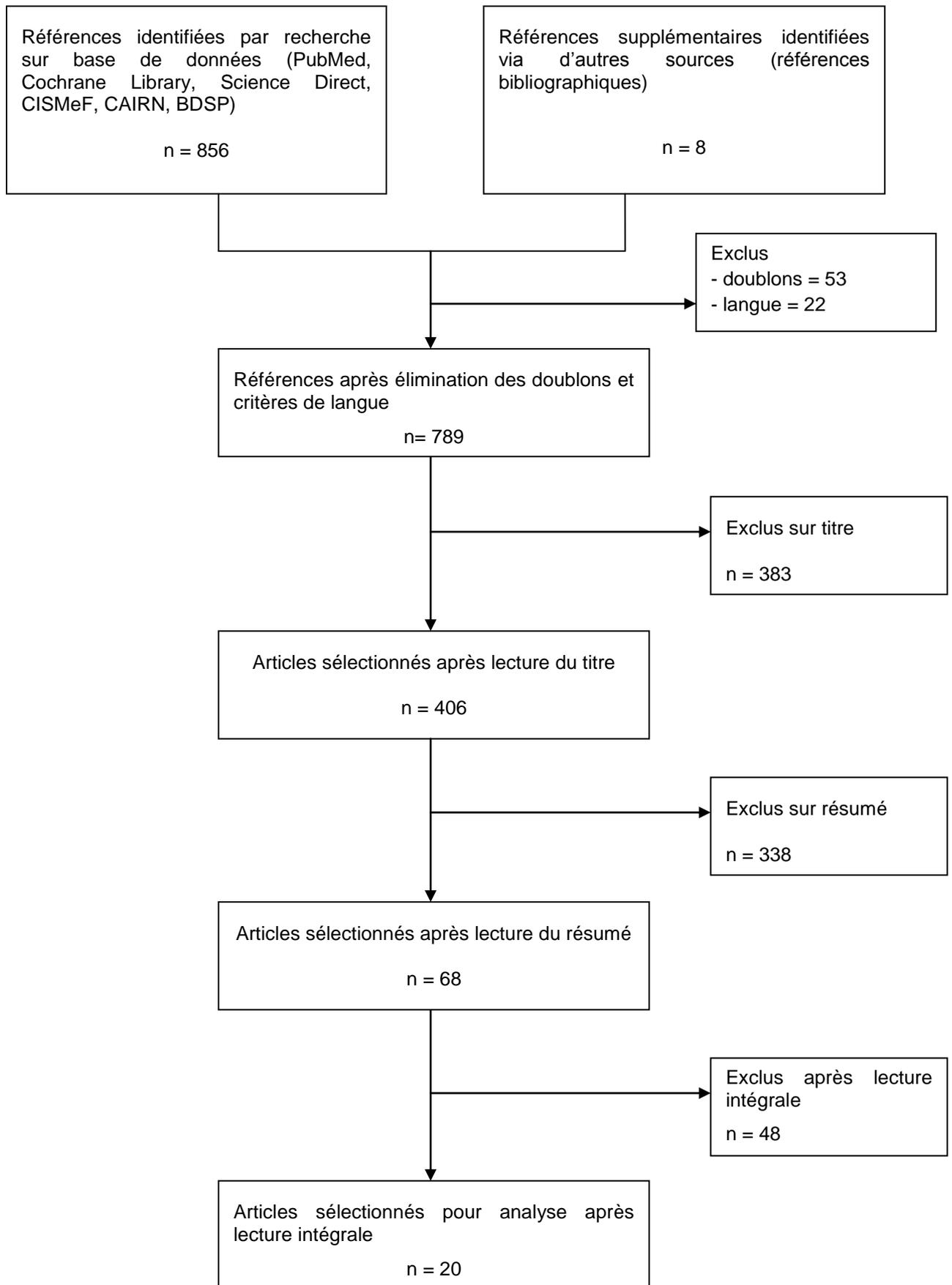


FIGURE 3 : DIAGRAMME DE FLUX DE SELECTION ET INCLUSION DES ARTICLES

Tableau 4 : Évaluation, caractéristiques et principaux résultats des articles inclus

A Randomized Controlled Trial of a Multilevel Intervention to Increase Colorectal Cancer Screening among Latino Immigrants in a Primary Care Facility - Aragonés A et al (59)

PAYS ET DUREE
USA - SEPTEMBRE 2006 A MAI 2007

DATE
2010

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	CRITERE DE JUGEMENT	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Essai contrôlé randomisé monocentrique en simple aveugle	Tester l'efficacité d'une intervention culturellement adaptée à plusieurs niveaux visant à améliorer les taux de dépistage du cancer colorectal dans une population migrante urbaine d'origine latino-américaine	Patients hispanophones immigrés d'origine hispanique de 50 ans ou plus vivant aux USA	<p>Randomisation à l'aveugle de médecins généralistes travaillant dans une structure de soins primaires</p> <p>Intégration ensuite de leurs patients dans le groupe d'intervention ou le groupe témoin</p> <p>Groupe intervention (n = 31) : patients recevant intervention culturellement adaptée en attendant la consultation : vidéo informative de 11 minutes en espagnol et adaptée culturellement après un travail communautaire + brochure en espagnol avec des informations clefs + rappel à remettre au médecin comme quoi ils sont admissibles au dépistage et qu'ils ont reçu une éducation thérapeutique</p> <p>Groupe témoin (n = 34)</p> <p>Analyse à 3 mois par un assistant de recherche n'ayant pas participé au recrutement et aveugle à la randomisation, des critères de jugement des dossiers médicaux</p>	<p>Critère principal : réalisation du dépistage du cancer colorectal (CCR)</p> <p>Critères secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - recommandation du médecin à faire le dépistage du CCR - l'observance du patient à réaliser la recommandation du médecin concernant le dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux global de réalisation du test de dépistage du CCR plus élevé significativement dans le groupe d'intervention : 17 sur 31 (55 %) par rapport à 6 sur 34 (18 %) (p = 0,002) avec une augmentation de 37 % (IC à 95 % de 15,5 % à 58,9 %) - Augmentation mais non significative concernant les recommandations pour le dépistage par le médecin (19 (61 %) vs 14 (41 %) p = 0.08) - différence significative dans le groupe d'intervention concernant l'observance (17 sur 19 (90 %)) vs (6 sur 14 (43 %)) (p = 0,007) avec augmentation absolue de l'adhérence de 47 % (IC à 95 % de 17,25 % à 75,98 %) 	Amélioration significative du taux global de dépistage du cancer colorectal et de l'observance après recommandation dans la population immigrée hispanophone suite à une intervention culturellement adaptée au sein d'une structure de soins primaires	<p>CONSORT 30/37</p> <p>Niveau 2 Grade B</p>

Targeted intervention strategies to increase and maintain mammography utilization among African American women. - Fouad Mn. et al (60)

PAYS ET DUREE
USA - 1999 A 2007

DATE
2010

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	CRITERE DE JUGEMENT	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Étude interventionnelle quasi expérimentale avant/après	Évaluer l'impact d'une intervention culturellement pertinente sur le dépistage par mammographie chez les femmes Afro-américaines	Femmes Afro-Américaines de 8 comtés sous dotés de l'Alabama	<p>Agents de santé communautaires recrutées sur le territoire puis formées. Elles ont ensuite :</p> <ul style="list-style-type: none"> - enquêté sur les femmes de leur communauté à propos du dépistage du cancer du sein - recruté les femmes éligibles au dépistage - fourni des messages éducatifs adaptés - mené une enquête de suivi de 2 ans pour réévaluer le comportement <p>Lors du suivi, mise en place de 3 groupes : les femmes n'ayant jamais passé de mammographie (stade 1), les femmes en ayant eu une > 1 an (stade 2), les femmes ayant eu une < 1 an (stade 3).</p> <p>Distribution par les conseillères d'une carte de suivi avec une date de RDV basée sur la date du dernier dépistage. Les patientes ont ensuite été contactées 1 mois et 2 jours avant la mammographie pour discuter des différents obstacles pouvant potentiellement entraver le dépistage, puis 2 jours après pour savoir s'il avait été fait</p>	Taux de dépistage par mammographie	<p>- 143 conseillères ont été recrutées.</p> <p>- 2333 femmes incluses au début de l'étude, 1513 suivies après 2 ans</p> <p>- Au départ, 14 % (n = 211) des femmes étaient au stade 1, 16 % (n = 247) au stade 2 et 70 % (n = 1 105) étaient au stade 3.</p> <p>Après l'intervention de deux ans, 4 % (n = 61) étaient au stade 1, 20 % (n = 306) au stade 2 et 76 % (n = 1146) au stade 3, soit une augmentation du taux de dépistage</p>	Le renforcement des capacités communautaires et la création de partenariats avec les membres de la communauté peuvent permettre la création d'une intervention pertinente et efficace pour promouvoir le dépistage par mammographie. Faire appel à l'expertise d'agents de santé communautaire qualifiés a aidé à la compréhension des obstacles associés à la participation au dépistage par mammographie du point de vue de la population cible et à l'élaboration de plans d'action viables pour les surmonter, ce qui a entraîné une augmentation des taux de dépistage, mais qui reste non significative.	<p>SPIRIT</p> <p>22/48</p> <p>Niveau 3</p> <p>Grade B</p>

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	CRITERE DE JUGEMENT	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Revue systématique de la littérature	Évaluer les preuves disponibles concernant l'efficacité des agents de santé multiculturels dans la promotion de la santé et la gestion de la maladie chronique chez les populations présentant une diversité linguistique et/ou culturelle ; fournir une base pour l'élaboration de politiques de développement	Agents de santé multiculturels et population présentant une diversité linguistique et/ou culturelle	Recherche dans CENTRAL/CINAHL/ EMBASE/MEDLINE Revue du 1 janvier 1995 au 1 Novembre 2010 Inclusion des essais contrôlés randomisés, essais cliniques randomisés par grappe, études quasi expérimentales Si possibilité, réalisation de méta-analyses	Critères principaux : - données mesurées (évolution de la glycémie, IMC...) - changement de comportement en matière de santé (activité physique, adhésion au traitement...) - évaluation de l'état de santé (autosuffisance, gestion de la maladie chronique) Critères évalués après intervention des agents de santé multiculturels	39 études incluses dont 31 essais contrôlés randomisés (USA, Canada, Pays-Bas) - 14 études sur le dépistage du cancer, 11 associées à une augmentation significative du dépistage et 3 une augmentation simple - 9 études sur la prévention des maladies chroniques et leur gestion, sur l'HTA et la nutrition. 5 études sont associées à une augmentation des connaissances et à des changements de comportement, 3 trouvent une modification significative des marqueurs cliniques - 8 études sur le diabète dont 5 montrent une augmentation des connaissances et des changements de comportement, 3 autres pas de différence mais faible niveau de preuve - 3 études sur le tabagisme : amélioration dans les 3 du sevrage dont une de façon significative -Amélioration des critères dont la moitié de façon significative dans 3 études sur le VIH/HBV, 2 sur l'asthme Résultats des méta-analyses montrent que l'intervention des agents de santé multiculturels augmente de façon significative : le dépistage par mammographie, par frottis, par palpation mammaire et l'auto-efficacité dans l'asthme Augmentation non significative de la réduction de la TA	Difficultés d'analyse du fait de l'hétérogénéité des études, des interventions, des critères d'évaluation et de la définition des agents de santé multiculturels, différents des agents de santé communautaires. Les facteurs qui semblent contribuer au succès sont le partage des valeurs culturelles et démographiques	PRISMA 20/27 Niveau 2 Grade B

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	CRITERE DE JUGEMENT	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Essai contrôlé randomisé	Montrer qu'une intervention sur le mode de vie basée sur une approche communautaire et culturellement adaptée est plus efficace qu'une approche standard pour réduire la prise de poids et le risque de diabète chez les Latino-Américains à haut risque de diabète	Patients d'origine latino-américaine à haut risque de diabète de plus de 25 ans	<p>Patients recrutés dans un centre de soins primaires puis randomisés</p> <p><u>Intervention :</u></p> <p>3 sessions d'éducation thérapeutique individuelles ayant lieu chez les participants et 13 sessions de groupe au centre de soins primaires en 1 an</p> <p>Sessions axées sur l'alimentation, l'activité physique et la prévention. Elles ont été menées par des membres de la communauté formés et ont été adaptées pour intégrer la part culturelle suite à des focus group.</p> <p>Évaluation des critères à 1 an, à la fin de l'intervention</p>	<p>Critère principal : perte de poids et diminution HBA1c</p> <p>Critères secondaires :</p> <p>bilan lipidique (HDL, LDL, TG, Total) glycémie, concentrations d'insuline, TA, évaluation diététique, activité physique, indice de qualité de vie et évaluation des signes de dépression</p>	<p>312 participants, 162 dans le groupe d'intervention et 150 groupes témoin</p> <p>Au final au moment de l'analyse : n=142 groupes témoin (7 abandons) et n= 147 dans le groupe interventionnel (11 abandons)</p> <p>Perte de poids (-2,5 lb ; $P = 0,004$) et réduction de l'HBAC (-0,10 %, $p = 0,009$) significatives dans le groupe d'intervention. Le changement de poids était significativement associé à la participation ($r = -0,37$, $p < 0,001$).</p> <p>Amélioration significative du régime alimentaire : lipides (-2,02 % vs -0,24 % ; $P = 0,04$), des symptômes dépressifs et de l'insulinorésistance (HOMA-IR médian = -0,36 dans le IC et -0,06 UC ; $P = 0,03$) dans le groupe interventionnel.</p> <p>Pas de changement significatif sur les autres critères</p>	<p>Le partenariat entre les équipes de soins primaires et les membres de la communauté ont permis de mettre en place une intervention culturellement adaptée significativement efficace.</p>	<p>CONSORT 23/37</p> <p>Niveau 2 Grade B</p>

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Étude de cas et revue non systématique de la littérature	Discuter de l'importance et des méthodes pour obtenir les antécédents traumatiques des réfugiés, reconnaître les manifestations physiques et psychiques de ces traumatismes, explorer comment les différences culturelles et linguistiques affectent la relation et mettre en place des outils pour aider les médecins	Réfugiés ayant subi la torture	<ul style="list-style-type: none"> - Description d'un cas clinique - Revue de la littérature : menée de 1984 à 2012 dans MEDLINE et COCHRANE : pas de méthodologie décrite, articles uniquement cités au fur et à mesure de la rédaction 	<p>Proposition de box pour apporter des connaissances de base sur la torture et aborder les problématiques de façon adaptée culturellement.</p> <p>Box1 : types de torture physique</p> <p>Box 2 : adresses des principales ressources internet pour connaître les conditions de vie des différents pays</p> <p>Box 3 : comment enquêter et communiquer sur les éventuelles expériences de torture</p> <p>Box 4: guide pour évaluer l'étendue de l'auto guérison</p> <p>Box 5 : ressources disponibles pour aider les médecins soignant des patients réfugiés</p>	Au vu de la littérature et des expériences de l'auteur dont le cas clinique est un exemple, proposition d'un outil pratique sous forme de « box », adapté culturellement et utilisable facilement en soins primaires pour accompagner au mieux les patients ayant vécu la torture	<p>Du cas clinique :</p> <p>CARE 25/30</p> <p>Niveau 4 Grade C</p>

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Étude qualitative par entretiens semi-dirigés	Déterminer si un service de télé ophtalmologie fourni aux Canadiens autochtones dans une clinique communautaire de soins primaires, accompagné d'une démarche de soins culturellement adaptée peut conduire à un meilleur accès aux soins	Aborigènes canadiens diabétiques	<p><u>Intervention :</u></p> <p>Mise en place au sein d'une clinique communautaire de soins primaires 1 fois par mois (3 cliniques différentes)</p> <p>Évaluation par des infirmiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - histoire médicale - FDRCV - fond d'œil digital stéréoscopique <p>Images transférées à des ophtalmologues : évaluent, diagnostiquent et suggèrent un plan de traitement. Rapport avec recommandations est envoyé au patient et au médecin traitant et si besoin, transport à l'hôpital organisé</p> <p>Composante culturelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IDE issues de la communauté parlant la langue - intégration de composantes religieuses et culturelles dans les processus de dépistage - cérémonie en direction du leader spirituel de la communauté : « smudge » - activités (création de bracelets, snacks...) <p><u>Recherche qualitative :</u></p> <p>entretiens avec patients et parties prenantes (5 patients, 2 administrateurs, 2 IDE)</p> <p>+ un chercheur a suivi tout le processus en observant le niveau de participation</p>	<p>Difficultés habituellement rencontrées dans les soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facteur économique et géographique : source de renoncement aux soins car vivent loin - Facteur culturel : gouvernement irrespectueux, pas à l'aise à l'hôpital à cause de leurs vêtements, impression que l'on ne respecte pas les personnes âgées - Facteur linguistique : barrière de la langue <p>Représentation de la santé qui repose pour eux sur 4 composantes : physique, mentale, émotionnelle et spirituelle avec importance du « smudge » pour rééquilibrer les composantes</p> <p>Expérience positive de la clinique avec satisfaction</p> <ul style="list-style-type: none"> - des patients notamment grâce à l'intégration de leurs représentations en santé dans le soin - des soignants avec augmentation des RDV passés de 20 à 85 % (5 à 18 patients) patients moins stressés et plus adhérents aux soins 	<p>Cette initiative a permis de franchir les barrières sus citées avec une augmentation de la prise des RDV et une satisfaction globale des différentes parties prenantes mais la faible puissance de l'étude permet difficilement de généraliser les conclusions</p>	<p>COREQ</p> <p>16/32</p>

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	CRITERE DE JUGEMENT	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Étude interventionnelle quasi expérimentale avant/après	Déterminer la faisabilité de la mise en œuvre d'un programme de dépistage des FDRCV adapté à la culture, dans une approche communautaire	Patients d'origine sud-asiatique	<p>Dépistage intempestif à la sortie des lieux de culte avec TA et première évaluation des FDRCV par des membres de la communauté ayant des compétences médicales de base (2 IDE 2 diététiciennes 2 pharmaciens et 5 étudiants en médecine) ensuite formés spécifiquement pour l'intervention.</p> <p>6 lieux de dépistage choisis avec les leaders de communauté. Annonces faites de façon hebdomadaire dans les médias locaux. Les médecins généralistes à côté des lieux ont été invités à un atelier de formation et d'information</p> <p>Si TA haute ou > 1 FDRCV : cholestérolémie totale faite en capillaire et calcul du risque CV à 10 ans avec une seconde échelle d'évaluation. Ensuite rapport envoyé au médecin traitant avec conseil au patient de s'y rendre + plaquette d'information et d'éducation sur les risques CV distribuée à tous + information et coordonnées sur programme d'éducation thérapeutique culturellement adapté transmise au patient et au médecin généraliste</p> <p>Après 6 à 13 mois, les patients ont été recontactés pour réévaluation sur le même principe que l'évaluation initiale. Ils ont également rempli un questionnaire évaluant leurs raisons de participer à l'étude.</p>	Variation des FDRCV	<p>238 patients lors de la première phase (122 femmes et 116 hommes de plus de 45 ans)</p> <p>Dont</p> <p>Les 100 premiers ont été contactés pour réévaluation, et 99 retenus (52 hommes 47 femmes, 27 diabétiques 72 non diabétiques)</p> <p>Initialement</p> <ul style="list-style-type: none"> - 36 % TA élevée - 58 % taux élevé de cholestérol - 23 % diabétiques - 76 % haut risque CV estimé à 10 ans <p>Sur les 99 de la seconde évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 82 % avaient eu recours à des fournisseurs de soins de santé - 22 % ont signalé une réadaptation thérapeutique - 3.5 % ont participé aux programmes d'éducation - Pas de différence significative sur TA - diminution significative CHL et TG - augmentation significative du taux de HDL (+ chez les hommes et chez les diabétiques) 	La notion d'action dans la communauté et sur le territoire est une des forces de l'étude. Le lien fait avec le médecin généraliste permet la mise en réseau des différents intervenants et vient renforcer la démarche préventive.	<p>SPIRIT 18/46</p> <p>Niveau 2 Grade B</p>

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Étude qualitative focus group	Examiner la confiance et les compétences des médecins généralistes enseignants dans l'apprentissage aux internes de la compétence culturelle à l'aide d'une vidéo d'une consultation simulée lors d'un atelier de formation	Médecins généralistes enseignants ou accueillant des internes	Atelier animé par un éducateur culturel et un membre du groupe de recherche avec visionnage d'une vidéo de consultation simulée avec un patient autochtone, avec de multiples erreurs d'ordre culturel. Évaluation ensuite écrite personnelle puis par focus group avec les participants.	<p>64 participants</p> <ul style="list-style-type: none"> - tous ont mentionné la communication comme priorité pédagogique ainsi que l'approche respectueuse - seuls 2 médecins ont mentionné les potentiels biais dus à des préjugés -72 % ont noté des facteurs liés à la culture comme ayant une incidence sur la santé et devant être abordés avec l'interne - 14 % ont mentionné les services de santé communautaires comme ressource - l'analyse des questionnaires comme des groupes de discussion retrouve une confiance et des compétences bien développées dans l'enseignement des techniques de communication et de consultation mais une moindre confiance pour évaluer et soutenir la compétence culturelle des internes - besoin d'apprentissage unanimement reconnu et les avis sont favorables à l'enseignement par vidéo qui offre un support approprié à l'apprentissage de la communication et au développement des compétences culturelles 	Les besoins d'apprentissage sont reconnus et le support vidéo est adapté. Renforcer la compétence culturelle des enseignants permet un meilleur apprentissage des internes en aval.	COREQ 21/32

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Étude qualitative	Évaluer l'acceptabilité et la faisabilité d'un outil culturellement adapté permettant de faciliter le dépistage par les médecins généralistes du VIH chez les patients migrants d'origine sub saharienne	Médecins généralistes exerçant dans des zones de forte densité de migrants d'origine sub saharienne	<p>Outil développé à l'aide des recommandations de l'OMS, des informations globales sur le contexte culturel des migrants d'origine subsaharienne et des techniques validées de communication</p> <p>Phase d'implantation de l'outil puis</p> <p>Etude qualitative par focus group ou entretiens approfondis</p>	<p>65 participants à la phase d'implantation et 16 médecins généralistes ont participé à 3 focus group et 8 entretiens individuels +1 par mail</p> <ul style="list-style-type: none"> - outil jugé comme pertinent par presque tous les participants - l'épidémiologie, mais aussi les informations culturelles ont été jugées utiles comme arguments -2 des médecins qui ont arrêté durant la phase implantation avancent : peur de stigmatiser, inconfort à parler du VIH, peur que de proposer de façon proactive affecte négativement la relation médecin patient. - contrainte de temps à la réalisation du test - peu de refus rapportés, patients plutôt réceptifs - les conseils de mise en pratique notamment culturels ont permis un certain confort dans la réalisation du test et la dispensation de conseils -souvent proposé au détour d'un autre examen sanguin - recommande que ce soit intégré à la formation, associé à des cours de communication interculturels, étendu à d'autres pathologies 	<p>Outil perçu comme une mesure bénéfique et acceptable pour la pratique courante en médecine générale, la mise en pratique routinière semble tout à fait possible.</p> <p>Support culturellement adapté permet de faciliter l'approche et la communication avec le patient</p>	COREQ 20/32

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	CRITERE DE JUGEMENT	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/ CONCLUSION	ÉVALUATION
Revue systématique de la littérature	Évaluer les effets des interventions d'éducation sur les compétences culturelles pour les professionnels de la santé sur les résultats liés aux patients, les résultats des professionnels de la santé et les résultats des organisations de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de santé - Patients - Professionnels chargés de l'intervention éducative 	<p>Recherche dans MEDLINE/CENTRAL EMBASE/CINAHL/PsycINFO ERIC/LILACS/Current Contents/Proquest Dissertations and Theses database,</p> <p>Varie selon les bases de données, de 1806 à juin 2012 avec mise à jour en mars 2014</p> <p>Inclusion des essais contrôlés randomisés (ECR), des ECR en grappes et des essais cliniques contrôlés d'interventions éducatives destinées aux professionnels de la santé qui avaient pour but d'améliorer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les critères de santé des patients appartenant à des minorités culturelles et linguistiques - les connaissances, compétences et attitudes des professionnels de la santé dans la prestation de soins compétents du point de vue culturel - la performance des organisations de santé dans des la mise en place de soins culturellement compétents <p>Un protocole à 4 dimensions a été développé évaluant le contenu éducatif, l'approche pédagogique, la structure de l'intervention et les caractéristiques des participants afin de mieux évaluer les interventions</p>	<p>Critère principal de jugement lié au patient après formation des professionnels de santé aux compétences culturelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Résultats du traitement - Comportement en matière de santé - Participation aux soins - Évaluation des soins <p>Critères secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance, compréhension des composantes culturelles par les médecins généralistes - Evaluation du programme de formation - Organisation des soins (qualité, sécurité, résultats économiques) 	<p>5 ECR (Canada, USA, et Pays Bas) incluant 337 professionnels de santé et 8400 patients.</p> <p>Qualité des preuves jugée faible ne permettant pas la réalisation d'une méta analyse</p> <ul style="list-style-type: none"> - aucun effet démontré sur les résultats du traitement - les comportements des patients liés à la santé et la participation aux soins sont par contre améliorés de façon significative avec notamment une amélioration de la compréhension mutuelle - résultats mitigés concernant l'évaluation des soins par les patients : deux études ne montrent pas d'effet et la troisième a montré une amélioration significative de la perception des patients de leur médecin - pas de résultats significatifs concernant la connaissance et compréhension des professionnels de santé - les 4 domaines du cadre conceptuels étaient à chaque fois abordés suggérant un cadre commun aux différentes interventions mais elles restent très hétérogènes 	<p>Preuves globalement positives mais de faible qualité, ne suffisant pas à tirer des conclusions généralistes.</p> <p>Les principales limites sont l'hétérogénéité des interventions dans le contenu, la portée, la conception, la durée, la mise en œuvre et les résultats sélectionnés</p>	<p>PRISMA 21/27</p> <p>Niveau 2 Grade B</p>

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Étude qualitative	Élaborer des stratégies communautaires pertinentes pour lutter contre l'obésité chez les enfants dans une communauté des Premières Nations	Membres et enfants d'une communauté canadienne rurale des Premières Nations : la communauté Cree	<p>Mise en place d'un groupe de travail incluant chercheurs universitaires, des employés de la structure référente communautaire, des aînés de la communauté et de façon plus intermittente des membres de la communauté impliqués dans les domaines de l'éducation, de la santé, du bien-être et des loisirs : 13 participants au total</p> <p>Ateliers participatifs avec analyse des facteurs environnementaux favorisant l'obésité chez les enfants à l'aide de la grille validée d'analyse ANGELO et proposition de stratégies pour y répondre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 85 facteurs retrouvés avec stratégie de réponse en découlant nécessitant une modification de l'environnement physique dans 60 % des cas, politique dans 18 %, socioculturel dans 17 % et économique dans 6 % - la moitié des éléments socioculturels concernaient l'alimentation, l'autre l'activité physique avec la notion de culture incluse - 46 % des actions impliquent adultes et enfants, 41 % les enfants et 13 % les adultes - identification des membres de la communauté qui devraient être informés du programme, qui pourraient être impliqués dans sa planification ou en faire sa promotion - actions prioritaires : programmes de cuisine pour les familles, sensibilisation accrue des dirigeants à la santé des enfants, promotion de la nutrition et de l'activité physique à l'école, élaboration de stratégies pour sensibiliser la communauté aux notions de santé, enseignement de la culture Cree aux enfants et à leurs familles, l'amélioration des activités de loisirs proposées à la communauté. Actions intégrant les valeurs de la culture Cree 	<p>Peu d'évaluation des différentes mesures, qui ont eu du mal à se mettre en place du fait de difficultés économiques</p> <p>Retour positif des différentes parties prenantes avec travail participatif permettant de combiner les connaissances et expériences de chacun</p> <p>Acteurs locaux permettant de répondre à des besoins spécifiques et de mettre en place un plan d'action adapté</p>	<p>Grille COREQ 16/32</p>

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	CRITERE DE JUGEMENT	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Étude analytique interventionnelle quasi expérimentale avant/après	Tester efficacité d'un programme communautaire visant à améliorer les connaissances et le dépistage du cancer du sein chez les femmes migrantes	Femmes migrantes	<p>Programme d'éducation thérapeutique adapté culturellement, construit en partenariat avec une agence locale de réinstallation, un département de cancérologie et une unité de médecine familiale. Sessions avec éducateur formé +médecin + patiente migrante en rémission du cancer du sein + interprètes. Test pré et post interventionnel pour contrôler les connaissances.</p> <p>Programmation des séances d'éducation au moment des cours d'apprentissage de l'anglais dans les agences+ distribution de flyers + contact par le canevas communautaire.</p> <p>L'équipe de l'agence a recontacté les patientes après l'intervention pour les aider à naviguer dans le système de soin leur permettant le dépistage. Rappel ensuite pour celles qui ne sont pas à jour du dépistage avec guidage personnalisé vers soit un centre de dépistage proche, soit vers unité mobile de dépistage où un interprète peut éventuellement être présent</p>	<p><u>Principal</u></p> <p>Amélioration des connaissances sur le cancer du sein et son dépistage</p> <p><u>Secondaire :</u></p> <p>Dépistage du cancer du sein par la réalisation de mammographie</p>	<p>14 séances incluant 348 personnes</p> <p>- Augmentation des connaissances significative entre le pré et post test (médiane de 2 réponses correctes contre 6 p <0.001)</p> <p>- 60 des 170 participants au programme (35 %) âgés de plus de 40 ans ont passé une mammographie au cours de la période de suivi.</p> <p>- 60 % (n=36) des mammographies ont été réalisées à l'unité mobile de mammographie dont 20 chez des femmes qui n'en avait jamais eu</p>	<p>Force de l'intervention réside dans l'approche sur le terrain avec le recrutement fait dans des centres de réinstallation et l'unité mobile de dépistage ainsi que grâce au travail en équipe multidisciplinaire avec la participation de patients atteinte de cancer</p>	<p>SPIRIT 23/45</p> <p>Niveau 3 Grade C</p>

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	CRITERE DE JUGEMENT	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Essai contrôlé randomisé	Évaluer l'efficacité d'une prise en charge collaborative culturellement adaptée basée sur la télépsychiatrie (T-CSCT = Telepsychiatry-Based Culturally Sensitive Collaborative Treatment) sur le traitement de la dépression chez les immigrants Chinois Américains	Patient Américains parlant chinois, de plus de 18 ans, diagnostiqués par MINI et DSM-IV comme souffrant de dépression	<p>Patients recrutés dans un centre de soins primaires, randomisés dans deux groupes :</p> <p><u>Intervention = T-CSCT :</u></p> <p>-évaluation psychiatrique adaptée culturellement permettant d'intégrer les croyances du patient menée par psychiatre bilingue et suivi du traitement par le médecin généraliste qui a reçu un courrier l'informant de l'étude, de l'évaluation du patient et des recommandations du psychiatre</p> <p>-assignation d'un « care manager » bilingue qui s'assure du suivi du traitement et qui fait le lien entre le médecin généraliste et le psychiatre si besoin.</p> <p><u>Traitement standard</u></p> <p>Évaluation initiale standard par télépsychiatrie et suivi par le médecin traitant qui reçoit une lettre d'information</p> <p>Évaluation à S6/ S12/ S18 et S24 par un évaluateur aveugle quant à la randomisation des patients</p>	<p><u>Principaux :</u></p> <p>-la réponse au traitement</p> <p>- le taux de rémission de la dépression</p> <p>Une diminution de 50 % ou plus au HDRS est considérée comme une réponse positive au traitement et un score à 7 ou moins est considéré comme une rémission</p> <p><u>Secondaires :</u></p> <p>- Deux autres échelles ont été testées (CGI-S et CGI-I, complétée par le médecin) et le Q-LES-Q qui évalue la qualité de vie</p>	<p>- 190 patients au total (71 hommes, 119 femmes)</p> <p>97 groupe témoin</p> <p>93 dans le groupe T-CSCT</p> <p>- amélioration significative des symptômes psychiatriques dans le groupe T-CSCT, pour la réponse au traitement et la rémission (réponse rate: 45 % vs 17 %, $\chi^2=16.6$, $P < .001$; rémission rate: 32 % vs 10 %, $\chi^2=13.5$, $P < .001$)</p> <p>- amélioration significative pour CGI-S et CGI-I</p> <p>- pas de différence significative pour la qualité de vie (Q-LES-Q)</p>	<p>Les résultats de cette étude montrent que les soins collaboratifs et culturellement adaptés sont plus efficaces. Le partenariat entre les différents acteurs de soin, centré sur le patient, a amené à une amélioration significative des critères d'évaluation. L'utilisation de la télémédecine est un outil à développer pour permettre l'accès aux patients à des soins culturellement adaptés en soins primaires.</p>	<p>CONSORT 29/37</p> <p>Niveau 2 Grade B</p>

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	CRITERE DE JUGEMENT	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Revue de la littérature	Identifier les défis récurrents et les stratégies mises en place dans la prise en charge à domicile des réfugiés	Réfugiés nécessitant des soins à domicile	<p>Recherche sur Onesearch/ CINAHL/ EBSCOHOST/ Pub Med</p> <p>Revue non systématique de la littérature</p> <p>Pas de limite de date</p> <p>Inclusion d'articles de revues, études empiriques qualitatives et quantitatives, articles de synthèse et lettres au rédacteur en chef.</p> <p>Des articles d'autres domaines d'étude que la médecine, telles que les sciences politiques et l'anthropologie, ont été utilisés pour compléter la littérature</p>	Identifier les éléments sources de difficultés et les stratégies mises en place dans la prise en charge des réfugiés à domicile	<p>9 articles sélectionnés et 55 cités</p> <p>Résultats et stratégies mises en place regroupés dans 4 catégories</p> <ul style="list-style-type: none"> - statut socioéconomique et éventail large des besoins : travail en équipe multidisciplinaire avec travailleur social, en réseau avec les services sociaux, disponibilité et contacts répétés pour établir une communication au-delà des barrières culturelles et linguistiques. Chaque membre de l'équipe doit avoir un rôle bien défini - traumatismes, torture et santé mentale : pas vraiment de solution mis à part créer une relation de confiance. Diminuer l'isolement et la solitude. Proposition de thérapies complémentaires culturellement adaptées - barrières linguistiques et culturelles : utilisation d'interprètes professionnels, de membres de la communauté dans le rôle de lien ou de médiateur avec plus grande efficacité et meilleure communication si le travail est réalisé en équipe pluridisciplinaire avec réunion régulière de debriefing - soutien institutionnel et logistique : réfugiés qui doivent souvent être déplacés, pas de suivi et prise en charge à long terme, difficultés à construire la relation de confiance. Mettre en place des programmes de prise en charge à domicile spécifiques. 	<p>Pas assez de données pour pouvoir généraliser les résultats, d'autant plus que les études ont quasiment toutes été faites aux USA.</p> <p>Les deux principaux problèmes sont justement le manque de données et le manque global de soutien pour les initiatives gouvernementales ou des ONG qui fournissent et facilitent les soins de santé aux réfugiés</p> <p>La tendance retrouvée avec des résultats positifs dans les articles est la mise en place d'équipe multidisciplinaire incluant travailleurs sociaux et membres de la communauté, dans une démarche de disponibilité et de travail de terrain.</p>	<p>PRISMA</p> <p>11/27</p> <p>Grade C</p> <p>Niveau 4</p>

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	CRITERE DE JUGEMENT	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/ CONCLUSION	ÉVALUATION
<p>Analyse comparative descriptive</p> <p>Revue de la littérature</p>	<p>Explorer le rôle potentiel des soins primaires dans la réduction des inégalités d'accès aux soins et montrer comment les politiques et systèmes de soins de santé peuvent influencer la capacité des soins primaires à répondre aux besoins des migrants vulnérables et marginalisés</p>	<p>Migrants en situation de marginalisation : les demandeurs d'asile, les réfugiés, les migrants sans papiers, les victimes de la traite et les migrants économiques occupant des emplois non qualifiés et faiblement rémunérés</p>	<p>Projet RESTORE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse comparative descriptive des systèmes de soins de santé primaire. Utilisation de la conceptualisation des types de systèmes de santé par Wendt pour sélectionner des variables significatives à comparer entre les systèmes, en fonction du financement, de la fourniture de services et de l'accès aux soins. - Revue de la littérature non exhaustive des revues sur les obstacles et les facilitateurs à l'accès aux soins. Recherche effectuée sur OVID/Web of science/EBSCOHost Mise en commun des résultats des deux études pour cartographier les facteurs facilitateurs 	<p>Mesure de l'aptitude des soins primaires à favoriser l'accès des migrants marginalisés aux soins et plus particulièrement aux soins ayant une sensibilité culturelle</p>	<p><u>Analyse comparative</u> : Royaume-Uni et Pays-Bas : système de soins primaires solide ; Grèce, Autriche et Irlande : système plus faible</p> <p><u>Revue de la littérature</u> : 6 revues systématiques identifiées</p> <p><u>Résultats de la cartographie des facteurs facilitateurs</u> :</p> <p>Les dimensions structurelles avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La gouvernance : politiques claires sur le droit des migrants à accéder aux soins favorise la prise en compte de l'équité - Les conditions économiques : les montants accordés aux soins primaires influent sur l'exercice quotidien (financement généralisé plus favorable que le financement à l'acte) ; - Le développement de personnel formé et qualifié (interprètes, médiateurs...) <p>Les dimensions propres au système de soins primaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - accès égalitaire par l'accessibilité financière et la disponibilité géographique - promotion de la connaissance des patients à l'organisation du système de soins du pays d'accueil qui est parfois très différente culturellement de celle du pays d'origine et sensibilisation des soignants à cette méconnaissance - continuité des soins avec éventuellement dossier médical partagé et intégration d'une sensibilité culturelle dans la relation - coordination des soins, combinaison des compétences des intervenants, liens étroits avec les communautaires favorisent l'accès notamment à des soins culturellement sensibles. 	<p>L'accès aux soins des migrants marginalisés passe par une volonté d'agir à tous les niveaux. Concernant les dimensions propres aux soins primaires, le travail multidisciplinaire sur le terrain au plus près des populations avec une sensibilité culturelle permanente est essentiel pour favoriser l'accès aux soins.</p>	<p>Revue de la littérature</p> <p>PRISMA</p> <p>13/27</p>

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Étude qualitative	Déterminer ce que les adolescents d'origine aborigène comprennent de l'AVC et développer un programme éducationnel approprié à l'âge et culturellement adapté	Enfants âgés de 11 à 13 ans résidants au sein d'une communauté éloignée rurale ou urbaine des First Nations	<p>Étude réalisée à la demande des leaders des First Nations</p> <p>Réalisation de focus group avec les enfants (cercle de parole avec bâton) et d'entretiens semi-dirigés avec les intervenants en santé et professionnels d'éducation</p> <p>Au vu des données de la recherche qualitative, élaboration de l'outil éducationnel de façon participative : 10 membres des First Nations et 4 membres des organisations de santé indigènes ont participé, en intégrant la dimension culturelle</p> <p>L'outil a ensuite été utilisé sur 10 sites d'études : 7 ruraux, 2 semi-ruraux, 1 urbain</p>	<p><u>Focus group</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 108 enfants recrutés de 10 à 13 ans - Connaissances des enfants limitées sur les symptômes d'AVC, leurs conséquences et le critère d'urgence. Savent par contre où aller chercher de l'aide. Rapportent qu'ils n'ont entendu parler de cette pathologie ni à l'école ni au domicile. -les supports d'enseignement favorisés sont le DVD/vidéo, puis les chansons ou histoires et enfin internet. <p><u>Entretiens semi-dirigés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 26 professionnels - Professionnels convaincus qu'après une éducation adaptée les enfants seraient aptes à reconnaître les signes d'alarme et réagir - Consensus autour du DVD, internet n'étant pas disponible pour tous, avec de préférence comme acteurs des enfants de leur âge - <u>Création</u> de la vidéo FAST 123! de 11.5 minutes : narrateur indigène âgé qui répond aux questions des enfants grâce à un bâton de parole et création d'une chanson « act fast stroke song ». Diffusion ensuite du DVD lors de séances avec les parents et personnes âgées dans 20 écoles. 	Le succès de ce projet d'éducation thérapeutique réside dans le travail rapproché entre les chercheurs, les acteurs de soins et les membres de la communauté qui a permis de cibler le public le plus adéquat, d'identifier concrètement les besoins et de créer de façon conjointe et partagée l'outil le plus adapté aux objectifs initiaux.	COREQ 16/32

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	CRITERE DE JUGEMENT	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Essai contrôlé randomisé	Tester l'efficacité d'un programme d'intervention axé sur le mode de vie adapté à la culture et conçu pour améliorer les habitudes alimentaires et l'activité physique	Suédois de 30 à 75 ans nés en Irak et présentant un risque élevé de diabète	<p><u>Intervention</u></p> <p>7 séances d'éducation thérapeutique en groupe dans un centre de soins primaires sur 4 mois dont 1 cours de cuisine et 3 visites à domicile</p> <p>Coach de santé arabophones avec de l'expérience dans l'éducation thérapeutique, avec des connaissances sur le mode de vie et la culture des patients. Adaptation culturelle également construite après identification des barrières sociales et culturelles dans la littérature</p> <p><u>Groupe témoin</u> Conseils simples sur activité physique et alimentation</p>	<p><u>Principaux :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - perte de poids d'au moins 5 % - activité physique d'intensité modérée d'au moins 30 minutes par jour 5 jours par semaine - réduction de l'apport calorique moyen <p><u>Secondaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - réduction des biomarqueurs cardio-métaboliques comme glycémie à jeun, la glycémie à 2h, l'HBA1c, la PAS, la PAD, les triglycérides plasmatiques et le LDL - autres biomarqueurs évalués : sensibilité à l'insuline (ISI), HDL, l'ISI : index de disposition 	<p>96 participants, 50 dans le groupe d'intervention, 46 dans le groupe témoin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une diminution statistiquement significative de 0,4 % par mois du poids ainsi que de l'IMC (β-0,004, IC 95 % : -0,007 à -0,001) a été enregistrée pour le groupe d'intervention - Pas de différence significative, concernant la perte de plus de 5 % du poids - ISI significativement plus élevée dans le groupe d'intervention (10.9 % per month, $p = 0.005$) tout comme la diminution de l'IMC (0,4 % par mois, $p = 0,004$) et du LDL (2,1 % par mois, $p = 0,036$) <p>La proportion d'individus dans le groupe d'intervention ayant une activité physique suffisante était plus élevée que dans le groupe témoin à la dernière visite mais ne l'était pas de façon significative après analyse de l'évolution temporelle.</p> <p>Pas de changements constatés concernant le régime alimentaire.</p>	<p>Le programme est efficace pour réduire le risque cardiométabolique en améliorant la sensibilité à l'insuline, en réduisant le poids et le LDL.</p> <p>Le programme peut s'intégrer parfaitement au fonctionnement des centres de soins primaires, au sein d'une équipe multidisciplinaire</p>	<p>CONSORT 30/37</p> <p>Niveau 2 Grade B</p>

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Étude qualitative basée sur la recherche participative	Évaluer comment les différentes parties prenantes de soins primaires (médecins, migrants...) peuvent développer et mettre en place un outil permettant de favoriser la communication interculturelle dans la pratique quotidienne à partir des recommandations et initiatives de formation	Population migrante et acteurs de soins primaires	<p>Projet RESTORE</p> <p>20 initiatives de formation/ recommandations ont été identifiées dans les différents pays participants puis évaluées par des équipes de recherche grâce à deux méthodes de recherche participative jusqu'à la sélection de 4 à 5 éléments, choisis pour leur faisabilité de mise en place en soins primaires</p> <p>Travail ensuite en focus group : examen par les acteurs de soins primaires et les migrants de chaque pays des éléments sélectionnés et choix d'en implanter un, après l'avoir adapté aux besoins du terrain. Méthodes de recherche participative de nouveau utilisées à cette étape.</p>	<p>66 intervenants dans 5 sites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autriche : manuel pour les formateurs concernant les migrants. Modifié avec cible sur les médecins généralistes et y sont associés des conférences, groupes de pairs et formation en ligne - Angleterre : session de formation sur les soins de santé primaires sensibles à la culture. Modifié avec augmentation des heures de formation, avec une compagnie spécialisée en art dramatique pour des mises en situation axées sur la santé mentale. - Grèce : lignes directrices concernant la communication lors des consultations transculturelles avec interprétariat face à face. Modifié avec interprétariat par téléphone. - Irlande : recommandations et formation sur comment travailler avec interprète. Modifications incluant travail en groupe multidisciplinaire, séance supplémentaire sur la dynamique culturelle, mises en situation et interprétariat informel préféré. - Pays-Bas : formation sur la communication entre les interprètes formels et les assistants de pratique médicale. Modifié avec intégration du travail en équipe pluridisciplinaire et avec interprètes informels 	Le travail et la recherche participative incluant les différentes parties prenantes permettent de modifier les recommandations pour s'adapter au mieux aux besoins d'un territoire. Ces stratégies sont à développer à l'avenir.	COREQ 26/32

Community Health Worker Programs to Improve Healthcare Access and Equity: Are They Only Relevant to Low- and Middle-Income Countries? - Javanparast S et al. (77)

PAYS ET DUREE
AUSTRALIE – Revue : depuis 2005
 Entretiens : juin à septembre 2016

DATE
2018

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	CRITERE DE JUGEMENT	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Revue de la littérature + Étude qualitative par entretiens semi-dirigés	Examiner la portée et la valeur potentielle des programmes d'agents communautaires en Australie et leur intégration dans le système de santé	Agents de santé communautaires (ASC) en Australie	Revue de la littérature sur les articles concernant le rôle des ACS en Australie : 47 documents incluant articles de revue, documents politiques, description de poste et sites web 11 entretiens semi-structurés auprès des décideurs politiques (membres du département fédéral), des responsables de programmes de santé publique et des praticiens	Revue de la littérature : définir les différents rôles des agents de santé communautaires	Revue : rôle des agents communautaires : - faciliter le renforcement des liens entre les membres de la communauté et les prestataires de services de santé ; soutenir la compétence culturelle du personnel et l'adéquation culturelle des services ; renforcement des connaissances en matière de santé ; faciliter l'accès à des groupes communautaires à des fins de recherche ; solliciter la participation de la communauté à l'élaboration de programmes / services Entretiens : difficultés à définir clairement le rôle des agents de santé communautaires, avec parfois des confusions y compris chez les décideurs politiques. Définition varie principalement en fonction de la définition donnée à la santé : plus elle est définie comme large au-delà du côté seulement médical, notamment en incluant la part culturelle, plus le rôle donné aux ACS est important	Difficultés dans la littérature à définir clairement l'agent communautaire, ici différent de l'agent de santé autochtone qui possède un certificat ou diplôme d'un organisme agréé Si la littérature retrouve des missions bien précises, les parties prenantes ont des visions différentes en fonction de leur conception de la santé. En commun la principale qualité de l'agent communautaire : la confiance de la part de la communauté, la communication et la pertinence culturelle Leur intégration de façon durable dans le système de soins est considérée comme essentielle : la portée du rôle de l'agent communautaire sur l'état de santé est reconnue dans la littérature et dans les entretiens	Revue PRISMA 16/27 Grade C Niveau 4 Recherche qualitative COREQ 20/32

TYPE D'ETUDE	OBJECTIF	POPULATION ETUDIEE	METHODOLOGIE	PRINCIPAUX RESULTATS	DISCUSSION/CONCLUSION	ÉVALUATION
Étude qualitative à partir de questionnaires et d'entretiens semi-structurés	Comprendre le rôle des éducateurs culturels et des mentors culturels dans la formation à la compétence culturelle en médecine générale	Parties prenantes à la formation à la compétence culturelle en médecine générale : éducateurs culturels, mentors culturels et médecins généralistes	<p>Réalisation d'entretiens semi-dirigés et de focus group pendant 4 mois dans 6 régions différentes auprès de délégués à l'organisation de la formation, d'éducateurs et de mentors culturels, d'enseignants médicaux, d'internes et de délégués à la formation de la santé indigène</p> <p>Questionnaire diffusé dans 17 des centres de formation</p> <p>Analyse des résultats par une équipe de recherche composée de 3 éducateurs culturels, 2 médecins généralistes universitaires, 2 consultants et 3 universitaires</p>	<p>55 questionnaires valides reçus et 90 participants aux entretiens ou focus group</p> <p>3 thèmes ressortent concernant le rôle des éducateurs et mentors culturels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compréhension par les étudiants de l'utilité de l'éducation culturelle et du mentorat dans l'exercice des soins primaires : respect des valeurs, flexibilité et interaction avec les communautés. L'éducation prépare l'interne à travailler avec les individus alors que le mentorat sert de lien avec la culture et la communauté. - Faire connaître et soutenir les éducateurs et mentors culturels, souvent non rémunérés et issus de la communauté. En faire des personnes ressources pour l'exercice futur. - Développer la composante culturelle dans la formation, souhait de pouvoir être évalué par les étudiants pour pouvoir adapter au mieux la formation 	Il ressort que le rôle des éducateurs et des mentors culturels est essentiel dans le développement des compétences culturelles dans la formation initiale et continue. Ce sont des personnes ressources avec qui les futurs acteurs de soins primaires acquièrent une sensibilité culturelle et une expertise et avec qui ils pourront travailler en partenariat.	COREQ 23/32

3.3. Analyse des résultats

On retrouve dans cette revue de la littérature sur les 20 résultats, 7 études réalisées aux USA, 3 en Australie, 4 au Canada, 2 dans plusieurs pays d'Europe, 1 aux Pays-Bas et 1 en Suède.

Différents domaines sont explorés balayant un large champ de l'exercice en soins primaires : le dépistage, la prévention, l'éducation thérapeutique, la formation médicale, les outils à disposition des médecins, le suivi médical, le rôle des différents acteurs et le système de soins primaires. Un tableau en annexe détaille les différentes thématiques en fonction des articles (Annexe 4).

Deux revues systématiques de la littérature font partie des résultats, une menée par le groupe Cochrane et une autre par une équipe australienne. Dans les deux revues, les articles concernaient des études qui s'étaient déroulées aux USA, au Canada ou aux Pays-Bas. Dans notre travail, nous avons également retrouvé principalement des recherches menées ces pays. La première revue abordait l'efficacité des agents de santé communautaires (ASC). Le seul résultat significatif, montré en méta-analyse, donc de haut niveau de preuve, concerne l'amélioration du dépistage du cancer grâce aux ASC. Les autres conclusions étaient globalement positives, mais non significatives. La deuxième a évalué les types de formation aux compétences culturelles des professionnels de santé et leur impact sur leur exercice et sur les patients. **Les comportements des patients liés à la santé et la participation aux soins sont améliorés de façon significative.** Les autres, plutôt favorables ne sont pas significatifs.

Quatre essais contrôlés randomisés, études ayant le plus haut niveau de preuve dans notre revue, ont été inclus. 3 ont eu lieu aux USA, 1 en Suède et mis à part pour cette dernière étude, les résultats sont positifs significativement concernant les critères principaux. Le premier retrouve une augmentation du dépistage du cancer colorectal après délivrance d'une information culturellement adaptée aux patients, le second une diminution du poids et de l'HBA1c suite à des sessions d'éducation thérapeutique culturellement adaptées auprès de diabétiques et le troisième une amélioration des symptômes dépressifs et de la réponse au traitement après un suivi par télépsychiatrie culturellement adaptée. Dans l'étude suédoise, l'objectif était une diminution du poids et une augmentation de l'activité physique chez des patients à risque de diabète après une éducation thérapeutique adaptée. Les résultats sont en faveur de l'intégration de la dimension culturelle mais pas de façon significative.

Notre travail a également retrouvé des articles issus de la recherche qualitative et s'inscrivant dans une démarche méthodologique rigoureuse, ils permettent d'étayer notre réflexion. Notre domaine de recherche frôlant celui des sciences humaines, la présence d'études qualitatives est importante pour notre propos. **Les 8 études qualitatives de notre revue abondent dans le sens de résultats positifs pour les patients et les médecins lors de l'intégration de la composante culturelle à la pratique. Elles ont fait ressortir les éléments de satisfaction des patients et des soignants, comme les points à continuer de travailler.** La considération des représentations en santé dans le soin et le respect de certaines coutumes socioculturelles sont ressortis comme primordiaux pour les différentes parties prenantes, quelles que soient les études. La construction de différents projets (éducation thérapeutique, prévention, dépistage...) en équipe incluant des pairs, des soignants, et parfois des travailleurs s'est avérée judicieuse. Cela a permis de renforcer la communication, les liens entre les patients et les acteurs du soin. Les questions de logistique, comme les lieux d'intervention, leur format ou leur durée ont pu être discutées et approuvées par tous. Si subsistent côté soignant encore quelques difficultés dans la mise en place effective des outils, leur généralisation et diffusion, le bilan reste positif. Le rôle des différents acteurs est parfois un peu flou, notamment concernant des professions peu répandues comme les agents de santé communautaires. Les patients quant à eux, même parfois lors d'interventions pensées par leurs pairs, expriment de temps à autre des difficultés à communiquer et à se sentir en confiance dans la relation soignant/soigné.

Les autres études de la revue, 3 études interventionnelles quasi expérimentales, 2 revues de la littérature non systématiques ainsi que l'étude de cas vont dans le sens des résultats ci-dessus. Les résultats sont significativement en faveur d'une compétence culturelle plus développée au sein des praticiens et des structures de soins dans 2 des études et dans les restantes, l'intégration de cette dimension donne des résultats largement positifs.

L'élément le plus compliqué à analyser concerne la généralisation des résultats en fonction des populations. Les populations étudiées représentent un échantillon varié, allant des minorités ethniques comme les Latino-Américains, Afro-Américains ou communautés autochtones aux populations de réfugiés. Les proportions entre les deux groupes sont à peu près équilibrées, avec des articles traitant parfois des deux populations (annexe 4). Peut-on légitimement généraliser une démarche qui a été pensée pour un migrant asiatique arrivé aux États-Unis à la communauté autochtone australienne ?

Les articles ciblant uniquement les migrants/réfugiés traitent principalement de problématiques spécifiques comme la torture ou les conditions de vie dans les pays d'origine (63), le VIH chez les migrants subsahariens (67), les visites à domicile chez des nouveaux

arrivants (73). Le projet RESTORE quant à lui a exploré comment adapter des projets déjà existants à cette population en particulier, à travers une recherche participative incluant des réfugiés et des acteurs de terrain (76).

Dans les recherches s'intéressant aux minorités ethniques, les domaines abordés vont représenter plus souvent des actions de prévention ou de dépistage : dépistage du cancer colorectal chez les Latinos Américains (59), des FDRCV chez les sud asiatiques (65), éducation thérapeutique (62, 69). Ils sont parfois issus directement de demandes des différentes communautés, comme la volonté d'éduquer les enfants Cree aux signes d'AVC (74). On retrouve aussi des études explorant le rôle et l'efficacité des différents acteurs de terrains, comme les agents communautaires (77), les éducateurs et mentors culturels (78).

Deux études sont intéressantes et concernent le dépistage du cancer du sein. Dans la première, les femmes migrantes sont ciblées avec des interventions dans les centres d'accueil réalisées par des soignants mais aussi par d'anciennes réfugiées ayant présenté cette pathologie. Une unité mobile de mammographie est mise en place pour faciliter le dépistage (70). Dans la deuxième étude, les femmes issues d'une communauté Afro-Américaine sont concernées. Comme dans l'étude sus citée, des pairs ont été formées pour aller à la rencontre des femmes et les inciter au dépistage (60). De nombreuses similitudes sont retrouvées entre ces deux études. Dans les deux cas, les intervenants sont allés sur le terrain, au plus proche de ces populations vulnérables. Les équipes étaient constituées à la fois de soignants mais aussi et surtout de pairs issus de la communauté.

Certains articles ont traité des deux populations sans distinction, notamment ceux concernant la formation des médecins. Le contenu exact des programmes n'est pas précisément spécifié dans les articles et on peut se questionner sur les thématiques enseignées. Établir une relation avec un patient migrant juste arrivant ne parlant pas la langue et ayant subi un parcours migratoire plus ou moins éprouvant peut présenter des sources de difficultés différentes à celles rencontrées lors d'une consultation avec un aborigène ayant grandi dans le pays.

D'autres articles ne précisent pas depuis quand les individus sont dans le pays ainsi que leur statut, et donc si on les considère comme des réfugiés ou comme des membres d'une minorité. C'est le cas pour la recherche en télépsychiatrie adaptée à des patients chinois (71) ou la prévention du diabète chez des patients suédois nés en Irak (75). Ces actions ayant lieu dans des centres de soins primaires avec un médecin généraliste référent, on peut supposer qu'il s'agit de patients installés dans le pays depuis une certaine durée. Il est toutefois dommage de ne pas avoir accès à ces informations.

Ce qui ressort de cette analyse axée sur les populations est le fait que les problématiques concernant les réfugiés ne sont majoritairement pas les mêmes que celles des minorités ethniques. La barrière de la langue est souvent beaucoup plus présente, et les priorités chez ces patients nouvellement arrivés ne sont pas les mêmes. Il est plus difficile de parler prévention, de règles hygiéno-diététiques, à un réfugié qui n'a pas de toit, qui peut avoir subi des mauvais traitements suite à la migration et dont l'environnement socio-économique est source de préoccupations plus urgentes. Les domaines à aborder relèvent alors plus de prises en charge spécifiques liées au parcours de migration ou aux pathologies présentes dans le pays d'origine.

Malgré tout on peut retrouver des points communs concernant les prises en charge de ces deux populations. Dans quasiment toutes les études, un travail multidisciplinaire incluant des travailleurs sociaux, des soignants mais aussi des membres de la communauté ont été bénéfiques. Si les thèmes abordés étaient différents, les modalités de construction des outils se rapprochent. Un autre point commun est le moteur des initiatives, souvent directement issu de problématiques de terrain. Même si les cibles sont différentes, aborder la dimension culturelle en partant des questionnements de terrain semble un terreau de réflexion généralisable. C'est dans cette dynamique que le projet RESTORE a été initié. Les intervenants sont partis de recommandations européennes, nationales, et les ont ensuite adaptées lors d'ateliers participatifs incluant la population et les intervenants pour qu'elles collent le plus possible aux problématiques de terrain.

4. DISCUSSION

4.1. Méthodologie : forces et limites

La réalisation de cette revue de la littérature a été difficile d'un point de vue méthodologique car le sujet est très vaste. Le thème de recherche est transversal, évidemment médical mais débordant aussi sur les sciences humaines telles que la sociologie ou l'anthropologie. Cela a complexifié la recherche bibliographique. Le choix des critères d'inclusion et des Term Mesh s'est avéré délicat. Concernant la population, nous souhaitons cibler toute personne présentant une diversité culturelle et nous avons essayé d'identifier les groupes de population pouvant répondre à ce critère, non seulement les personnes issues de la migration, mais aussi les minorités ethniques d'un pays. Nous avons cherché à être le plus sensible possible dans notre équation de recherche, puis lors de la lecture des articles, nous avons replacé la spécificité au centre de notre réflexion. Nous avons choisi de sélectionner

uniquement les études apportant des solutions opérationnelles, excluant les articles n'apportant pas d'outil évalué face à une problématique.

4.1.1. Forces

Une des forces de cette étude est son caractère systématique. Si l'exhaustivité n'a pas été atteinte pour des raisons évoquées ci-dessous, elle a été visée. Le protocole utilisé est reproductible, critère de qualité de notre travail. L'utilisation de grilles validées afin d'analyser les articles est également une force méthodologique.

L'originalité de cette étude et son caractère transversal sont aussi une force. La diversité des bases de données consultées y compris en santé publique et sciences humaines et sociales a permis un champ d'exploration plus large.

Les domaines explorés par les études que nous avons retrouvées, allant du dépistage à la formation médicale pointent plusieurs missions de la médecine. Des patients migrants récemment arrivés sur le territoire, aux minorités ethniques telles que les communautés autochtones, notre revue traite également des nombreuses populations vulnérables que nous souhaitons cibler initialement. En remplissant ces objectifs d'explorer de façon étendue les outils disponibles, les résultats de cette revue vont nous permettre de pouvoir faire des propositions plus larges et plus intéressantes.

4.1.2. Limites

Peu d'articles jugés à haut niveau de preuve ont été identifiés et la variabilité de la qualité des études module la validité externe et la portée des données retrouvées. Le haut niveau de preuve était toutefois notre objectif initial, raison pour laquelle nous avons volontairement exclu de cette revue de la littérature les publications non indexées, essentiellement les thèses, les mémoires ou encore les rapports d'activité. Néanmoins, les idées retrouvées dans ces documents et la littérature grise pouvaient s'avérer innovantes et auraient pu amener une plus-value à notre travail.

Nous avons exclu de l'équation les termes pouvant se rapporter aux ISS. Tout d'abord parce qu'aucun Term Mesh anglais ou français ne correspond parfaitement aux ISS, même si les articles abordant ce sujet commencent à être publiés en nombre conséquent. Pour mener une recherche sur les ISS, il faut réaliser une combinaison de Term d'appréciation personnelle qui devient alors subjective. Notre deuxième motivation repose sur le fait que la dimension culturelle est rarement identifiée comme faisant partie des ISS et que nous

aurions pu passer à côté d'articles précieux. Ces choix ont pu induire des biais de sélection ainsi qu'une perte d'information. Il est possible que des articles aient été indument écartés.

Une autre limite dans la création de notre équation est le choix du Term Mesh « médecine générale ». Nous avons fait ce choix afin de pouvoir analyser des expériences déjà mises en place en soins primaires et ayant fait la preuve de leur efficacité. Par cette décision, nous avons pu exclure certaines actions menées par des structures spécialisées, qui pourraient être déclinables en médecine générale.

Dans ce travail, seule l'auteure a analysé les articles. La méthodologie d'une revue systématique de la littérature exige normalement que soient désignés deux auteurs qui à partir d'une même équation de recherche vont regrouper et analyser les résultats. Même si la méthodologie de ce travail est rigoureuse, nous n'avons pu respecter cette règle et l'interprétation des résultats reste donc subjective.

Une autre limite est le choix des langues de lecture. Nous avons retrouvé des études réalisées majoritairement aux USA, puis en Australie, au Canada et dans certains pays d'Europe. Notre problématique étant universelle, la sélection d'articles uniquement en anglais et français a pu entraîner un nouveau biais de sélection, des articles dans d'autres langues auraient pu être contributifs à notre recherche. Et de façon un peu paradoxale, même si élargir notre recherche aurait été probablement avantageux, il aurait également été profitable à notre étude de retrouver des articles français. Si les pays sus cités accueillent des migrants et sont riches de populations minoritaires, pouvoir comparer avec des études menées en France aurait pu être opportun.

Une autre donnée pouvant limiter notre travail concerne l'hétérogénéité des populations ciblées dans les études. Si nous nous intéressons de façon globale aux populations vulnérables, on ne peut nier la différence dans les besoins entre un réfugié d'origine africaine et un membre d'une communauté aborigène australienne. Nous avons essayé d'y répondre en ne perdant pas de vue cette variable dans nos résultats, mais cela représente un réel biais dans notre étude.

Enfin, il faut aussi tenir compte des biais potentiels des études incluses dans cette revue, notamment les biais d'information dus aux études qualitatives. Les études quasi expérimentales étaient de qualité méthodologique moindre. Cela s'explique souvent par le fait qu'elles portaient sur des actions interhumaines et pas sur des traitements. Par ailleurs, la plupart des études se déroulaient sur de courtes périodes et avec une trop faible puissance pour que l'on puisse conclure à une validité externe.

4.2. Interprétation des résultats et propositions

Cette revue de la littérature a mis en lumière plusieurs dynamiques d'action pour répondre à la problématique posée. Diverses mais se recoupant également, nous avons essayé dans les paragraphes qui suivent de les organiser en quatre grands champs d'intervention.

4.2.1. Le « aller vers »

Dans les schémas de fonctionnement habituels de prise en charge en médecine il revient au patient de faire la demande de soins, de se rendre en consultation et d'initier donc en premier la démarche de soins. Certaines populations, dont celles étudiées dans notre recherche, sont éloignées du circuit institutionnel de soins de par leurs facteurs de vulnérabilité. Le non-recours et le renoncement aux soins sont fréquents. Le « aller vers » inverse la dynamique. Ce sont les acteurs de soins qui cette fois vont vers le patient dans son environnement pour essayer de l'amener vers le soin. La philosophie de travail est complètement différente dans une approche réellement centrée sur la personne essayant d'amender certains facteurs de non-recours aux soins.

4.2.1.1. *Dès la formation*

Dès la formation initiale puis dans la formation continue, cette vision du soin et ces valeurs « d'aller vers » se doivent d'être valorisées. L'intervention de personnes qualifiées connaissant le terrain et les spécificités culturelles d'une communauté comme nous l'avons vu est une vraie plus-value (78). Ils deviennent par la suite des interlocuteurs privilégiés pour une démarche future de « aller vers ». Depuis une quinzaine d'années il existe dans certains états des USA (79) un système de formation qui a fait du « aller vers » une des valeurs centrales. Un stage est proposé aux étudiants leur permettant de réaliser des consultations dans les structures d'accueil de réfugiés. Ils bénéficient, en parallèle, d'un programme d'enseignements axé sur les questions ethniques et culturelles en matière de santé. Les repas sont pris sur place et partagés avec les réfugiés permettant un échange et l'établissement de liens forts avec la communauté.

4.2.1.2. *Organisation de réseaux de soins sur le terrain*

La mise en place sur le terrain de réseaux de soins solides au maillage judicieux est primordiale dans une démarche d'aller vers. Dans l'article de notre revue évoquant les stratégies à mettre en place pour être efficient lors des visites à domicile des patients réfugiés, cette solution est la première évoquée (72). Un partenariat avec tous les acteurs intervenant auprès des personnes est essentiel car il permet une réflexion partagée sans annihiler certaines dimensions, en ce qui nous concerne la dimension culturelle.

Le réseau IINTERMED en Rhône Alpes est un exemple de ce qui peut exister en France (80). Un binôme de travailleur social/ IDE intervient auprès des migrants âgés afin de créer des conditions favorables à l'accès aux soins mais aussi une reprise du lien social. Médecins du Monde incarne cette vision du soin depuis plus de 20 ans (81). En 1998 est créée leur première action phare : la mission bidonville. MDM a mis en place auprès de ces populations un suivi médico-social de proximité ainsi qu'un travail d'observation et de témoignage des conditions de vie quotidienne. Sont mises en place des consultations médicales in situ, des campagnes de vaccinations, de l'éducation à la santé et du travail de médiation et d'orientation à destination de cette population. Si l'un des objectifs est de soigner ces populations, les rapprocher du système de soins en est un autre non moins important. Suite à la Mission Bidonville plusieurs autres actions ont été développées comme la création sur tout le territoire de cliniques mobiles ou encore des projets de médiation en santé comme à Nantes en 2010. Le but était de promouvoir la santé des femmes et des jeunes enfants Roms ainsi qu'une meilleure intégration dans le droit commun. Les médiateurs sanitaires étaient généralement issus de la communauté et formés à l'échelle locale mais aussi nationale. Tout un réseau de soins était articulé autour d'eux incluant des infirmières et des médecins, mais aussi des travailleurs sociaux. Ainsi en 2012 à la fin de l'expérimentation 100 % des droits à l'AME étaient ouverts, la couverture vaccinale était équivalente à celle de la population générale, des partenariats avec structures de soins et PMI étaient efficaces.

4.2.1.3. Interventions ciblées sur des lieux stratégiques et télémédecine

Le choix des lieux d'action s'avère stratégique. La promotion du dépistage du cancer du sein faite dans les agences de réinstallation où sont accueillies les patientes migrantes (70), ou alors à la sortie des lieux de culte (65) sont deux actions qui permettent d'intervenir au plus près des patients. Agir directement dans l'environnement de vie des patients c'est mieux les comprendre et se donner plus de moyens pour promouvoir la santé. Par exemple, c'est dans cet objectif qu'une infirmière intervient depuis 10 ans déjà auprès des populations Roms sur leurs lieux de vie dans la région de Pau. Financée dans le cadre de l'appel à projets du PRAPS, elle agit au sein d'une association nommée l'association Gadjé-Voyageurs, se déplace sur les lieux de vie pour sensibiliser et accompagner les patients (82).

Une tendance actuelle dans tous les domaines de la médecine est la télémédecine. Elle peut s'intégrer dans une démarche d'aller vers si la présence physique des intervenants sur les lieux stratégiques s'avère trop compliquée. La télépsychiatrie permet aux patients de bénéficier d'une consultation culturellement adaptée à laquelle ils n'auraient pas eu accès autrement (71). De la même façon, la création d'une consultation éphémère de téléophtalmologie pour les patients diabétiques dans le centre de soins primaires de

proximité (64) avec l'intégration des représentations culturelles locales de la santé permet de rendre accessible le dépistage dans ces communautés éloignées et exprimant un non-recours aux soins en partie dû à des barrières culturelles.

4.2.2. L'approche communautaire

4.2.2.1. *Action participative*

La médecine communautaire doit permettre à la population de participer activement à la mise en œuvre de stratégies permettant l'acquisition d'une meilleure santé. La dimension culturelle s'intègre d'autant mieux dans les soins si les membres de la communauté ciblée font partie intégrante du processus réflexif. Plusieurs articles de notre revue mentionnent le travail participatif comme approche à privilégier, que ce soit à travers des groupes de travail (73, 76) ou bien grâce à l'intégration à une équipe de soins multidisciplinaire d'agents de santé communautaires (77).

Les définitions exactes de ces agents sont différentes selon les pays : agents de santé communautaires, agents autochtones, mentors culturels ou agents de santé multiculturels, autant de noms pour autant de missions différentes. Si les rôles varient d'un pays à l'autre, ce nouvel intermédiaire semble répondre à une demande s'exprimant un peu partout. Lien essentiel entre les équipes médicales et les populations, ils sont les gardiens du respect des valeurs, promeuvent la santé, font de la prévention, et peuvent servir de médiateur. Leur rôle peut s'avérer déterminant, comme lors de l'épidémie d'Ebola où leur intervention a eu une place conséquente dans la lutte contre la maladie (83). Porteurs d'une certaine connaissance, ils peuvent aider le corps médical dans ses démarches de promotion de la santé.

Le projet RESTORE dont sont issus deux de nos articles (73,76) est un projet européen qui a mis en place une stratégie de recherche adaptative et participative. À partir des recommandations nationales, population ciblée et acteurs de soins ont travaillé ensemble pour adapter au mieux les mesures proposées aux problématiques de terrain afin de monter des projets réellement réalisables. Au terme de l'étude, plusieurs d'entre eux sont efficaces. On retrouve cette dynamique dans l'article de notre revue où les membres d'une communauté ont recherché dans leur environnement ce qui pouvait favoriser l'obésité et comment agir au mieux sur ces différents facteurs tout en étant cohérent avec les valeurs culturelles (69).

Changer notre façon d'appréhender la médecine en partant des besoins exprimés pour pouvoir mieux y répondre est aussi une des voies à explorer, comme nous l'avons vu dans

un des articles de notre revue (74). L'éducation des enfants sur les signes d'AVC est partie d'une demande des chefs des communautés qui devant la fréquence de plus en plus importante des AVC souhaitaient former les jeunes. En effet, souvent gardés par les personnes âgées de la communauté, ils sont potentiellement les premiers à pouvoir intervenir.

L'action participative s'intègre à la fois dans l'approche communautaire, mais aussi dans la démarche d'aller vers explicitée plus haut. Les nouveaux acteurs sus cités intègrent une dynamique globale de médiation en santé. A l'occasion de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, un nouvel article a été introduit dans le code de santé publique prévoyant l'élaboration de référentiel de compétences concernant la médiation en santé. Chargée de cette mission, l'HAS a publié un rapport d'activité en Octobre 2017 précisant les compétences attendues et incitant à former ces nouveaux acteurs (84).

4.2.2.2. *Education par les pairs*

L'éducation thérapeutique faite par les pairs est également à développer. Elle peut permettre de franchir la barrière de la langue dans un premier temps puis de s'affranchir de certaines incompréhensions culturelles et être plus pertinente, notamment dans certains domaines comme l'alimentation. Les études de notre revue évaluant de rôle des pairs dans l'éducation thérapeutique rapportent des résultats positifs statistiquement significatifs. Une revue de la littérature de 2008 va également dans le même sens. Evaluant l'impact de l'éducation et du conseil par les pairs sur le diabète de type 2, l'allaitement au sein et d'autres connaissances en matière de nutrition, les attitudes et le comportement des Latino-américains, elle retrouve des résultats positifs et significatifs dans tous ces domaines d'action (85).

4.2.3. Développement des compétences culturelles

4.2.3.1. *Diversifier la formation*

Chaque consultation est un échange véritable au titre du soin et il va s'ensuivre une série de réactions implicites et explicites, conscientes et inconscientes, que l'on va avoir à l'égard de notre patient. Si l'anthropologie médicale est un domaine bien trop vaste pour être enseigné pleinement à la faculté de médecine, l'apprentissage de connaissances de base et de connaissances sur des problématiques ciblées peut s'avérer utile. Le développement des compétences culturelles à l'échelle individuelle peut permettre de porter un regard différent sur le problème vécu par les soignants et les patients. La maladie ne se résume pas à une entité biologique ou physiologique ; elle se réfère à des modèles d'interprétation enracinés dans un réseau complexe de signes, structurés autour de formes culturelles et traduite par un langage de souffrance propre au patient. Orienter la formation sur des problématiques

concrètes vécues par les praticiens en leur apportant un savoir anthropologique peut être bénéfique. Savoir reconnaître les facteurs culturels qui interagissent dans la démarche de soin peut permettre une meilleure communication et relation médecin/patient.

Le groupe Cochrane à travers une revue de la littérature retrouve des preuves globalement positives mais non significatives de l'effet bénéfique des compétences culturelles sur les patients, mais aussi les médecins et les organisations de soins (68). Les initiatives sont tellement diverses qu'il est difficile de pouvoir les comparer. Certaines pistes sont à explorer, comme l'apprentissage par vidéo (66). Dans les études analysées par le groupe de travail Cochrane, certains cours prenaient la forme de jeux de rôle, comme dans cet article de 2016 décrivant la mise en place de cours avec des patients simulés par des acteurs (86).

D'autres pistes sont retrouvées dans la littérature et méritent d'être plus profondément explorées comme le mentionne une thèse mettant en avant les bénéfices de la coformation. Cette méthode pédagogique part du postulat qu'il existe 3 types de savoirs, indispensables et complémentaires : les deux premiers, le savoir universitaire et le savoir professionnel de terrain, qui sont organisés et reconnus ; le troisième type est le savoir issu de l'expérience vécue. Croisement des savoirs et des pratiques, la formation s'organise avec un groupe de professionnels d'une ou plusieurs disciplines et un groupe de militants (personnes ayant l'expérience vécue) (87).

4.2.3.2. Education thérapeutique, prévention et dépistage culturellement adaptés

Le but de l'éducation thérapeutique est de permettre au patient de comprendre sa maladie, son traitement, de favoriser l'adhésion et l'observance. Si le médecin généraliste peut mettre en avant quelques notions d'éducation thérapeutique lors des consultations standard, des ateliers réalisés en coopération sont souhaitables.

L'éducation peut se faire par outils adaptés comme on l'a vu dans l'article concernant l'éducation thérapeutique des patients à haut risque de diabète, dont les résultats sont significativement positifs (75). Le thème des règles hygiéno-diététiques se prête particulièrement bien à l'exercice. Un essai contrôlé randomisé en double aveugle de 2016 (88) a comparé auprès de patients souffrant de lombalgie ou dépression des documents d'information juste traduits versus des documents adaptés culturellement. Il s'avère que les outils culturellement adaptés sont significativement plus efficaces, notamment chez les personnes considérées comme ayant un moindre niveau « immersion » dans la société.

Il en est de même concernant l'angle sous lequel aborder le dépistage. Dans l'étude sur le dépistage du cancer colorectal chez les Latino-Américains, ont été proposées aux patients une vidéo et des brochures d'information dans la langue et adaptées culturellement en concertation avec des membres de la communauté (66). Les résultats significatifs retrouvés vont dans le sens de la validité de la démarche.

4.2.3.3. *Outils adaptés*

Le développement d'outils d'aide lors des consultations me semble également une piste à explorer. L'étude sur le test de VIH pour les migrants retrouve (67) globalement de bons retours, même si certains médecins ont émis des réserves quant à une impression de stigmatisation des patients, ou des difficultés à aborder le sujet. Le case report (63), certes de faible niveau scientifique, donne toutefois des pistes assez précises pour pouvoir aborder ces sujets difficiles, comme la torture. Suivant la même dynamique, un guide a été édité en Belgique, intitulé « Améliorer le dialogue entre les médecins généralistes et les patients d'origine étrangère ». Il offre à la fois des conseils concrets sur la communication à mettre en pratique au quotidien, mais aussi un listing des brochures sites, formations et partenaires envers qui le médecin généraliste peut se référer (89). En France le guide édité par le Comité pour la santé des exilés (COMEDE), dont la dernière version date de 2015, (48) essaye également de répondre à cette demande.

4.2.4. Réorganisation des services de santé

4.2.4.1. *Différents acteurs*

Le médecin généraliste, pivot central des soins primaires, voit son rôle de coordinateur renforcé. Il a un rôle dans l'éducation des pairs, en les formant sur des thèmes de santé. Il communique un certain savoir et s'imprègne aussi des informations rapportées par les membres de la communauté afin de placer le patient au centre de la démarche de soins en y intégrant l'environnement de vie. Il travaille main dans la main avec les médiateurs en santé qui font le lien entre les populations vulnérables et le système de soins. Essayer de décloisonner notre système permettrait de sortir de notre mission uniquement de prescription afin de prendre en charge notre patient dans toutes ses dimensions. Au-delà du bénéfice tiré par le patient, notre exercice s'en trouvera enrichi. Ce travail multidisciplinaire est évoqué dans quasiment tous les articles de notre revue de la littérature, que ce soit lors des démarches d'allers vers, avec les acteurs en santé communautaires, les travailleurs sociaux et les pairs, ou par la création de nouveaux outils pour la pratique.

4.2.4.2. Centres de soins

Une approche au plus près du terrain. Dans les études de cette revue, nombreux sont les centres de soins primaires qui servent de lieux de base à la réalisation de la recherche. Ces centres, très développés en Australie ou aux États Unis, correspondent à nos pôles ou centres de santé. Ils permettent de regrouper sur un même lieu de travail différents intervenants mais qui agissent tous auprès des mêmes patients. En partant des problématiques de terrain, valoriser ces centres me semble un des axes de travail les plus urgents. Pourquoi ne pas y faire intervenir des travailleurs sociaux, y organiser les ateliers d'éducation thérapeutique culturellement adaptée, en faire un lieu d'échange entre les pairs, les agents communautaires et les acteurs de soins, ou y pratiquer la télémédecine, organiser une permanence d'interprétariat, y allouer des budgets pour de l'interprétariat téléphonique... En France, certaines maisons de santé travaillent déjà dans ce sens, comme la maison de santé de Ménilmontant ou celle de Pyrénées Belleville, toutes deux à Paris et qui organisent des ateliers d'éducation thérapeutique et des entretiens individuels avec IDE spécialisée. Concernant notre région, on peut citer l'exemple de la MSP de Targon, qui accueille régulièrement une assistante sociale.

4.2.4.3. Politiques publiques

Nous avons vu à quel point les ISS s'ancrent dans un contexte et une volonté politique. Pour réduire les ISS, le soutien politique et financier de programmes inclusifs des minorités ou des migrants paraît crucial. La consultation d'une personne en situation de vulnérabilité est nous l'avons vu complexe à plusieurs niveaux. Les médecins se plaignent d'un manque de temps, de coordination, de formation et de rémunération. Si certains des outils décrits ci-dessus peuvent participer à répondre à certains de ces éléments, résoudre ces difficultés passe également par une réflexion au sein des instances politiques. Des pistes, notamment évoquées dans le projet RESTORE, seraient un paiement à l'acte revalorisé pour ces consultations chronophages ou un paiement généralisé permettant des temps de RDV plus longs, des structures d'accueil sans RDV etc. (73). Les résultats du projet RESTORE viennent corroborer les affirmations de l'OMS comme quoi un système de soins primaires solide est indispensable.

5. CONCLUSION

La France s'est construite autour de notions humanistes, comme peut le rappeler la devise nationale « Liberté, Égalité, Fraternité ». Reflet de nos droits mais aussi de nos devoirs ces valeurs se doivent d'être portées dans notre exercice de la médecine. Le système de santé Français est considéré comme un des meilleurs au monde. Mis en danger à l'heure où les termes « trou de la sécurité sociale » et « restrictions budgétaires » y sont systématiquement accolés, une de nos missions est de le défendre mais aussi de chercher encore et toujours à l'améliorer.

Défi majeur, les inégalités sociales de santé persistent malgré les mesures mises en place et cela depuis des dizaines d'années maintenant. Sujet de bien des discours, le combat pour une équité en santé devient une urgence. Le droit à la santé des plus démunis ne doit pas être oublié. Au-delà d'un engagement moral, l'accomplissement de cet objectif passe par des promesses d'action.

Quand il s'agit de populations vulnérables, nous pouvons, il me semble, repenser notre mode d'action. À travers ce travail, dont l'échelle force toutefois l'humilité, nous avons cherché à proposer des pistes de réflexion. L'intérêt des acteurs clés et des populations concernées ne sont pas toujours en adéquation avec les politiques actuelles. Décloisonner notre profession et organiser nos actions en partant de problématiques de terrain me paraissent être une des clefs. Il ne faut pas perdre de vue que la dimension culturelle s'intègre dans un contexte socio-économique beaucoup plus large.

Le travail en équipe multidisciplinaire, en partenariat avec certains travailleurs sociaux, est à valoriser. Les liens avec les différentes communautés doivent se renforcer à travers de nouvelles professions comme les médiateurs en santé, ou alors la formation de pairs aux actions de prévention et d'éducation. Le partage des compétences entraîne une amélioration évidente des pratiques. La construction d'un véritable maillage est à envisager.

Stimulant et enrichissant l'exercice en situation multiculturelle nous demande de sortir du cadre habituel pour se frotter à des représentations de la santé, de la maladie, de la vie et de la mort parfois éloignées des nôtres. En découle l'indiscutable nécessité de se questionner sur nos normes en évitant de tomber dans le piège de la stigmatisation. Un juste équilibre est à trouver entre le respect d'une certaine différence et sensibilité et une approche culturaliste. Problématique complexe, mon travail ne prétend pas la résoudre.

Un système plus juste et plus soucieux de l'Autre serait probablement également source de libération. Les soignants, disposant de moyens adaptés, auraient un exercice plus apaisé.

Les patients, accompagnés et réinvestissant leur santé, gagneraient en confiance dans le système de soins et ses acteurs. La société, avec une réflexion portée sur le vivre ensemble, ne verrait plus la question migratoire comme un problème.

Pour conclure, il était important pour moi de réaffirmer le rôle pivot du médecin généraliste et les responsabilités qui en découlent. Il nous engage à nous sentir concernés à chaque moment de notre exercice. La recherche d'une justice en santé pour tous se doit d'être une mission quotidienne, répondant aux valeurs d'équité et de solidarité.

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Federoci L. La prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus [Thèse d'exercice de médecine générale]. Paris VI : Université Pierre et Marie Curie ; 2013
2. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations. International Migration Report 2017 : Highlights. New York ; 2017
3. INSEE. Recensement de la population. 2015. [Internet] 2018 [cité 02 Avril 2019] Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/information/3561862>
4. Organisation mondiale de la santé (OMS). Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la commission OMS des déterminants sociaux de la santé. Genève : OMS; Aout 2008.
5. Lombrail P. Accès aux soins. Les inégalités sociales de santé. Paris: La Découverte ; 2000
6. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste – médecin de famille. Europe : Wonca; 2002
7. Gouvernement du Canada. Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé [Internet] 2019 [cité 02 Avril 2019] Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html#What>
8. Whitehead M., Dahlgren, G. What can be done about inequalities in health?. The lancet, 1991;338(8774), 1059-1063.
9. Société Française de Médecine Générale. Sociologie et Anthropologie : quels apports pour la médecine générale. Document de recherche en médecine générale ; Novembre 2007
10. Eygun-Audap J. Caractéristiques sociolinguistiques des patients rencontrés en dispensaire à Mayotte : analyse d'une prise en charge en contexte interculturel [Thèse d'exercice de médecine générale]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2015

11. Matz C. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe et Moselle [Thèse d'exercice de médecine générale]. Nancy : Université Henri Poincaré Nancy 1 ; 2011
12. Todd K, Lee T, Hofman JR. The effect of ethnicity on physician estimate of pain severity in patients with isolated extremity trauma. *J Am Med Assoc.* 1994;(271):925-8.
13. Duprat V. Difficultés rencontrées dans la prise en charge médicale de la population Rom, enquête réalisée sur la Communauté Urbaine de Bordeaux entre mars 2010 et septembre 2010. [Thèse d'exercice de médecine générale] Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2011
14. Conseil de l'Europe. Élaborer « le Livre blanc sur le dialogue interculturel » du Conseil de l'Europe. Janv 2007
15. Rocque R, Leanza Y. A Systematic Review of Patients' Experiences in Communicating with Primary Care Physicians: Intercultural Encounters and a Balance between Vulnerability and Integrity. *PLoS ONE.* 2015;10(10):e0139577.
16. Paternotte E, Van Dulmen S, Van der Lee N, Scherpbier AJJA, Scheele F. Factors influencing intercultural doctor–patient communication: A realist review. *Patient Education and Counseling.* 1 avr 2015;98(4):420-45.
17. Sterlin C, Dutheil F. La pratique en contexte interculturel. *Reflète* 2000;61:141–153.
18. Sterlin C. Pour une approche interculturelle du concept de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé.* 2006 11(1):112-121
19. Piolat J. L'action pour la santé en contexte multiculturel. [cité 02 Avril 2019] Disponible sur : www.cultures-sante.be
20. Aissani N. Le regard des soignants sur les patients étrangers [Mémoire de DIU Santé, Société, Migrations]. 2013
21. Layat C. La prise en charge de patients requérants d'asile en médecine ambulatoire : une question d'approche thérapeutique. *Université de Genève ARIC Bulletin* No 41 ; 2005
22. Phaneuf M. L'approche interculturelle, une nécessité actuelle. Canada ; 2013
23. Durieux-Paillard S, Dominice Dao M, Junod Perron N. Patients migrants au cabinet médical : médecine générale ou pratique spécialisée ? *Revue Médicale Suisse.* 2007;3(126):2167-70

24. Durieux-Paillard S, Loutan L. Diversité culturelle et stéréotypes : la pratique médicale est aussi concernée. Rev Médicale Suisse. sept 2005
25. Nobre T, Mac Gabahn K. La prise en compte des différences ethnoculturelles des patients à l'hôpital : une étude exploratoire en contexte français. Humanisme et Entreprise. 2011;305(5):37-48.
26. Papic O, Malak Z, Rosenberg E. Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: attitudes, barriers, strategies, and training needs. Patient Educ Couns. févr 2012;86(2):205-9.
27. Bouchaud O. La santé des migrants - Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants. La Santé de l'homme n° 392 ; 2007
28. Fonga S. Représentations de la maladie chez des patients hypertendus originaires d'Afrique Noire ayant migré en France [Thèse d'exercice de médecine générale]. Paris VI : Université Pierre et Marie Curie; 2014
29. Abt M. Recours à la médecine générale des patients migrants en Nord-Pasde-Calais : attentes, déterminants et résultats de consultation somatiques et psychologiques [Thèse d'exercice de médecine générale] Lille : Université du Droit et de la Santé - Lille2 - Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2015
30. Stern RJ, Fernandez A, Jacobs EA, Neilands TB, Weech-Maldonado R, Quan J, et al. Advances in measuring culturally competent care: a confirmatory factor analysis of CAHPS-CC in a safety-net population. Med Care. sept 2012;50(9 Suppl 2):S49-55.
31. Schinkel S, Schouten BC, van Weert JCM. Are GP patients' needs being met? Unfulfilled information needs among native-Dutch and Turkish-Dutch patients. Patient Educ Couns. févr 2013;90(2):261-7.
32. Ahmed R, Bates BR. Development of scales to assess patients' perception of physicians' cultural competence in health care interactions. J Transcult Nurs. juill 2012;23(3):287-96.
33. Cuevas AG, O'Brien K, Saha S. What is the key to culturally competent care: Reducing bias or cultural tailoring?. Psychology & health. 2017;32(4), 493-507.
34. Cheng I-H, Drillich A, Schattner P. Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: a literature review. Br J Gen Pract. mars 2015;65(632):171-176.

35. Harmsen J, Bernsen R, Bruijnzeels M, Meeuwesen L. Patients' evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? *Patient Education and Counseling*. 1 juill 2008;72(1):155-62.
36. Rapport de la Commission nationale permanente, Conseil de l'ordre des médecins. *Pratique médicale et identité culturelle*. 2005
37. Desclaux A. À propos de « Pratique médicale et identité culturelle », un rapport de l'Ordre des Médecins. *Bulletin Amades Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé* [Internet] 2006 [cité 02 Avril 2019] Disponible sur : <http://amades.revues.org/291>
38. Vassart C. *Améliorer le dialogue entre MG et patients d'origine étrangère*. Fondation Roi Baudoin ; 2013
39. Richard C. *Prise en charge des patients allophones en consultation de médecine générale : Place de l'interprétariat professionnel* [Thèse d'exercice de médecine générale] Rennes : Faculté de Médecine ; 2016
40. *Charte de l'Interprétariat médical et social professionnel en France*. Strasbourg ; 14 Novembre 2012
41. Ribeira J., Hausman S., Peeters K., Toomer E. *Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ?* Coordination fédérale de la traduction et de l'interprétariat social ; Mars 2008.
42. Schwarzingler M. *Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète*. Direction Générale de la Santé ; Décembre 2012
43. Beelur A. *Le médecin généraliste et la barrière linguistique : enquête qualitative exploratoire d'analyse de pratiques auprès de 10 généralistes girondins*. [Thèse d'exercice de médecine générale] Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2011
44. *Enquête. Patients non francophones traduire les maux*. *Panorama du médecin*. 2010;5186:18-22.
45. Bowen S. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Publications Santé Canada, 2001.

46. Chaaban S. Evaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprètes professionnels face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse. [Thèse d'exercice de médecine générale] Toulouse : Université Paul Sabatier - Faculté de médecine; 2014
47. Hudelson P. Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ?. Santé conjugée. 2008;46:35-40
48. Le Comité médical pour les exilés. Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/ étrangers en situation précaire. Saint-Denis : Editions Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. 2015 [cité 14 Mars 2019] Disponible sur : <http://www.COMEDE.org/-Guide-COMEDE-2015>
49. Graz B., Vader J-P., Raynault M-F. Refugees, migrants, language barriers : physicians' opinion about means of translation assistance
50. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. Health Serv Res. avr 2007;42(2):727-54.
51. Vidaeff AC, Kerrigan AJ, Monga M. Cross-cultural barriers to health care. South Med J. janv 2015;108(1):1-4.
52. Sherrill WW, Mayo RM, Truong KD, Pribonic AP, Schalkoff CA. Assessing medical student cultural competence: what really matters. Int J Med Educ. 30 juill 2016;7:248-54.
53. Muijsenbergh M van den, Weel-Baumgarten E van, Burns N, O ' C, Donnell, Mair F, et al. Communication in cross-cultural consultations in primary care in Europe: the case for improvement. The rationale for the RESTORE FP 7 project. Primary Health Care Research & Development. avr 2014;15(2):122-33.
54. Teal CR, Street RL. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. Soc Sci Med. févr 2009;68(3):533-43.
55. Williams B. Cross cultural care. Bridging the cultural gap to better healthcare. Tenn Med. oct 2007;100(10):25-9.
56. Becker L, Oxman A. Chapter 22: Overviews of reviews. In: Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [Internet]. Higgins JPT, Green S (editors); 2011. [cité 14 Mars 2019] Disponible sur : www.cochrane-handbook.org.

57. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*. 2009;339:b2700.
58. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. [Internet] janvier 2000. [consulté 14 mars 2019] Disponible sur : <http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>
59. Aragonés A, Schwartz MD, Shah NR, Gany FM. A randomized controlled trial of a multilevel intervention to increase colorectal cancer screening among Latino immigrants in a primary care facility. *J Gen Intern Med*. juin 2010;25(6):564-7.
60. Fouad MN, Partridge E, Dignan M, Holt C, Johnson R, Nagy C, et al. Targeted intervention strategies to increase and maintain mammography utilization among African American women. *Am J Public Health*. déc 2010;100(12):2526-31.
61. Goris J, Komaric N, Guandalini A, Francis D, Hawes E. Effectiveness of multicultural health workers in chronic disease prevention and self-management in culturally and linguistically diverse populations: a systematic literature review. *Aust J Prim Health*. 2013;19(1):14-37.
62. Ockene IS, Tellez TL, Rosal MC, Reed GW, Mordes J, Merriam PA, et al. Outcomes of a Latino community-based intervention for the prevention of diabetes: the Lawrence Latino Diabetes Prevention Project. *Am J Public Health*. févr 2012;102(2):336-42.
63. Crosby SS. Primary care management of non-English-speaking refugees who have experienced trauma: a clinical review. *JAMA*. 7 août 2013;310(5):519-28.
64. Arora S, Kurji AK, Tennant MTS. Dismantling sociocultural barriers to eye care with teleophthalmology: lessons from an Alberta Cree community. *Clin Invest Med*. 1 avr 2013;36(2):E57-63.
65. Jones CA, Nanji A, Mawani S, Davachi S, Ross L, Vollman A, et al. Feasibility of community-based screening for cardiovascular disease risk in an ethnic community: the South Asian Cardiovascular Health Assessment and Management Program (SA-CHAMP). *BMC Public Health*. 21 févr 2013;13:160.

66. Abbott P, Reath J, Gordon E, Dave D, Harnden C, Hu W, et al. General Practitioner Supervisor assessment and teaching of Registrars consulting with Aboriginal patients - is cultural competence adequately considered? *BMC Med Educ.* 13 août 2014;14:167.
67. Loos J, Manirankunda L, Hendrickx K, Remmen R, Nöstlinger C. HIV testing in primary care: feasibility and acceptability of provider initiated HIV testing and counseling for sub-Saharan African migrants. *AIDS Educ Prev.* févr 2014;26(1):81-93.
68. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane database of systematic reviews.* 2014
69. Willows N, Dyck Fehderau D, Raine KD. Analysis Grid for Environments Linked to Obesity (ANGELO) framework to develop community-driven health programmes in an Indigenous community in Canada. *Health Soc Care Community.* 2016;24(5):567-75.
70. Gondek M, Shogan M, Saad-Harfouche FG, Rodriguez EM, Erwin DO, Griswold K, et al. Engaging Immigrant and Refugee Women in Breast Health Education. *J Cancer Educ.* sept 2015;30(3):593-8.
71. Yeung A, Martinson MA, Baer L, Chen J, Clain A, Williams A, et al. The Effectiveness of Telepsychiatry-Based Culturally Sensitive Collaborative Treatment for Depressed Chinese American Immigrants: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychiatry.* 2016;77(8):e996-1002.
72. Febles C, Nies MA, Fanning K, Tavernier SS. Challenges and Strategies in Providing Home Based Primary Care for Refugees in the US. *J Immigr Minor Health.* 2017;19(6):1498-505
73. O'Donnell CA, Burns N, Mair FS, Dowrick C, Clissmann C, van den Muijsenbergh M, et al. Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. *Health Policy.* 1 mai 2016;120(5):495-508.
74. Hill ME, Bodnar P, Fenton R, Mason B, Bandoh G. Teach Our Children: Stroke Education for Indigenous Children, First Nations, Ontario, Canada, 2009-2012. *Prev Chronic Dis.* 17 2017;14:E68.
75. Siddiqui F, Kurbasic A, Lindblad U, Nilsson PM, Bennet L. Effects of a culturally adapted lifestyle intervention on cardio-metabolic outcomes: a randomized controlled trial in Iraqi immigrants to Sweden at high risk for Type 2 diabetes. *Metabolism.* 1 janv 2017;66:1-13.

76. Teunissen E, Gravenhorst K, Dowrick C, Van Weel-Baumgarten E, Van den Driessen Mareeuw F, de Brún T, et al. Implementing guidelines and training initiatives to improve cross-cultural communication in primary care consultations: a qualitative participatory European study. *Int J Equity Health*. 10 2017;16(1):32.
77. Javanparast S, Windle A, Freeman T, Baum F. Community Health Worker Programs to Improve Healthcare Access and Equity: Are They Only Relevant to Low- and Middle-Income Countries? *Int J Health Policy Manag*. 1 juill 2018;7(10):943-54.
78. Reath J, Abbott P, Kurti L, Morgan R, Martin M, Parry A, et al. Supporting aboriginal and Torres Strait islander cultural educators and cultural mentors in Australian general practice education. *BMC Med Educ*. 11 oct 2018;18(1):236.
79. Griswold K, Kernan JB, Servoss TJ, Saad FG, Wagner CM, Zayas LE. Refugees and medical student training: results of a programme in primary care. *Med Educ*. juill 2006;40(7):697-703.in primary care.
80. Diebold F., Soussan M. *Libres propos : prendre soin des migrants âgés : le réseau de santé INTERMED en Rhône-Alpes. Gériatrie et société*. 2011
81. Ligi F, Pian A, Hoyez AC. *Rapport de terrain : les actions de « l'aller vers » de Médecins du Monde*. 2018
82. Association Gadjé-Voyageurs. [Internet] 2019 [cité 02 Avril 2019] Disponible sur : <http://www.agv64.fr> :
83. Mbaye EM., Kone S., Kâ O., Mboup, S. Évolution de l'implication des communautés dans la riposte à Ebola. *Sante Publique*.2017;29(4), 487-496.
84. HAS. *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiels de compétences, formations et bonnes pratiques*. Octobre 2017
85. Perez-Escamilla R. Impact of peer nutrition education on dietary behaviors and health outcomes among Latinos: A systematic literature review. *J Nutr Educ*. 2008
86. Min-Yu Lau P, Woodward-Kron R, Livesay K, Elliott K, Nicholson P. Cultural Respect Encompassing Simulation Training: Being Heard About Health Through Broadband. *J Public Health Res*. 26 avr 2016;5(1):657

87. Belloli D. La santé des personnes en situation de précarité : une co-formation fournit-elle des apports théoriques nouveaux par rapport aux données de la littérature ? [Thèse d'exercice de médecine générale]. Paris VI : Université Pierre et Marie Curie ; 2012
88. Hölzel LP, Ries Z, Kriston L, Dirmaier J, Zill JM, Rummel-Kluge C, et al. Effects of culture-sensitive adaptation of patient information material on usefulness in migrants: a multicentre, blinded randomised controlled trial. *BMJ Open*. 23 2016;6(11):e012008.
89. Fondation du Roi Baudoin. Améliorer le dialogue entre les médecins généralistes et les patients d'origine étrangère. 2013

ANNEXES

ANNEXE 1 - Term MeSH utilisés pour la construction des équations de recherche

Mot clef en français	Mots clef en anglais	Descripteur Mesh en français	Descripteur Mesh en anglais
Migrant	Migrant	- population de passage et migrants - émigrants et immigrants (arborescence incluant Immigrants sans papiers)	- transients and migrants - emigrants and immigrants (arborescence incluant Undocumented Immigrants)
Groupe de population	Population group	- groupe de population (arborescence incluant Tsigane)	- population group (arborescence incluant Roma/Romani/Gypsie)
Refugiés	Refugee	Refugié	Refugee
santé des minorités	minority health	santé des minorités	minority health
minorité	minority	Groupe minoritaire	minority groups
médecine générale	general practice	- médecine générale - médecins généraliste - médecins de premier recours - médecine de famille - médecins de famille	- general practice - general practitioner - physicians, primary care - family practice(s) - physicians, family
Soins primaires	Primary Health care	- soins de santé primaires	- primary health care
services de santé communautaires	community health services	services de santé communautaires	community health services
culture	culture	culture	Culture (arborescence incluant cultural diversity)
Soins adaptés sur le plan culturel	Culturally Competent Care	Soins adaptés sur le plan culturel	Culturally Competent Care
Compétence culturelle	cultural competency	Compétence culturelle	cultural competency

ANNEXE 2 : Grade des recommandation et force de preuve scientifique

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

ANNEXE 3 - Raisons d'exclusion et proportion des articles exclus

Articles exclus sur titre

Base de données	Total initial après exclusion des doublons et critères de langue	Exclus sur titre (hors sujet)	Retenus
Pub Med	312	19	293
Cochrane Library	6	1	5
Science Direct	48	28	20
CISMef	82	66	16
CAIRN	304	258	46
BDSP	37	11	26
	789	383	406

Articles exclus sur résumé

Base de données	Total des articles (après exclusion doublon/langue/sur titre)	Articles exclus sur résumé	Articles retenus
PubMed	293	Pas d'action concrète en place : évaluation du terrain/description de protocole57 Non disponible en entier..... 44 Besoins/difficultés des patients..... 31 Besoins/difficultés des soignants..... 26 Barrière de la langue exclusivement.....18 Efficacité de l'interculturalité sans action décrite..... 17 Mauvaise population cible.....15 Structure autre que les soins	50

		primaires.....13 Difficultés/Besoins perçus.....11 Représentations/croyances..... 9 Format inadapté..... 2	
Cochrane Library	5	Non disponible en entier..... 3	2
Science Direct	20	Efficacité de l'interculturalité sans action décrite..... 6 Besoins/difficultés des soignants..... 5 Mauvaise population cible..... 2 Représentations/croyances..... 1 Barrière de la langue exclusivement..... 1 Besoins/difficultés des patients..... 1	4
CISMef	16	Structure autre que les soins primaires..... 4 Mauvaise population cible..... 4 Format inadapté..... 4	4
CAIRN	46	Représentations/croyances..... 17 Hors sujet..... 12 Mauvaise population cible..... 4 Besoins/difficultés des soignants..... 3 Besoins/difficultés des patients..... 3 Efficacité de l'interculturalité sans action décrite..... 1	6

BDSP	26	Format inadapté..... 16 Difficultés/Besoins perçus..... 6 Barrière de la langue exclusivement..... 2	2
	406	336	68

Articles exclus sur texte intégral

Compétence culturelle non ciblée (médecine parallèle, plantes médicinales, représentations et croyances...)	19
Description d'outils/action en cours de réalisation	13
Pas de description réelle d'outils/action (défis et solutions mais pas d'initiative concrètement développée ou évaluée)	12
Mauvaise population cible	4
	Total : 48

ANNEXE 4 - Résumé des principaux domaines de recherche et des populations ciblées des articles retenus

Article	Refugiés Migrants	Minorités Ethniques	Dépistage	Rôle des ASC	Éducation Thérapeutique	Box / Outils Spécifique	Prévention	Formation	Rôle des Pairs	Aller Vers	Equipe	Systèmes De Soins
(59)	?	X	X								X	
(60)		X	X	X							X	
(61)	X	X		X							X	
(62)		X			X		X				X	
(63)	X					X						
(64)		X	X	X					X	X	X	
(65)		X	X	X			X			X	X	
(66)	X	X						X				
(67)	X		X			X					X	
(68)	X	X						X				
(69)		X					X		X		X	
(70)	X		X						X	X	X	
(71)		X		X						X	X	
(72)	X									X	X	X
(73)	X											X
(74)		X					X		X	X	X	
(75)	?	X		X	X						X	
(76)	X				X				X		X	
(77)		X		X							X	
(78)		X						X	X		X	
TOTAL	10	14	6	7	3	2	4	3	6	6	16	1

RESUME

Introduction

Au sein de la population il existe des disparités de l'état de santé en fonction du statut socio-économique : les Inégalités Sociales de Santé. Elles sont issues de l'interaction de multiples facteurs, dont la « Culture », au sens de l'appartenance culturelle d'un individu à un groupe. L'objectif de ce travail a été de rechercher les outils à disposition des acteurs de soins primaires pour prendre en compte cette dimension culturelle dans la démarche de soins.

Méthode

Une revue systématique de la littérature a été conduite de janvier 2009 à janvier 2019 dans les bases de données PubMed, Cochrane Library, Science Direct, CISMef, CAIRN, BDSP. Les données des articles sélectionnés ont été analysées et la qualité des articles, évaluée selon des grilles d'évaluation validées.

Résultats

Sur les 789 articles retrouvés, 20 ont été sélectionnés. Ils correspondaient à des recherches menées aux USA, au Canada, en Australie et en Europe, incluant à la fois des populations migrantes et des minorités ethniques. Différents domaines ont été explorés comme le dépistage, la prévention, l'éducation thérapeutique, la formation médicale ou le rôle des différents acteurs. Les résultats sont favorables à l'intégration de la composante culturelle à la pratique.

Conclusion

Ce travail nous a permis de dégager plusieurs pistes de réflexion, dont les acteurs de soins primaires sont les pivots centraux, regroupées en 4 catégories : "L'aller vers", l'approche communautaire, le développement de compétences culturelles et la réorganisation des services de santé. Toutefois peu d'articles jugés à haut niveau de preuve ont été identifiés et la variabilité de la qualité des études module la portée des données retrouvées.

Mots clefs : migrants, minorité ethnique, compétence culturelle, médecine générale

Discipline : Médecine Générale

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Université de Bordeaux 146 rue Léo Saignat 33000 Bordeaux

SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.