



**HAL**  
open science

# **Vécu et ressentis de médecins généralistes franciliens en situation de communication transculturelle en soins primaires : obstacles rencontrés et stratégies de contournement**

Olivier Matondo Mbaku

## **► To cite this version:**

Olivier Matondo Mbaku. Vécu et ressentis de médecins généralistes franciliens en situation de communication transculturelle en soins primaires : obstacles rencontrés et stratégies de contournement. Médecine humaine et pathologie. 2025. <dumas-05338539>

**HAL Id: dumas-05338539**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05338539v1>**

Submitted on 30 Oct 2025

**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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

## AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.1

**UNIVERSITÉ PARIS CITÉ**

Faculté de Santé

**UFR de Médecine**

**Année 2025**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 01/07/2025

Par

**Olivier MATONDO MBAKU**

**Vécu et ressentis de médecins généralistes franciliens en situation de communication  
transculturelle en soins primaires : obstacles rencontrés et stratégies de contournement**

Dirigée par M. le Professeur Dan Baruch

JURY

Mme la Professeure Isabelle Aubin-Auger

Présidente

M. le Professeur Dan Baruch

Directeur

M. le Docteur Brice Loko

Membre du jury

Mme la Docteure Sylvie Cabrita

Membre du jury

*« Les différences ne sont pas censées séparer, aliéner. Nous sommes justement différents afin de comprendre que nous avons besoin les uns des autres. »*

*Desmond Tutu*

*« Entre Ce que je pense, Ce que je veux dire, Ce que je crois dire, Ce que je dis, Ce que vous avez envie d'entendre, Ce que vous entendez, Ce que vous comprenez... il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même... »*

*Bernard Werber*

*« Il n'y a pas deux personnes qui ne s'entendent pas, il y a seulement deux personnes qui n'ont pas discuté ».*

*Proverbe wolof, Sénégal*

## REMERCIEMENTS

---

### ***À Mme la Professeure Isabelle AUGER-AUBIN, présidente du jury***

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

### ***À M. le Professeur Emérite Dan BARUCH, directeur de thèse***

Vous m'avez suggéré le sujet de cette thèse en 2020 et m'avez fait l'honneur de la diriger.

Merci pour votre bienveillance, vos précieux conseils et éclairages tout au long de ce travail. C'est un honneur et immense privilège pour moi d'être votre dernier thésard.

Soyez assuré de ma sincère gratitude.

### ***À M. le Docteur Brice LOKO, membre du jury***

Je te remercie de me faire l'honneur de juger ce travail, épilogue de me long périple auquel tu as tant contribué.

Reçois ici l'expression de ma profonde estime.

### ***À Mme la Docteure Sylvie CABRITA, membre du jury***

Je te remercie pour ton aide apporté à ce travail, qui se trouve enrichi de ta vision bienveillante et profondément humaniste de la médecine que j'ai observé au cours de mon stage chez le praticien à tes cotés en 2021. Muito obrigado.

Trouve ici le témoignage de ma sincère gratitude.

### ***À ma chère Mamima, Marie-Jeanne***

Dont j'ai usé le dos étant gamin et qui a tant fait par amour pour ses enfants.

Merci d'avoir fait de moi celui que je suis, de m'avoir porté et soutenu tout au long de ma vie. Je t'aime d'un amour profond. Ce travail te rend hommage, merci pour tout.

### ***A mon tendre et regretté Docteur Gilbert Mbaku***

Je ne t'ai pas écouté lorsque tu me conseillais de ne pas embrasser le rêve d'une carrière médicale, que tu as mené brillamment en tant que chirurgien.

Je n'ai pas non plus oublié les derniers mots que furent les tiens à mon égard « travaille dur et travaille plus que les autres, ce monde n'est pas facile ».

J'aurais tant aimé profiter de toi plus longtemps, mais sans doute dans une prochaine vie. Merci d'avoir fait de moi celui que je suis. Ce travail vous te rend hommage.

### ***A Papa Blaise et Ma Annie***

Votre sagesse, vos conseils avisés et votre amour ont porté l'enfant de 10 ans qui vous a rejoint en 1998, lui permettant de gravir des montagnes. Vous êtes mes précieux et inestimables bergers. Ce travail vous rend hommage, merci pour tout.

### ***A mes sœurs et frère : Ma Irene, Ma Tayi et Ya Gilbert, ainsi que Ma Tezy et Papa Paul***

Merci pour votre soutien depuis mes premiers pas. J'ai pour vous une profonde affection. Ce travail vous rend hommage, merci pour tout.

### ***A mes nièces et neveux : Maryje, Eloise, Aurélia, Anaëlle, David, Keila, Emma, Noah, Nathan, Lucas et Liam***

J'ai pour vous une profonde affection et vous suis reconnaissant pour votre soutien indéfectible, vous souhaitant d'aller plus loin que ce que nous accomplirons. Ce travail vous rend hommage, merci pour tout.

***A Eric aka Paisible aka le Tity Henry de Saintes, Belge aka La Fibre aka le Vieux Doyen aka « le runneur », Daly aka Vieux Danielos, Serge aka Donkor, Fulgence que j'ai le plaisir de voir sur grand écran, Greg le millionnaire qui nous a fait bien malgré nous apprécier les épisodes de Hooker et la Foncifer, Beauda Champion l'homme à « la scooter »***

Merci pour votre soutien indéfectible, et tous ces bons moments passés ensemble.

Le meilleur est à venir. Ce travail vous rend hommage.

***A mes Oncles et Tantes, cousins et cousines, nièces et neveux de Kinshasa, Boma, Paris, Marseille, Bruxelles, Tubize, USA et je dois en oublier...***

Merci pour votre soutien indéfectible. Ce travail vous rend hommage.

***A Asad et Brice (Jimmy deux fois) :***

Où quand des amis deviennent des frères...Beaucoup d'eau a coulé sous les ponts depuis les délires dans la bat-cave en 2006-2007. Merci pour votre soutien quotidien et sans faille « dans le souci de », les dingueries dans le RER, les batailles de poulet post examens, les saumoneries aux arrêtes, les eaux déshydratantes, les pizzas aux dents, les bye bye-sweet azomaxés, les voyages. Vous m'êtes essentiels et j'espère vous rendre la pareille. Je n'y serais pas arrivé sans vous. Ce travail vous rend particulièrement hommage.

***A mes gars et gos sur(e)s : Samuel, Abasse, Aly, Alexandre et Florence, Etienne, Steve, Jeanny, Medhi, Johnny, mes amis d'enfance de Belgique et Gonesse, Nathalie...***

Merci pour votre soutien indéfectible. Ce travail vous rend hommage.

***A Oncle Joachim, Floriane, Alejandro et Charles***

Vos départs prématurés m'ont terriblement bouleversé. J'aurais souhaité que nos chemins continuent leur parallèle. Dans une autre vie sans doute.

***Aux Docteurs : Elsha, Marc, Cassandra et Bernard***

J'ai eu le plaisir de croiser votre route au cours de nos études. Merci pour votre soutien indéfectible et votre contribution à ce travail.

Trouvez ici le témoignage de ma sincère gratitude.

***Aux médecins ayant accepté de m'accorder de leur temps et énergie pour ce travail, ainsi qu'aux soignants géniaux avec qui j'ai pu tisser de beaux liens au cours de mon cursus***

Trouvez ici le témoignage de ma sincère gratitude.

***A Alexia, ma chère Tchigui***

Merci pour ton amour, ta patience, ton soutien quotidien ainsi que celui de tes proches et amis, ta générosité, ta profonde humanité, ta sagacité, ton humour, nos éclats de rires, nos si rares prises de tête aussi. Quelles qualités ne faut-il pas pour supporter un être aussi complexe que moi ? Tu les as et bien au-delà. Te savoir à mes côtés me donne des ailes.

A l'avenir, à notre avenir.

Trouvez ici le témoignage de mon profond amour ainsi que mon immense gratitude.

## RÉSUMÉ

---

**Titre de la thèse** : **Vécu et ressentis de médecins généralistes franciliens en situation de communication transculturelle en soins primaires : obstacles rencontrés et stratégies de contournement.**

**Contexte** : Les médecins généralistes franciliens rencontrent quotidiennement des patients de cultures différentes de la leur, incluant croyances et langues parlées, à l'origine de difficultés communicationnelles et qui ont pour conséquences, des incompréhensions et tensions dans le couple médecin-patient, sources de morbidités.

**Objectif** : Recueillir le vécu et ressentis des médecins généralistes franciliens en situation de communication transculturelle. Evaluer les moyens et techniques mises en œuvre pour surmonter les barrières communicationnelles rencontrées. Recueillir leur avis quant aux moyens nécessaires pour améliorer la communication et compétences transculturelles du médecin.

**Matériel et Méthode** : Etude qualitative par analyse interprétative phénoménologique, au moyen d'entretiens semi-dirigés auprès de onze médecins généralistes franciliens réalisés de mai 2023 à septembre 2024, avec triangulation des données.

**Résultats** : La communication des médecins est modifiée par la culture de leurs patients. Les médecins rencontrent des obstacles transculturels à la communication, au premier rang desquels la barrière linguistique. Ces consultations s'accompagnent de contraintes spécifiques nécessitant des efforts supplémentaires, mais gratifiantes in fine.

Ils contournent ces obstacles en adaptant leurs postures personnelle et professionnelle, se voulant plus inclusives et empathiques. Concernant la barrière linguistique, ils réalisent des consultations en langues étrangères, principalement l'anglais, mais qui les positionne en situation de difficulté et inconfort majeurs, source d'anxiété voire d'autodépréciation. Ils ont également recours à d'autres outils tels que l'interprétariat informel

par des proches, les outils de traduction en ligne, les médiateurs culturels en santé et les traducteurs professionnels. Tous ces moyens présentent néanmoins des limites.

L'acquisition des compétences transculturelles communicationnelles repose selon eux sur l'amélioration de la formation initiale et continue des médecins. Il s'agirait d'enseignements de communication générale et transculturelle et ainsi que l'amélioration de l'apprentissage de l'anglais médical. Cela reposerait également par la remise en question des pratiques professionnelles, se voulant plus inclusives et bienveillantes, ainsi que le développement de l'interprétariat professionnel et le recours aux médiateurs de santé.

**Conclusion :** La culture a une importance dans la relation médecin-patient et influence la manière dont le médecin communique. Les médecins sont demandeurs de formations pour améliorer leurs compétences transculturelles, dont le principal vecteur est la communication.

**Spécialité : DES de Médecine Générale**

**Mots clés français :** Médecine Générale, culture, communication transculturelle, relation médecin-patient, barrières communicationnelles, stratégies de communication

**Forme ou Genre :**

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

---

- **CNOI** : Conseil nation de l'Ordre des infirmiers
- **CNOM** : Conseil national de l'Ordre des médecins
- **DES** : Diplôme d'études spécialisées
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **IA** : Intelligence artificielle
- **INPES** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- **INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques
- **IPA** : Interpretative Phenomenological Analysis (analyse interprétative phénoménologique)
- **PASS** : Permanence d'accès aux soins de santé
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **UNESCO** : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

# TABLES DES MATIÈRES

---

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>4</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>8</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>10</b>
<b>TABLES DES MATIERES</b> .....	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>14</b>
<b>1. GENERALITES CONCERNANT LA TRANSCULTURALITE EN FRANCE EN 2025</b> .....	<b>15</b>
1.1 DEFINITIONS .....	15
1.1.1 <i>La Culture</i> .....	15
1.1.2 <i>Transculturalité ou Interculturalité</i> .....	16
1.1.3 <i>Communication transculturelle</i> .....	16
1.2 MAJORATION DE LA TRANSCULTURALITE EN FRANCE ; CHIFFRES INSEE 2023 .....	17
<b>2. LES FONCTIONS DE LA COMMUNICATION EN SANTE</b> .....	<b>17</b>
2.1 L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS .....	18
2.2 L'ÉTABLISSEMENT ET LE MAINTIEN D'UNE RELATION PROFESSIONNELLE DE SERVICE ET DE SOUTIEN DU PATIENT .....	18
<b>3. LA COMMUNICATION TRANSCULTURELLE ; POTENTIEL OBSTACLE A LA RELATION MEDECIN-PATIENT</b> .....	<b>19</b>
3.1 L'ASPECT CULTUREL ; DETERMINANT DE SANTE ET SOURCE D'INEGALITES EN MATIERE DE SANTE .....	19
3.2 L'ASPECT TRANSCULTUREL ; OBSTACLE A LA RELATION DE SOINS .....	20
<b>4. OBJECTIFS ET QUESTION D'ETUDE :</b> .....	<b>21</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>22</b>
<b>1.CHOIX DE LA METHODE</b> .....	<b>22</b>
1.1 TYPE D'ETUDE.....	22
1.2 POPULATION ETUDIEE, MODE DE RECRUTEMENT.....	23
1.3 ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE.....	24

1.3.1	<i>Guide d'entretien test</i> .....	24
1.3.2	<i>Modifications per-étude du guide d'entretien</i> .....	24
1.4	DEROULEMENT DES ENTRETIENS ET RECUEIL DES DONNEES .....	25
<b>2.</b>	<b>METHODE ANALYTIQUE DES DONNEES</b> .....	<b>26</b>
	<b>RESULTATS</b> .....	<b>28</b>
<b>1.</b>	<b>ECHANTILLONNAGE ET ENTRETIENS</b> .....	<b>28</b>
<b>2.</b>	<b>DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE</b> .....	<b>28</b>
2.1	TYPE D'ACTIVITE.....	28
2.2	ZONE OU TERRITOIRE D'ACTIVITE .....	29
2.3.	RAPPORT HOMMES/FEMMES.....	29
2.4.	AGES DE LA POPULATION ETUDIEE.....	29
2.5.	PAYS DE NAISSANCE OU ORIGINES ETRANGERES DES MEDECINS INTERROGES .....	29
2.6.	PRATIQUE D'UNE LANGUE ETRANGERE EN CONSULTATION ET EXPERIENCE PERSONNELLE OU PROFESSIONNELLE A L'ETRANGER.....	30
<b>3.</b>	<b>ANALYSE THEMATIQUE DES ENTRETIENS</b> .....	<b>32</b>
3.1	LES REPRESENTATIONS DES MEDECINS .....	32
3.2	LES REPRESENTATIONS SUPPOSEES DES PATIENTS ET LEURS IMPACTS .....	37
3.3	LES PROBLEMATIQUES LINGUISTIQUES .....	41
3.3.1	<i>Identification des problèmes</i> .....	41
3.3.2	<i>Stratégies de contournement de la barrière linguistique</i> .....	42
3.3.3	<i>Limites des stratégies de contournement de la barrière linguistique</i> .....	45
3.4	METHODES D'ADAPTATION DES MEDECINS POUR COMMUNIQUER.....	48
3.4.1	<i>En fonction du patient</i> .....	48
3.4.2	<i>Stratégies de communication</i> .....	49
3.4.2.1	Capacité d'écoute et adoption de mesures empathiques .....	49
3.4.2.2	Adaptation d'attitude du médecin selon le profil du patient.....	52
3.4.3	<i>Faut-il ou pas oser poser des questions directes quant aux origines ethniques ou l'appartenance à une confession religieuse des patients ?</i> .....	54
3.5	LES SITUATIONS DE PARTAGE DE LANGUE OU D'ELEMENTS CULTURELS .....	57

3.6 LA COMMUNICATION NON VERBALE .....	59
3.7 RESENTIS DES MEDECINS .....	61
3.8 RESULTATS A LA FRONTIERE DU TRANSCULTUREL : TROUBLES PSYCHIATRIQUES, HANDICAPES NEUROSENSORIELS, PATIENTS D'UNE AUTRE GENERATION.....	65
3.9 PISTES D'AMELIORATION DES COMPETENCES EN COMMUNICATION TRANSCULTURELLE .....	67
3.9.1 <i>Formation des médecins à la communication globale et transculturelle</i> .....	67
3.9.2 <i>Démocratisation d'outils d'aide à la communication transculturelle</i> .....	70
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>72</b>
<b>1.FORCES, FAIBLESSES ET BIAIS DE L'ETUDE .....</b>	<b>72</b>
1.1 FORCES DE L'ETUDE .....	72
1.2 LIMITES DE L'ETUDE ET BIAIS .....	73
<b>2. DISCUSSION DES RESULTATS .....</b>	<b>76</b>
2.1 COMPARAISON A L'ETUDE DE POLIN.J (33) : .....	76
2.2 COMPARAISON A L'ETUDE DE LENG.G (58) : .....	81
2.3 COMPARAISON A L'ETUDE DE VASSART. C (59).....	82
2.4 COMPARAISON A L'ETUDE DE BELKACEM.O (60).....	84
2.5 COMPARAISON A L'ETUDE DE GUILLOU.AY (62) .....	84
2.6 COMPARAISON A L'ETUDE DE CARNET.A (65) .....	86
<b>3. PERSPECTIVES .....</b>	<b>87</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>89</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>92</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>99</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>102</b>

## INTRODUCTION

---

Mon choix pour ce sujet de thèse répond à plusieurs situations rencontrées tout au long de mon parcours de formation.

J'ai réalisé un stage en tant qu'externe au cours du premier trimestre de l'année 2019, au sein du service de la PASS-Adulte (Permanence d'accès aux soins de santé) de médecine générale de l'Hôtel-Dieu à Paris. L'objectif des PASS est d'assurer une prise en charge coordonnée, ainsi qu'un accompagnement dans un parcours de santé, à toute personne malade en situation de vulnérabilité ou de précarité et souvent en marge du système de soins classique, qu'elle soit migrante ou pas (1). La quasi-intégralité des patients reçus était d'origine étrangère, arrivés en France à la suite de parcours migratoires terribles et bien souvent au péril de leur vie. La majorité des consultations étaient menées en français, certaines à l'aide d'un service d'interprétariat professionnel téléphonique. Pour d'autres, elles se réalisaient en anglais sans intermédiaire. Je fus surpris par le ton et le volume verbal que certains patients utilisaient, et que je ressentais à la limite de l'agressivité. Mon étonnement fut encore plus grand, lorsque l'interne qui m'encadrait, enregistra ma voix au cours d'une consultation que je menais avec un patient non francophone. Mon ton était à la limite de la vocifération, ne me rendant pas compte de ce que je pouvais renvoyer et sans doute accablé par la barrière de la langue et le stress que j'éprouvais. Je me questionnais alors sur la place du médecin en telle situation, face à un patient ne parlant pas ou peu français.

En septembre 2020, je présentais au cours d'un groupe d'échange de pratiques entre internes à la faculté de médecine, une présentation intitulée « communication transculturelle en médecine générale ». J'y concluais qu'en France, peu voire aucune étude ne traitait ce sujet en médecine générale, et qu'en comparaison à d'autres pays, la formation initiale et continue des médecins généralistes à ce sujet en France était très en retard, pour ne pas dire inexistante. L'animateur du groupe d'échanges, Pr Dan Baruch, futur directeur de cette thèse, mettait en avant que ce sujet pourrait être intéressant à étudier.

Pour conclure, l'intégralité de mon internat et de mes remplacements en médecine générale ont été effectués dans les départements du Val d'Oise et de Seine Saint-Denis, auprès

de populations très cosmopolites, originaires de milieux populaires et peu favorisés. Je suis confronté quotidiennement aux problématiques que soulève ce sujet de thèse.

# 1. Généralités concernant la transculturalité en France en 2025

## 1.1 Définitions

### 1.1.1 La Culture

La culture n'est pas une notion fixe et tangible. Sa définition ne fait pas consensus et varie selon la discipline par laquelle elle est abordée, à savoir la sociologie, l'anthropologie, l'éthologie, la philosophie, les sciences politiques etc... On comptait déjà au début des années 1950, plus de 150 définitions de la culture (2).

La culture regroupe de nombreux domaines, comme en témoigne la définition anthropologique de l'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture) en 1982 (3) : « *La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances.* »

Tylor quant à lui donne cette définition : « *La culture ou civilisation, prise dans son sens ethnologique large, est cet ensemble complexe englobant les connaissances, 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.* (4) ».

En se référant à cette dernière définition, chaque individu possède donc un héritage culturel qui lui est propre, façonné au gré de ses origines, expériences, rencontres, croyances et donc de son parcours de vie. L'identité socio-culturelle d'un individu peut comporter diverses facettes d'appartenance ethnique, nationale, régionale, religieuse ou encore classe sociale. Ainsi, il apparaît que la culture est multiple et son champ d'action est large, au-delà des simples questions de religion, spiritualité ou langue parlée.

De plus, le concept de culture est complexe, notamment parce qu'il varie avec le temps. Ce concept est en pleine évolution, facilitée notamment par les voyages et l'apparition d'internet, qui favorisent le brassage culturel et la découverte de l'autre (5).

### 1.1.2 Transculturalité ou Interculturalité

Dans le domaine culturel, le « transculturel » peut signifier la traversée d'une culture à l'autre, que ce soit dans l'espace ou dans le temps. En didactique des langues, cette notion renvoie au fait de reconnaître la multiplicité interculturelle des possibilités de relations, d'échanges, de compréhension entre cultures-langues différentes. (6)

Dans notre étude, la « transculturalité » s'entend comme l'interaction ou les échanges entre des cultures qui diffèrent.

### 1.1.3 Communication transculturelle

La communication transculturelle correspond à la rencontre entre deux cultures. Reprenant la définition d'Abdallah Prechteille de 1989 (7), la communication transculturelle se définit comme : *« une relation entre deux individus qui ont intériorisé dans leur subjectivité une culture, unique à chaque fois, en fonction de leur âge, sexe, statut social et trajectoire personnelle (...) L'interculturel implique ainsi de reconnaître qu'il y a deux acteurs en présence et non un seul, le migrant, l'étranger. L'accent doit être mis beaucoup plus sur le rapport entre je et autrui, entre le moi porteur de culture et de sous cultures et ce que l'autre me renvoie de ce que je suis, jouant le rôle de miroir de ma propre identité ».*

Certains envisagent les différences culturelles sous un angle positif, permettant d'instaurer une dynamique relationnelle profitable à tous et source d'enrichissement. D'autres au contraire, estiment que les différences culturelles posent des problèmes et sont potentiellement à l'origine de « chocs des cultures », conduisant inexorablement les peuples à des affrontements destructeurs (8).

La communication avec un patient d'une autre culture représente un vrai défi pour le médecin et exige de ce dernier une adaptation continue.

## 1.2 Majoration de la transculturalité en France ; chiffres INSEE 2023

La France est une terre d'immigration, avec une diversité ethnique et socioculturelle importante.

Une personne immigrée se définit comme toute personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Ainsi, les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont pas comptabilisées dans cette définition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré (9). En 2023, 7,3 millions d'immigrés vivent en France, soit 10,7 % de la population totale. Les immigrés ne représentaient que 5% de la population totale en 1946 et 7,4% en 1975.

Dans un contexte de mondialisation croissante, marqué notamment par de nombreux conflits géopolitiques armés (Afghanistan, Soudan, Sahel, Ukraine, Syrie, République Démocratique du Congo) les flux migratoires en France sont en augmentation. En effet, en 2022, 331 000 immigrés sont entrés en France, contre 272 000 en 2019 et 246 000 en 2021. En moyenne entre 2006 et 2020, la balance entre le nombre d'entrées et de sorties d'immigrés sur le territoire est positive. A savoir qu'en moyenne, quatre immigrés entrent sur le territoire tandis qu'un en sort, par exemple à la fin d'une expérience scolaire ou professionnelle en France, ou encore au moment de la retraite (10).

Au vu de ces chiffres, on comprend dès lors que la rencontre en consultation médicale avec des patients d'origines, de langues et de convictions religieuses différentes est quotidienne pour tout médecin généraliste, d'autant plus pour ceux exerçant en Île-de-France.

## 2. Les fonctions de la communication en santé

Les professionnels de santé dont les médecins, pratiquent un art basé sur un savoir technique et clinique, dont le vecteur est la relation à travers la communication. La communication médicale est une forme spécifique de communication interpersonnelle, avec des particularités qui lui sont propres.

La communication en consultation médicale a deux fonctions principales, qui sont essentielles et interdépendantes : l'échange d'information et l'établissement et le maintien d'une relation professionnelle avec le patient.

## **2.1 L'échange d'informations**

L'échange d'informations représente la partie essentielle du travail du médecin en consultation médicale. Au travers de l'interrogatoire, le médecin recueille les informations permettant de comprendre le problème du patient, identifier le ou les motifs de consultation, proposer des examens complémentaires et in fine établir un diagnostic.

L'échange avec le patient est d'autant plus capital, que l'anamnèse fournit de 60 à 80 % de l'information nécessaire à établir un diagnostic (11, 12). Dit autrement, le diagnostic se trouve souvent dans les propos du patient.

Posséder de bonnes habiletés communicationnelles est un élément clé de la démarche clinique. A l'inverse, une interaction médecin-patient non optimale nuit à la qualité de l'information obtenue.

L'entrevue médicale permet également de délivrer des informations au patient, faire de l'éducation thérapeutique, expliquer et planifier le suivi médical, en espérant que le patient y adhère. Or, les médecins n'arrivent pas toujours à retranscrire ou traduire en langage simple pour les patients profanes, les données médicales techniques et spécialisées (13).

## **2.2 L'établissement et le maintien d'une relation professionnelle de service et de soutien du patient**

La consultation médicale a également pour but d'établir une relation chaleureuse, harmonieuse et teintée d'humanité avec le patient, s'inscrivant davantage dans le domaine socio-affectif de la pratique médicale. En effet, toute relation se définit dans et par la communication. La relation se forme progressivement, à mesure des interactions et du temps. Et bien qu'asymétrique, la relation médecin-patient doit s'inscrire dans un cadre collaboratif, fondé sur le respect mutuel et la confiance, selon les attentes des patients (14). Elle vise à créer un climat de collaboration et de confiance, à favoriser et à soutenir l'investissement du patient dans son plan de traitement, à soulager et à satisfaire le patient.

Pour conclure cette sous partie, les habiletés communicationnelles et relationnelles sont une compétence clinique à part entière, qui ne peuvent plus être considérées comme périphériques ou secondaires dans l'exercice de la médecine actuelle. Communiquer de façon optimale est une dimension indispensable de l'activité quotidienne du médecin généraliste.

En effet, la qualité de l'interaction entre un patient et le médecin a un impact ainsi que des répercussions directes sur les soins dispensés (15).

### **3. La communication transculturelle ; potentiel obstacle à la relation médecin-patient**

#### **3.1 L'aspect culturel ; déterminant de santé et source d'inégalités en matière de santé**

Il existe en France, des disparités et inégalité sociales quant à l'état de santé de la population, qui peuvent apparaître dès le plus jeune âge. Ces inégalités entraînent des répercussions sur la santé de l'individu tout au long de son existence. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les inégalités sociales de santé sont des différences importantes et systématiques dans l'état de santé observées entre des groupes sociaux. Ces inégalités ne sont pas dues au hasard ou à des facteurs biologiques, mais sont construites par la société et reflètent des injustices dans la répartition des ressources et des opportunités. Une part seulement de ces inégalités est expliquée par des comportements à une échelle individuelle. D'autres éléments et facteurs conditionnent ces inégalités : les déterminants de la santé. L'OMS les définit comme : les « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (16, 17).

Parmi ces inégalités, il est à noter que les discriminations et préjugés touchent le plus souvent les personnes d'origine étrangère ou les personnes avec des comportements ou une culture différente de la norme sociale dominante entre autres. Pour certaines de ces populations, se surajoutent des expériences d'exclusion sociale, ne leur permettant pas de bénéficier de leurs droits sociaux. Pour certaines personnes, la barrière linguistique, un manque de soutien social ou familial et un faible niveau de littératie en santé, les empêchent d'accéder au système de santé (18).

### 3.2 L'aspect transculturel ; obstacle à la relation de soins

Selon l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), ancienne dénomination de Santé Publique France, la culture est l'un des douze déterminants de la santé (19, 20). Comme évoqué précédemment, l'interculturalité est croissante dans la société française. Or, la culture notamment par les caractéristiques ethniques et la langue parlée, est l'une des barrières d'accès aux soins (21).

Le médecin et le patient ont chacun leurs conceptions et attentes en matière de maladie, traitement et convalescence. Parler d'une « culture autre », présuppose qu'il existe une culture de référence à laquelle se rapporte la pratique médicale. En effet, l'étudiant en médecine acquiert progressivement au cours de sa formation cette culture spécifique.

Les différences de cultures entre le médecin et le patient peuvent aboutir à des divergences de points de vue. Ces divergences peuvent être à l'origine de difficultés de communication et d'incompréhensions, voire de difficultés de prise en charge pour le médecin et d'adhésion et de compliance pour le patient. La barrière de la langue complexifie le dialogue et le travail du médecin, non seulement au niveau de la compréhension de la plainte du patient, mais également pour comprendre le contexte social et culturel du patient (22).

Les conséquences des difficultés communicationnelles entre médecin et patient sont multiples :

- Erreurs médicales ou omissions importantes,
- Diminution de l'accès aux soins par méconnaissance de la langue,
- Aggravation de l'état de santé notamment par manque de mesures préventives,
- Taux d'hospitalisation supérieurs avec recours plus important aux services d'urgences,
- Moindre compliance.

Il peut en résulter de part et d'autre, un malentendu persistant source de conflits relationnels, une rupture de confiance, et d'autres conséquences négatives, conduisant à une prise en charge médicale non optimale du patient (23).

## 4. Objectifs et question d'étude :

Bien plus développé en ethnopsychiatrie notamment par l'apport de Tobie Nathan, le champ de la communication transculturelle en médecine générale en France reste peu étudié, avec peu d'études spécifiquement consacrées à la communication des médecins généralistes.

De bonnes capacités communicationnelles sont indispensables au médecin généraliste, à plus forte raison lorsque celui-ci communique avec un patient d'une culture autre que la sienne. Cette tâche n'est pas aisée et nécessite une énergie et des moyens supplémentaires de la part du médecin afin de mener au mieux sa mission.

Nous avons formulé l'hypothèse que la manière dont les médecins généralistes franciliens s'adaptent au fait de communiquer avec un patient d'une autre culture est peu connue, notamment à la suite de la lecture bibliographique. Nous avons également émis l'idée que peu d'études concernant la communication transculturelle et les stratégies pour l'améliorer soient disponibles.

L'objectif principale de cette thèse est d'évaluer comment les médecins adaptent leur communication face à des patients issus d'une autre culture que la leur.

L'objectif secondaire est de déterminer selon les médecins interviewés, par quels moyens la formation à la communication transculturelle des médecins généralistes pourrait être améliorée.

Cette étude est la première à notre sens, à se pencher sur la communication transculturelle auprès de médecins généralistes, dans une région aussi particulière que l'Île-de-France. En effet, Paris et sa région représente non seulement la région la plus densément peuplée de France, mais également, une mégalopole au brassage ethnique et culturel riche (24).

Du point de vue des médecins, quels sont les obstacles et les stratégies de contournement de ces obstacles à la communication transculturelle en soins primaires ?

# 1.Choix de la méthode

## 1.1 Type d'étude

Afin de répondre à la question d'étude, nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Celle-ci visait un double objectif :

- Recueillir le ressenti et le vécu de médecins généralistes en Île-de-France en situation de communication transculturelle, c'est-à-dire comment ils s'adaptent face à des patients issus d'une culture autre que la leur (objectif principal).
- Recueillir selon eux, par quels moyens la formation à la communication transculturelle des médecins généralistes pourrait être améliorée (objectif secondaire).

La recherche qualitative est adaptée aux études incluant un petit nombre de sujets et collectant essentiellement des données verbales. Elle vise à rechercher du sens dans les propos, en étant centré sur le subjectif, c'est-à-dire ce qui est relatif au sujet lui-même.

La méthode qualitative tente d'explorer des phénomènes, de comprendre des personnes, de trouver du sens à leurs actions. Du point de vue du chercheur, la recherche qualitative nécessite la capacité à remettre en cause ses croyances et certitudes en écoutant la parole de l'autre (25).

Parmi les principales approches méthodologiques en recherche qualitative, nous retenons l'approche inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique ou IPA (Interprétative Phenomenological Analysis). L'approche par IPA vise à explorer la manière dont une expérience de vie a été ressentie et comprise par la personne qui l'a vécue. Notre étude visant à recueillir et analyser le ressenti de médecins généralistes franciliens en situation de communication transculturelle en soins primaires, la méthode par IPA s'imposait d'elle-même.

Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes franciliens jusqu'à « suffisance des données ».

Les entretiens semi-dirigés étaient réalisés individuellement et à l'aide d'un guide d'entretien évolutif, permettant d'orienter partiellement l'entretien autour de thèmes et questions ouvertes établies au préalable. Cela visait à assurer la libre parole de la personne interviewée, sans être limité ou contraint par le regard ou le jugement d'autres confrères.

## **1.2 Population étudiée, mode de recrutement**

La population recrutée pour l'étude était constituée de médecins généralistes de formation, principalement exerçant en libéral, mais également salariés en centre de santé ou en tant que médecin scolaire. Ils exerçaient tous en Île-de-France.

Le recrutement de ces praticiens s'est fait par échantillonnage raisonné. Cela a permis de constituer un échantillon hétérogène en termes de profils en tenant compte de caractéristiques telles que : le genre, l'âge, l'année de fin de DES, la plausibilité d'être exposé à une patientèle à forte composante transculturelle ou pas, les modes et lieux d'exercice, la capacité de pouvoir consulter dans une langue étrangère ou pas.

La liste de ces médecins a été établie initialement, soit en contactant des structures de soins tels que les PASS, soit par des recommandations de confrères médecins (recrutement boule de neige), soit en contactant des connaissances parmi mes amis, anciens co-internes, ou médecins encadrant au cours de mon cursus d'internat. Les deux derniers modes ont permis de constituer la liste.

Une fois la liste établie, nous avons contacté les médecins par voie téléphonique ou par voie électronique, afin de convenir d'un rendez-vous en physique selon leurs disponibilités.

Les critères d'inclusion étaient :

- De pratiquer ou avoir été formé en tant que médecin généraliste.
- D'exercer actuellement en Île-de-France ou ville limitrophe.

Nous avons fait le choix de ne pas inclure de médecins ayant une spécialité autre que la médecine générale.

## 1.3 Elaboration du guide d'entretien semi-dirigé

### 1.3.1 Guide d'entretien test

Un premier guide d'entretien a été établi selon les résultats de lectures bibliographiques, en accord le directeur de thèse Professeur Dan Baruch.

Il a été testé au cours de l'entretien numéro un de cette étude. Nous avons initialement décidé de questionner la communication transculturelle en consultation de médecine générale, mais ciblée sur la gestion du diabète. Ce choix avait été fait pour deux raisons :

- Essayer de circonscrire le champ de la transculturalité, car il est très vaste
- Car la composante culturelle peut influencer le type d'alimentation et donc potentiellement avoir un impact.

Les retours de cette première interview indiquaient que la composante transculturelle n'était pas un facteur perturbant la communication en consultation de médecine générale, dans ce contexte de gestion du diabète. Dès lors, nous avons décidé d'élargir le guide d'entretien, sans focalisation sur un champ spécifique de la prise en charge médicale, mais toujours en lien avec la communication. Cette première interview test a été prise en compte dans l'analyse des résultats.

### 1.3.2. Modifications per-étude du guide d'entretien

Notre guide d'entretien a par la suite évolué à trois reprises, enrichi d'items à la lecture de la bibliographie. Ces nouvelles versions intégraient également les réponses, thèmes et nouvelles idées surprenantes des médecins interrogés.

La trame de ce guide d'entretien final était composée de plusieurs thèmes, abordés sous formes de questions ouvertes et réparties dans un ordre établie, mais laissant la place aux rebondissements et abords des thèmes selon les réponses des médecins interviewés.

Les thèmes abordés dans la version finale étaient les suivants :

- *Que leur évoquait la communication transculturelle en médecine générale.*
- *Questionnements directs du patient quant à son appartenance à une confession ethnique, culturelle ou religieuse.*
- *Domaines du soin où le transculturel leur semble être un facteur majeur.*
- *Difficultés ou obstacles à la communication liées à des différences culturelles :*

- *Repérage du niveau de littératie des patients.*
- *Types de difficultés rencontrées.*
- *Difficultés spécifiques à un groupe ethnique.*
- *Différences constatées dans la communication non verbale.*
- *Moyens mis en œuvre pour surmonter ces obstacles communicationnels.*
- *Ressenti concernant les consultations menées dans une langue autre que le français.*
- *Caractéristiques et parcours du médecin.*
- *Pistes d'amélioration de la prise en charge de la communication transculturelle.*

## 1.4 Déroulement des entretiens et recueil des données

L'intégralité des 11 entretiens ont été menés en présentiel en face à face, dans des lieux choisis par le participant : soit à la faculté de médecine, soit à leur cabinet, soit à leur domicile. Cela a permis de favoriser un climat de calme et confiance, propice au bon déroulé de l'entretien.

Les entretiens ont été menés en physique, afin de pouvoir être au plus près des réactions authentiques des médecins interviewés et notamment prendre en compte l'aspect non verbal. Ce choix permettait également d'enregistrer directement l'entretien.

Les entretiens ont été menés de manière individuelle, afin de faciliter la parole et la libre expression des leurs idées. Hormis l'entretien numéro un, ils ont tous été menés en dehors de créneaux de consultation, afin de ne pas être limité par le facteur temps. Aucune limite de temps n'a été programmée. Chaque entretien n'a été réalisé qu'une seule fois, et en une seule prise.

Les entretiens ont tous été menés en Île-de-France, à l'exception d'un seul, mené en Picardie, mais auprès d'un médecin à activité mixte et exerçant également en ÎLE-DE-FRANCE. Ce choix géographique était d'une part fait par praticité en termes de proximité. D'autre part, l'Île-de-France est constituée en partie des départements de France métropolitaine avec la plus forte part de population immigrée. Ce mélange de populations venues de tous les continents crée une identité culturelle singulière et plurielle (26).

Après accord oral de la personne interviewée, nous avons enregistré l'intégralité de l'entretien sur enregistreur téléphonique. Nous précisons au début de chaque entretien, le caractère anonymes des données, qui donneront lieu par la suite à un verbatim. En effet, afin de ne pouvoir identifier la personne interviewée, nous avons effacé de la retranscription, des éléments tels que la ville ou le nom de la structure d'exercice, ou encore des éléments spécifiques ayant trait au parcours personnel. Aucun participant n'a souhaité interrompre l'entretien ou ne s'est retracté à posteriori. Le langage verbal a été pris en compte dans l'analyse des verbatims.

La retranscription des entretiens a été réalisée dans un délai de quelques semaines après réalisation de l'entretien.

Le nombre d'entretiens n'a pas été défini au préalable. Il a été arrêté après avoir obtenu une « suffisance des données », à savoir dès lors que de nouvelles idées ou thèmes n'émergeaient plus. Ce fut le cas après avoir réalisé 11 entretiens.

## **2. Méthode analytique des données**

Les enregistrements audios des entretiens ont été retranscrits mots à mots et manuellement avec le logiciel « Express Scribe - Logiciel de transcription ». Les retranscriptions ont été rédigées sur des fichiers « Word ». Les verbatims de ces retranscriptions sont disponibles sur clé-USB.

Au sein de chaque verbatim, le chercheur est désigné par « investigateur », et la personne interrogée par « Dr xx ». Afin de garantir l'anonymat des participants, les entretiens ont été référencés de E1 à E11, par ordre chronologique : la lettre E pour « entretien » suivi du chiffre correspondant au numéro de l'entretien d'où est extraite la citation ; l'entretien E1 faisant référence à l'entretien numéro 1 et ainsi de suite.

Une fois les interviews retranscrites, l'analyse des données s'est faite sous forme de codages des verbatims, regroupés et classés en étiquettes expérientielles, puis thèmes et

finalement thèmes superordonnés. Le tableau de codage a été effectué sur le logiciel « Excel ». Nous avons par la suite mis en lien les thèmes superordonnés afin d'analyser l'articulation entre chacun d'entre eux.

Une triangulation des données a été effectuée par un médecin généraliste indépendant à cette étude, d'abord en aveugle puis avec mise en commun des analyses. Ce processus de triangulation renforce la scientificité de cette étude, en essayant d'atténuer les biais et choix subjectifs du chercheur, notamment d'interprétation. Au total, 30 % des entretiens ont été triangulés.

La codification et le regroupement des propriétés finales été effectuée à l'aide du directeur de thèse. L'analyse descriptive et interprétative de ces entretiens est détaillée dans la partie suivante « Résultats ».

## RÉSULTATS

---

### **1. Echantillonnage et entretiens**

Au total, 16 médecins ont été contactés : 3 avaient donné leur accord pour participer à l'étude puis sans suite, 1 n'a pas répondu, et finalement 1 n'était disponible qu'après la période de recrutement. 11 entretiens ont été réalisés et inclus dans l'étude. Aucune anomalie technique n'est à déplorer.

Ces entretiens ont été réalisés de mai 2023 à septembre 2024. La durée moyenne des entretiens était de 42 minutes et 41 secondes (minimum : 16 minutes et 6 secondes, maximum 81 minutes et 6 secondes, médiane à 37 minutes et 35 secondes).

### **2. Description de la population étudiée**

#### **2.1 Type d'activité**

Nous avons interrogé 11 médecins généralistes.

En termes de type d'activité, sur les 11 médecins :

- 6 (soit 54 % de l'échantillon) avaient une activité libérale exclusive.
- 1 (soit 9 % de l'échantillon) une activité mixte libérale et hospitalière.
- 4 (soit 36 % de l'échantillon) une activité salariée : 2 en centre de santé, et 2 en tant que médecin scolaire.

Notre échantillon reflète d'assez près la répartition du type d'exercice, si l'on se réfère aux chiffres du CNOM en 2023 parmi les médecins généralistes :

- 57 % exercent une activité libérale exclusive.
- 7 % une activité mixte.
- 35 % exercent une activité salariée.

## 2.2 Zone ou territoire d'activité

10 médecins (soit 91% de l'échantillon) exerçaient en zone urbaine dense en Île-de-France, voire Paris intramuros pour 4 d'entre eux (soit 36 % de l'échantillon). 1 seul médecin exerçait en partie en Île-de-France et en partie en Picardie.

## 2.3. Rapport Hommes/Femmes

La population de médecins interrogés était composée de 7 femmes (soit 64 % d'échantillon) et de 4 hommes (soit 36 % de l'échantillon).

Selon les chiffres du CNOM de 2023, 53,4 % des médecins en activité sont des femmes. Elles sont légèrement sur-représentées dans notre échantillon. Toutefois, notons que 65 % des médecins généralistes de moins de 40 ans sont des femmes, ce qui corrobore le pourcentage de femmes dans notre échantillon (28).

## 2.4. Ages de la population étudiée

Dans notre échantillon, l'âge moyen était de 45 ans, avec un âge médian de 41 ans (âge minimal de 30 ans et maximal de 73 ans). 3 médecins (soit 27 % de l'échantillon) ont plus de 60 ans. Au 1 janvier 2023, sur les 82 858 médecins généralistes en activité régulière exerçant en France, l'âge moyen est de 50,3 ans, avec 27% des généralistes qui ont plus de 60 ans.

## 2.5. Pays de naissance ou origines étrangères des médecins interrogés

Parmi les médecins interrogés, 10 sur 11 (soit 91% de l'échantillon) sont nés en France. 1 médecin est né en Afrique subsaharienne.

Toutefois, il est à noter que 6 médecins (soit 54 % de l'échantillon) ont des origines caucasiennes, dont 1 à des origines portugaises.

5 médecins (soit 46 % de l'échantillon) ont des origines étrangères :

- 1 médecin a des origines asiatiques
- 2 médecins ont des origines d'Afrique subsaharienne

- 2 médecins ont des origines indo-asiatiques

## 2.6. Pratique d'une langue étrangère en consultation et expérience personnelle ou professionnelle à l'étranger

L'intégralité des médecins interrogés déclarent pratiquer à divers degrés de fréquence et de maîtrise, une langue étrangère en consultation :

- Les 11 médecins peuvent être amenés à pratiquer l'anglais en consultation.
- 1 médecin (soit 9% de l'échantillon) pratique un dialecte chinois.
- 1 médecin (soit 9% de l'échantillon) pratique le portugais et l'espagnol.
- 2 médecins (soit 18% de l'échantillon) pratiquent une langue indo-asiatique.

2 médecins (soit 18% de l'échantillon) affirment à voir vécu à l'étranger : au Portugal et en Afrique subsaharienne.

4 médecins (soit 36 % de l'échantillon) affirment avoir eu une expérience professionnelle à l'étranger :

- 1 médecin ayant travaillé régulièrement en milieu hospitalier et clinique privée en Afrique subsaharienne.
- 1 médecin ayant travaillé régulièrement en libéral dans un DOM.
- 2 médecins ayant effectué un stage de médecine au Sénégal.

Les caractéristiques des médecins généralistes interrogés sont détaillées dans le tableau n° 1.

Médecin	Genre	Age	Pays de naissance/ Origines étrangères	Année de fin de DES	Zone d'exercice	Type d'activité	Pratique d'1 langue étrangère en consultation	Expérience de vécu ou travail hors France métropolitaine
E1	Féminin	35 ans	France/Oui, asiatiques	2015	Urbaine	Libérale	Oui, anglais et dialecte chinois	Non
E2	Masculin	35 ans	France/Oui, africaines	2015	Urbaine	Libérale	Oui, anglais	Non

E3	Féminin	30 ans	France/Non	2021	Urbaine	Libérale	Oui, anglais	Oui, DOM TOM
E4	Féminin	60 ans	France/Non	?	Urbaine	Médecine scolaire	Oui, anglais	Non
E5	Féminin	55 ans	France/Oui, portugaises	?	Urbaine	Libérale	Oui, anglais, portugais et espagnol	Oui, Portugal
E6	Féminin	50 ans	France/non	?	Urbaine	Médecine scolaire	Oui, anglais	Oui, Stage en Inde
E7	Masculin	32 ans	France/Oui, indo-asiatiques	2020	Urbaine	Libérale	Oui, anglais et langue indo-asiatique	Non
E8	Féminin	41 ans	France/Non	2015	Urbaine	Salariée, Centre de santé	Oui, anglais	Oui, Stage au Sénégal
E9	Féminin	30 ans	France/ Oui, indo-asiatiques	2022	Urbaine	Libérale	Oui, anglais et langue indo-asiatique	Non
E10	Masculin	61 ans	Afrique subsaharienne	1997	Rurale	Mixte, hospitalière et libérale	Oui, uniquement en hospitalier	Oui, Afrique subsaharienne
E11	Masculin	73 ans	France/Non	1985	Urbaine	Salariée, Centre de santé	Oui, anglais	Non

**Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interviewés.**

### 3. Analyse thématique des entretiens

Selon les médecins interrogés, la communication médecin-patient renvoie à un échange d'informations, dans un rapport duel ou multiple (cf. E4 ligne 17, E10 ligne 10).

La communication médecin-patient suppose une coopération synergique et un intérêt partagé entre les participants. Elle nécessite également un décryptage ou décodage de part et d'autre. Cet effort est particulièrement nécessaire pour le médecin, qui doit s'adapter au patient et au message de ce dernier, afin d'en extraire le sens et de proposer une médecine adaptée à chacun (cf. E2 ligne 22).

La relation médecin-patient est marquée par une asymétrie, avec des attentes qui peuvent différer voire s'opposer entre les deux parties. De facto, ce facteur fait que la communication médecin-patient, même en dehors de toute considération transculturelle, est en soi un phénomène complexe (cf. E2 ligne 19).

Selon les médecins interrogés, la communication médecin-patient renvoie à un échange d'informations, dans un rapport duel ou multiple (cf. E4 ligne 17, E10 ligne 10).

La communication médecin-patient suppose une coopération synergique et un intérêt partagé entre les participants. Elle nécessite également un décryptage ou décodage de part et d'autre. Cet effort est particulièrement nécessaire pour le médecin, qui doit s'adapter au patient et au message de ce dernier, afin d'en extraire le sens et de proposer une médecine adaptée à chacun (cf. E2 ligne 22).

La relation médecin-patient est marquée par une asymétrie, avec des attentes qui peuvent différer voire s'opposer entre les deux parties. De facto, ce facteur fait que la communication médecin-patient, même en dehors de toute considération transculturelle, est en soi un phénomène complexe (cf. E2 ligne 19).

#### 3.1 Les représentations des médecins

##### **La communication médecin-patient sous l'angle transculturel :**

La culture n'est pas un élément tangible et fixe. Sa définition est hétérogène et englobe de nombreux éléments :

*E8 ligne 14 : « Et culture, je l'entends pour le coup dans un sens hyper large. Dans ma tête, c'est la culture, la tradition, c'est la culture un peu sociétale, éducative..fin cela regroupe beaucoup de choses pour moi... qui n'est pas cloisonnée, qui est mobile, qui est dynamique, qui est variable. »*

Les consultations impliquant une communication transculturelle sont fréquentes. Toutefois, leurs spécificités ne sont pas vraiment abordées au cours du cursus des études médicales. Ainsi, les savoirs théoriques appris peuvent ne pas être en phase à la pratique sur le terrain :

*E7 ligne 11 : « ...on a l'impression que c'est un type de consultation qui est un petit peu hors des sentiers battus...quand on est confronté à une communication transculturelle, c'est là qu'on peut voir que de manière pratique, il y a certains éléments en fait qu'on a essayé de nous transmettre, hein par nos professeurs, qui ne sont pas forcément tout à fait applicables de la même manière. »*

Les médecins se rejoignent sur le fait que la culture du patient est un facteur qui a un impact direct sur la relation médecin-patient et in fine sur le soin et la communication. Elle demande une certaine adaptation du médecin :

*E3 ligne 14 : « Parce qu'en fin de compte, ben c'est vrai que selon certaines populations et tout j'ai un discours un peu différent et une façon de parler un peu différente. »*

*E9 ligne 8 : « je dirais la communication, du coup pas en français avec des patients de quel que soit l'origine. Et euh, ben je trouve que c'est hyper difficile parce qu'il faut s'adapter. »*

Un médecin a toutefois un positionnement divergent. Elle dit ne pas faire d'efforts spécifiques pour connaître la culture des patients d'origine étrangère. A ce titre, elle n'estime pas s'inscrire dans des échanges « transculturels » (cf. E6 ligne 14).

La communication transculturelle nécessite d'avoir un minimum de connaissances et réflexes concernant les autres cultures (cf. E2 ligne 26).

La communication transculturelle implique la capacité à savoir prendre du recul sur ses propres croyances et pratiques pour accueillir au mieux le point de vue du patient :

*E8 ligne 8 : « c'est comment un médecin généraliste qui accueille des patients d'une autre culture que la sienne, va pouvoir prendre en compte la culture du patient. Et comment il va être capable lui aussi de moduler ses représentations sur la culture que le patient a, sur sa propre culture, et comment il va réussir à avec le patient, euh..ben, entendre un peu les différences que la culture du patient pourrait venir amener dans la consultation et dans le raisonnement initial que le médecin aurait, dans lequel il n'aurait pas forcément pris en compte la culture du patient. »*

### **Les connaissances théoriques et acquises par l'expérience du médecin :**

Cette partie fait référence aux connaissances du médecin, qu'il a acquis par l'expérience ou par l'acquisition de savoirs théoriques et de recherches personnelles. Ces éléments modifient la manière dont le médecin décrypte la communication avec ses patients (Cf. E11 ligne 52).

L'un des médecins met en avant le fait que son expérience et son recul lui ont permis d'évoluer sur ses compétences transculturelles. L'échange avec les patients est source d'un enrichissement mutuel, qui permet au médecin d'appréhender avec plus de facilité, l'abord de patients ayant une autre culture :

*E8 ligne 19 : « Et ce que je trouve aussi intéressant avec les patients que j'accompagne, qui sont d'une autre culture que la mienne, c'est que... au bout de 10 ans d'exercice de médecine générale, en fait, on voit bien aussi comment on a chacun appris à mieux connaître finalement la culture, les impacts qu'elle peut avoir. Et puis je trouve que peut-être que finalement, ce qui au départ pouvait être parfois un peu cristallisant, mais pas dans un sens péjoratif, mais frottant un peu, ben je trouve que, au bout de 10 ans d'exercice, pour ce même patient, ça l'est probablement moins dans ma tête. »*

### **Eléments de subjectivité du médecin : ses à priori et croyances :**

Comme tout un chacun, les médecins ont des croyances et à priori qui peuvent biaiser leur jugement ou façon d'appréhender certains faits.

Ils projettent certains faits concernant les patients, sans que cela soit avéré ou s'en remettent à leur jugement seul (cf. E1 ligne 62).

Certains médecins présupposent également des compétences accrues en termes de communication, qu'auraient des confrères spécialistes ou des médecins de générations plus récentes (cf. E5 ligne 268).

D'autres ont des convictions et définitions bien arrêtées. L'un d'entre eux estime que l'aspect culturel dans les soins et la communication en médecine générale est certes important, mais que son impact y est limité dans le contexte de soins de premiers recours :

*E6 ligne 496 : « Cela ne veut pas dire que cela n'a pas d'importance, mais pas dans le soin de ce type, je pense que ce n'est pas le fond du problème. Le fond du problème, c'est de pouvoir se parler et de pouvoir se comprendre et de faire attention que les gens, quand tu leur parles, ils comprennent ce que tu leur dis avec leur vécu, mais quel qu'il soit, tu vois.»*

Elle explique notamment sa position par le fait que selon elle, toute personne fait des choix implicites plus ou moins impactant et qui ne seraient pas dus au hasard. L'essentiel dans la communication, au-delà de la différence culturelle, résiderait dans le fait de se comprendre mutuellement (cf. E6 ligne 504).

**Les domaines du soins considérés par le médecin comme ayant un fort impact transculturel :**

Les médecins considèrent que certains domaines du soin ont une composante culturelle importante :

- Le domaine des troubles psychiatriques et psychiques
- Le domaine de la sexualité et de la sphère intime

- **Les troubles psychiques :**

Ils s'accordent tous à dire que tout ce qui concerne le domaine de la santé mentale est particulièrement difficile à gérer en cas de composante transculturelle associée :

*E2 ligne 129 : « Euh, ça peut être euh les maladies psy ou qui vont être attribuées à des esprits dans les communautés d'Afrique subsaharienne ou dans les communautés, même maghrébines, hein, où il va avoir un recours plus à l'imam que à un psy ou un psychiatre, alors que là on est dans une maladie psy avérée, comme la schizophrénie ou de la psychose. »*

*Cf. E8 ligne 213*

Il est possible également que ce soit les patients d'autres cultures qui osent moins aborder cette thématique avec leur médecin (cf. E5 ligne 294).

Les médecins mettent en avant le fait que le partage d'une langue et culture communes et sans intermédiaire, est le pré requis indispensable au fait de s'occuper de patients atteints de troubles psychiques et ayant une culture autre :

*E7 ligne 269 : « Et je pense qu'une expression directe et avec un interprète, ce n'est pas tout à fait la même chose. Et je pense que l'idéal, hein, quand on s'exprime sur le versant psychologique, c'est pouvoir s'exprimer de manière directe avec un interlocuteur qui puisse nous comprendre de manière directe, pour que lui puisse se faire son interprétation subjective de l'état psychique de son patient. »*

*Cf. E11 ligne 61*

Les médecins abordent sans doute un peu moins ce sujet-là en profondeur car ils peuvent se sentir désarmés en telle situation (cf. E5 ligne 288).

Certains médecins réadressent ce type de patient en cas de barrière transculturelle ou tout simplement de langue, considérant qu'il puisse s'agir d'une perte de chance pour le patient (cf. E8 ligne 215).

- **La sexualité et la sphère intime :**

Les médecins ont du mal à aborder le domaine de la génitalité, sexualité et intimité avec les patients de cultures autres (cf. E3 ligne 188, E10 ligne 476).

Certains patients vont aborder ces sujets plus facilement avec un médecin qui ont « la même culture qu'eux :

*E7 ligne 285 : « Ce sont aussi des sujets qui sont sensibles. Et voilà, on sent que ce sont des patients qui sont quand même beaucoup plus à l'aise quand ils savent qu'il y a un interlocuteur qui puisse les comprendre directement. Et j'ai un nombre non négligeable de patients qui viennent me consulter pour ce type de problème, qui m'ont dit qu'ils ont déjà consulté d'autres médecins, des spécialistes. Mais comme ils n'ont pas l'impression d'avoir été compris, eh ben ils viennent me consulter. »*

Au niveau de la médecine scolaire, certains parents d'enfants aux origines étrangères peuvent volontairement s'opposer au fait que leurs enfants participent à des enseignements d'éducation à la sexualité (cf. E4 ligne 141).

La communication avec certains patients concernant les troubles érectiles peut se révéler plus compliquée :

*E2 ligne 127 : « Pour les communautés musulmanes où, ça va être l'impuissance chez les hommes d'origine africaine, qui vont avoir beaucoup de mal à en parler. »*

Le genre du médecin peut représenter une barrière à l'évocation de sujets sensibles, voire un motif de rupture de relation thérapeutique (cf. E5 ligne 325, E5 ligne 335, E8 ligne 240)

Pour conclure, l'aspect communicationnel non verbale passant par le toucher semble plus compliqué que par le passé pour le médecin. Pouvoir procéder à un examen physique médical auprès de ces populations, sans distinction de genre, semble désormais difficile (cf. E11 ligne 574).

## 3.2 Les représentations supposées des patients et leurs impacts

Du point de vue communicationnel, la relation médecin-patient peut être perturbée par des facteurs, exprimés par ou appartenant aux patients. En effet, ces facteurs peuvent perturber le décodage du médecin de manière plus ou moins implicite. Rappelons à toutes fins utiles, que notre étude est basée sur le ressenti et point de vue du médecin. N'ayant pas interviewé de patients, les éléments ayant trait aux patients sont vus ou analysés selon le point de vue du médecin, ce qu'ils imaginent ou se font comme représentations de ce que le patient peut émettre en termes de codage et message.

### **Niveau de littératie en santé ou connaissances du patient :**

Le niveau de littératie en santé se définit comme la capacité globale qu'aurait une personne, à s'adapter et à faire preuve d'autonomie, dans l'ensemble des contextes où il est question de santé. Cela peut s'apparenter à sa capacité à suivre un traitement, à communiquer avec le médecin ou décrire ses symptômes, à comprendre les données chiffrées (risques, pourcentages etc...). On pourrait ainsi résumer la littératie en santé, comme la capacité à comprendre et utiliser correctement le système de santé (29).

Tous les médecins interrogés connaissaient le sens de « la littératie en santé », mais ne connaissaient pas forcément d'emblée sa définition précise. (cf. E9 ligne 72).

Les médecins ont facilement tendance à repérer le niveau de littératie en santé, qu'il soit faible ou élevé :

*E8 ligne 87 : « je trouve qu'en fait tu reperds très bien les extrêmes, donc ceux qui ont un très bon niveau de littératie en santé et ceux qui ont un très faible niveau de littératie en santé. »*

*E11 ligne 192 : « Tout à fait. Non mais les gens qui se débrouillent bien, on voit, on voit très bien et tout de suite hein. Il n'y a pas de problème, c'est eux qui nous apprennent des trucs. »*

Il existe un lien entre l'aisance communicationnelle, en français ou en langue étrangère, et le niveau de littératie en santé (cf. E9 ligne 80).

Notons toutefois que le niveau de littératie en santé n'est pas lié uniquement à la capacité ou non de s'exprimer et comprendre correctement la langue française :

*E9 ligne 119 : « bah parfois tu as des personnes qui parlent super bien français, mais au final qui n'ont pas compris grand-chose à ce que tu leur dis tu vois. »*

De plus, un bas niveau de littératie en santé ne concerne pas uniquement « les classes sociales défavorisées » (cf. E10 ligne 64).

Le bas niveau de littératie en santé est un facteur personnel et propre à chaque patient, sans corrélation avec le fait d'avoir une origine étrangère (cf. E10 ligne 71, E11 ligne 193).

Les médecins adaptent leur communication et niveau d'explications selon le niveau de littératie en santé que leur renvoie le patient :

*E5 ligne 65 : « on a besoin de savoir ce qu'il a compris ou de se mettre à son niveau pour qu'il comprenne le traitement qu'on lui prescrit. Parce que ça ne va pas être la même chose, avec quelqu'un qui parle très bien français, avec lequel ça va être facile d'expliquer et avec une personne qui ne va pas forcément comprendre le français, savoir qu'il faut donner tels examens complémentaires, comment il faut le faire etc. »*

*E7 ligne 113 : « Et pour revenir sur la littératie, par rapport à comment tu me l'as expliqué. C'est vrai que bon, malgré tout, la communication elle n'est pas la même. »*

#### **Habitudes et croyances de leur pays ou zone géographique d'origine :**

Selon l'endroit où l'on exerce, en France métropolitaine, en outre-mer ou à l'étranger, les mœurs et pratiques médicales varient. Les rapports entre les membres de la société et le médecin peuvent différer. La relation médecin-patient et donc la communication en est de facto impactée (cf. E3 ligne 225, E7 ligne 93).

Ce phénomène est particulièrement marqué lorsqu'il s'agit de pathologies touchant au psychisme ou aux troubles du neurodéveloppement (cf. E4 ligne 122).

#### **Croyances en fonction de certaines pathologies :**

Les médecins expriment souvent le fait d'être confronté à certaines croyances en lien avec l'alimentation et la religion, en particulier au moment du mois de Jeûne du Ramadan (cf. E1 ligne 33).

Certains points de vue erronés concernant la maladie en générale ou certaines pathologies chroniques, obscurcissent le discours des patients (cf. E8 ligne 223, E8 ligne 228).

#### **Les croyances religieuses :**

Certains médecins ont pu faire face à des croyances, magico-religieuses, qui tranchent avec les croyances occidentales habituelles. Leurs convictions religieuses peuvent également parasiter le lien médecin-patient (cf. E4 ligne 58, E8 ligne 33).

Toutefois, la barrière religieuse n'est que peu voire pas mise en avant par les médecins interviewés (cf. E1 ligne 32).

Ils relatent en majorité la période du Ramadan, mois sacré de jeûne pour les musulmans, qui ne semble pas représenter un obstacle en soi. Cela semble plutôt être une période où les médecins tentent de s'adapter au plus près aux principes de leurs patients, en modifiant leurs schémas thérapeutiques par exemple voire en leur demandant de s'abstenir de jeûner en cas de pathologie chronique contraignante (cf. E2 ligne 86).

Notons que certaines situations « religieuses » ont pu représenter un obstacle à la prise en charge et la communication :

- Lorsque la religion venait substituer le rôle ou la place de la médecine allopathique, particulièrement en cas de pathologie psychiatrique (cf. E2 ligne 143)
- Lorsque la religion était un prétexte pour justifier la rédaction de faux certificats médicaux de complaisance, notamment sur le plan alimentaire (cf. E4 ligne 198).
- Lorsque la religion venait justifier une forme de fatalisme sur la maladie ou ses issues, aux dépens des apports potentiels de la médecine allopathique (cf. E8 ligne 118).

#### **Les croyances liées à la médecine traditionnelle :**

Le recours à la médecine traditionnelle peut représenter une barrière dans le sens où elle peut entrer en compétition avec la médecine allopathique, la parasiter voire la substituer (cf. E2 ligne 103).

*E2 ligne 103 : « il y en a qui vont préférer faire de la médecine traditionnelle et des fois ils ne le disent pas d'ailleurs. Ils le disent bien après... mais ça peut être des barrières, effectivement parce qu'il y a des patients qui refusent les soins parce qu'ils veulent d'abord prioriser la médecine traditionnelle. »*

En pratique, peu de médecins sont concrètement confrontés à la médecine traditionnelle en France (cf. E3 ligne 66, E10 ligne 159).

Certains médecins ont déjà été témoins de patients, envoyés dans leur pays d'origine, afin de bénéficier de soins par des guérisseurs locaux (cf. E4 ligne 120).

Toutefois, ils s'accordent à dire, qu'ils ne sont pas opposés à la médecine traditionnelle, tant que celle-ci ne fait pas obstacle à la médecine allopathique (cf. E5 ligne 101, E11 ligne 218).

Certains participants estiment même que les médecines allopathique et traditionnelle peuvent se compléter cf. (E8 ligne 123, E11 ligne 235).

Finalement, l'un des participant estime improductif le fait de déconsidérer l'approche de la médecine traditionnelle, au vu du nombre de personnes qui adhèrent à ces principes. Il prône plutôt une ouverture d'esprit et un décentrage de la médecine allopathique occidentale :

*E11 ligne 222 : « ...il y a quand même pas mal de gens qui vont mieux après avoir utilisé les médecines traditionnelles. Donc voilà, on ne sait pas tout. On a un système de pensée, on a un système de fonctionnement intellectuel, technique etc etc. Il y a d'autres systèmes... il y a des gens qui ont un système de soins, un mode de raisonnement médical totalement différent du nôtre, qui n'ont pas des résultats plus catastrophiques que nous... Par conséquent, moi je trouve que ça serait une espèce d'impérialisme culturel, d'essayer de lutter contre ça. »*

#### **Les barrages à l'échelle d'une communauté :**

Certains médecins peuvent être confrontés à des obstacles, notamment à des croyances erronées, qui sont véhiculées ou communiquées à l'échelle d'une communauté (cf. E2 ligne 132, E6 ligne 146).

### 3.3 Les problématiques linguistiques

#### 3.3.1 Identification des problèmes

La barrière de la langue est un élément auquel tous les médecins interviewés ont été ou sont confrontés, tout particulièrement en langue anglaise :

*E5 ligne 82 : « Alors, des fois, c'est la langue, mais parce que je suis nulle en anglais. »*

*E9 ligne 96 : « Ouais. Ca, cela m'est pas mal arrivé. Bah, les..il y a des patients, qui au niveau linguistique, ils ne comprennent pas, tu ne les comprends pas. »*

Un médecin estime que la barrière de la langue représente le seul véritable frein à la communication transculturelle, qui conditionne les autres difficultés potentielles :

*E6 ligne 103 : « la capacité à s'exprimer en français en fait. C'est la seule chose importante. Et c'est ce qui peut être un vrai frein. La capacité à parler le Français, la capacité à comprendre le Français et après la capacité à comprendre, je dirais les concepts. »*

Il est possible que les accents régionaux grèvent la communication, alors que celle-ci se déroule pourtant en français. Un médecin français peut donc rencontrer des difficultés, même lorsqu'il communique avec un patient lui-même français :

*E11 ligne 246 « Sinon bah la plupart des patients africains qu'on voit sont francophones. Après, il y a des tas de façons d'être francophones mais je ne comprends pas forcément toujours les Ch'tis hein. »*

Cette barrière de la langue les place généralement dans des situations délicates, voire d'échec thérapeutique (cf. E10 ligne 30, E10 ligne 204).

Bien qu'ils soient régulièrement confrontés à cette problématique, les médecins rencontrent finalement assez peu de situations de communication où la barrière de la langue est quasi complète (cf. E10 ligne 140).

Bien qu'à la limite de notre sujet, certains médecins pointent du doigt le fait qu'il soit possible de retrouver des obstacles à la communication même dans le cadre d'un dialogue avec des personnes appartenant à une même culture :

*E2 ligne 117 : « Il y a certains obstacles, mais qu'on retrouve aussi de toute façon même pour des personnes de même culture. C'est pour ça que moi je ne trouve pas que finalement, l'aspect culturel est un obstacle en soi. »*

E11 ligne 246 : « la plupart des patients africains qu'on voit sont francophones. Après, il y a des tas de façons d'être francophones mais je ne comprends pas forcément toujours les Ch'tis hein. »

### 3.3.2 Stratégies de contournement de la barrière linguistique

#### **Réaliser une consultation en langue étrangère :**

L'un des premiers outils est de réaliser une consultation dans une langue autre que le français, afin que médecin et patient puissent avoir un canal de communication commun.

Tous réalisent à divers niveaux de fréquence et de maîtrise, des consultations en anglais, quand le patient ne parle pas du tout le français (cf. E3 ligne 61, E9 ligne 169).

La quasi-totalité des médecins ne sentent pas à l'aise dans le fait de consulter en anglais :

E6 ligne 318 : « J'ai vaguement essayé l'anglais, mais mon anglais est plutôt déclinant, donc non, ce n'est pas très efficace en fait »

E9 ligne 99 : « Ou bien tu essaies de parler une autre langue comme l'anglais ou voilà. Donc il y a ça, c'est une première barrière que je trouve, qui est quand même vachement compliquée. »

Un seul médecin se sent à l'aise dans le fait de consulter en anglais (cf. E11 ligne 387).

Certains médecins réalisent des consultations dans des langues autres que l'anglais :

E1 ligne 22 : « Alors il y a français, anglais et teochew qui est un dialecte chinois... là et je sais quand ils viennent, on va parler en teochew »

E5 ligne 208 : « oui, le portugais (rires). Alors un petit peu l'espagnol, mais ça se rapproche du portugais, mais c'est surtout du portugais ».

E9 ligne 291 : « Euh, oui du coup en tamoul beaucoup. »

#### **Recours à l'interprétariat informel :**

L'interprétariat informel renvoie à l'usage d'un « traducteur non professionnel ». Ce traducteur est généralement un proche, un ami voire un enfant, qui a une maîtrise plus avancée du français (cf. E4 ligne 232, E10 ligne 149).

Les médecins en usent assez facilement, à défaut de mieux :

E8 ligne 143 : « Alors, je le fais parfois par facilité. »

*E11 ligne 325 : « quand on n'arrive absolument pas à se comprendre, c'est toujours mieux que rien. »*

Le traducteur joue le rôle d'intermédiaire entre le médecin et le patient, soit en physique soit par téléphone (cf. E7 ligne 255, E11 ligne 316).

Souvent, les patients non francophones viennent accompagnés d'une personne parlant le français :

*E1 ligne 91 : « Et souvent, ils le savent, ils savent qu'ils auront du mal à communiquer donc, la plupart vient quand même avec, enfin appelle à un ami pour aider. »*

*E5 ligne 130 : « Souvent, quand ils ne parlent pas du tout français, ils viennent facilement avec une personne qui parle le français.*

Parfois, les médecins sont eux même à l'initiative et préconisent aux patients de venir accompagnés ultérieurement (cf. E9 ligne 168).

Dans la mesure du possible, ils essayent d'anticiper les consultations potentiellement difficiles sur le plan communicationnel, surtout en médecine scolaire (cf. E4 ligne 311).

#### **Recours à l'interprétariat formel :**

L'interprétariat formel fait référence à l'utilisation d'un traducteur professionnel, formé et rémunéré à cet effet. La quasi-totalité des médecins déclarent ne jamais en avoir eu l'usage (cf. E7 ligne 253). Certains n'y pensent tout simplement pas (cf. E5 ligne 153).

Certains en ont eu l'usage mais uniquement dans un cadre hospitalier ou scolaire (cf. E2 ligne 278, E6 ligne 122).

Un seul médecin a régulièrement recours à une plateforme d'interprétariat formel :

*E8 ligne 115 : « Je travaille beaucoup avec ISM. Et ça, je pense que c'est hyper important d'avoir une communication dans la langue maternelle avec un interprète qui n'est pas de la famille...c'est quelque chose auquel je tiens beaucoup. »*

#### **Recours aux médiateurs en santé, collègues ou personnes ressources parlant une langue étrangère :**

Certains médecins ont recours à des collaborateurs pouvant assurer la traduction en cas de barrière de la langue :

*E2 ligne 199 : « Ça m'arrive aussi en arabe, avec la secrétaire qui fait la traduction très souvent. »*

*E8 ligne 200 : « moi j'avais identifié mes collègues anglophones et je réadressais les patients à mes collègues anglophones par exemple. »*

L'un des médecins qui exerce dans un centre de santé a recours à des professionnels de santé, spécifiquement formés à l'interculturalité et jouant le rôle de relais :

*E8 ligne 151 : « on a des collègues qui parlent d'autres langues et solliciter mes collègues parce que je trouve que là, elles sont aussi elles dans une posture pro et que ça reste le cadre de la consult pro... ils sont salariés de la structure, au même titre que nous. On a des temps pluriprofessionnels avec eux, des temps d'échange sur les patients. Et justement dans ces temps d'échange aussi, on apprend plein de trucs... Donc je trouve que la médiation santé, c'est un beau métier pour venir alimenter et aider le transculturel à vivre quoi. Je pense qu'il faut le faire vivre en fait »*

#### **Recours aux outils de traduction en ligne :**

Les médecins utilisent de manière répandue, les outils de traduction en ligne, principalement « Google traduction » (cf. E7 ligne 256).

L'interface leur permet assez facilement de communiquer avec des patients ne parlant pas français :

*E10 ligne 257 : « actuellement, j'utilise google traduction. C'est ce que j'utilise à l'hôpital, cela marche bien... Un patient que j'ai vu ponctuellement, qui parlait et me tendait le téléphone. C'est bien, j'ai trouvé cela bien. »*

Hormis l'outil google, ils ne connaissent ou n'utilisent généralement pas d'autres plateformes de traduction (E3 ligne 96).

#### **Apprendre une nouvelle langue ou se former dans la cadre de la formation continue :**

Cela peut également passer par le fait de s'adapter à son nouvel environnement de vie, en apprenant la langue locale (cf. E3 ligne 97). Elle met également en avant le fait de vouloir progresser en langues, notamment en voulant suivre des programmes de formation continue (cf. E3 ligne 116).

#### **Adressage à un médecin de même communauté ou parlant la même langue ou dans un centre spécialisé en langue étrangère :**

Certains médecins adressent les patients vers un médecin de « même culture » que celle du patient afin de faciliter les échanges :

*E9 ligne 172 : « la dernière fois j'ai vu un bengali, je ne comprenais absolument rien à ce qu'il racontait. J'ai cherché l'adresse de \*\*\* et je l'ai envoyé chez \*\*\* tu vois. »*

E10 ligne 232 : « *je l'ai envoyé chez un confrère. Non, elle ne parlait pas très bien français, mais culturellement, je pensais qu'elle ne comprenait pas les choses.* »

L'un estime toutefois que l'adressage à un médecin de « même culture » ne doit demeurer qu'une exception et non une règle :

E11 ligne 655 : « *C'est juste, tout ce qui peut faciliter la communication, c'est bon à prendre. Mais pour moi, cela doit être du coup par coup.* »

Toutefois, certains médecins objectivent le fait qu'il est compliqué pour eux d'adresser des patients parlant une langue étrangère ou de culture étrangère, à un confrère de cette même culture. En effet, il n'existe pas de réseau ou suffisamment de praticiens confrères à qui adresser ces patients en cas d'obstacles majeurs à la communication (cf. E7 ligne 307).

Finalement, l'adressage dans un centre spécialisé en langue étrangère est aussi une option, comme le centre Minkowska qui propose des psychothérapeutes de différentes cultures et parlant différentes langues pour un suivi psychologique :

E4 ligne 248 : « *j'ai été amenée à faire...quand on demandait que les enfants soient testés dans leur langue d'origine par un bilan psychologique où on les adressait au centre Minkowska.* »

#### **Recours aux aides visuelles : brochures explicatives en langue étrangère, pictogrammes ou Word :**

Ils déclarent peu utiliser des brochures explicatives en langue étrangère (cf. E9 ligne 211, E11 ligne 346).

Seul le médecin exerçant en centre de santé utilise des brochures, bien que cet usage reste limité :

E8 ligne 155 : « *on a quelques brochures là, de santé publique France sur la santé. Qu'on distribue mais très peu, j'avoue. Non, très peu. Après, on essaie beaucoup d'avoir des brochures en FALC (ndlr : Facile A Lire et Comprendre)... Nous on est hyper vigilant sur la façon dont on communique avec les patients. On a des pictogrammes aussi, donc on a d'autres moyens de venir contourner un peu la barrière de la langue, voilà. Mais on n'a pas beaucoup d'autres brochures traduites.* »

### **3.3.3 Limites des stratégies de contournement de la barrière linguistique**

#### **Difficultés spécifiques au fait de mener une consultation en anglais :**

A l'exception d'un seul médecin, tous déclarent ne pas sentir suffisamment « compétent » et capable en anglais (cf. E3 ligne 116, E8 ligne 191).

Ils expriment un sentiment d'infériorité, d'illégitimité, voire de culpabilité du fait de ne pas être à l'aise en anglais :

*E3 ligne 153 : « parce que je pense que mes collègues n'ont pas ce souci là au niveau de l'anglais...mais en fait, je m'en veux parce que je devrais me former moi-même, en fait, parce que c'est vraiment une lacune. »*

*E4 ligne 278 : « je ne me sens pas à l'aise, tu vois... je ne me sens pas légitime, en fait. »*

*E5 ligne 243 : « ça me remet en face à mon incapacité d'avoir été une bonne élève en anglais, je me sens nulle, quoi. Comme si ça...j'aurais dû pouvoir parler anglais alors que je ne le parle pas. Donc ça met en position basse et c'est assez désagréable. »*

Parfois, la barrière de l'anglais les pousse même à réadresser les patients à un confrère (cf. E8 ligne 145).

Globalement, les médecins expriment le fait qu'ils se sentent particulièrement mal à l'aise en anglais (cf. E3 ligne 145). Ils ressentent un stress accru en situation de consultation en langue anglaise, car cela nécessite un double effort d'encodage du message de la part du médecin-émetteur :

*E2 ligne 234 : « d'une part, c'est très stressant, de devoir réfléchir à sa médecine. Puis de réfléchir à comment tu vas la traduire et comment elle va être comprise et vérifier que c'est compris ...Le côté stressant, c'est le fait de devoir réfléchir 2 fois plus finalement. »*

#### **Mobilisation de ressources supplémentaires et exclusion de sa zone de confort :**

La consultation transculturelle nécessite de la part du médecin de fournir des efforts supplémentaires (cf. E4 ligne 267, E8 ligne 289).

Le médecin est obligé de bousculer ses automatismes et habitudes :

*E2 ligne 260 : « ça demande de se poser en fait, parce que on est un peu en mode pilote automatique. Donc là ça demande de sortir du pilote automatique et de prendre le temps de repenser, à comment reformuler parce qu'on a des phrases types, des trucs types qui sortent tout le temps...et finalement, ça, tout ça, ça tombe à l'eau, il faut tout refaire, mais dans une autre langue. »*

*Cf. E4 ligne 287*

Ils reconnaissent également que cette situation peut leur décourager, leur faire perdre patience voire les agacer (cf. E1 ligne 114, E9 ligne 322).

**Rupture du secret médical et mise en porte à faux du traducteur en cas de traduction informelle :**

Le recours à un traducteur formel ou informel introduit un tiers dans la relation médecin-patient. Cela peut engendrer situations délicates, où le traducteur peut se trouver en position inappropriée par rapport au patient :

*E4 ligne 238 : j'ai carrément eu aussi une situation où c'était l'enfant qui traduisait pour ses parents...qui lui racontait que tout se passait bien alors qu'en fait, c'était tout l'inverse. Donc on a dit, plus jamais on ne met l'enfant dans la situation d'être au-dessus de ses parents. »*

*E8 ligne 143 : « je n'aime pas parce que je trouve que ça met le proche dans une posture qui n'est pas du tout adaptée... plutôt qu'avec l'enfant de dix ans qui traduit que sa mère a des pertes blanches et que ça la gratte au niveau du vagin. Enfin, c'est quand même ces problématiques la quoi. »*

L'introduction d'un traducteur représente également une situation de rupture du secret professionnel, pourtant à la base de la relation médecin-patient. Cela est d'autant plus préjudiciable lorsque le traducteur est un proche ( cf. E11 ligne 318).

L'un des médecins y voit toutefois un point positif et aidant, à savoir que l'accompagnant peut évoquer des éléments auxquels le médecin n'aurait pas songé (cf. E5 ligne 136).

**Non assurance de l'exactitude des propos traduits en cas de traduction formelle, informelle ou par l'usage d'outils de traduction :**

Ne pas pouvoir communiquer directement avec le patient fait que le médecin n'est pas sûr de l'exactitude du message qu'il transmet et que le patient réceptionne. La majorité des médecins n'ont pas pleinement confiance aux traducteurs ou outils de traduction en ligne.

Concernant les traducteurs :

*E2 ligne 114 : « on ne sait pas trop ce qu'ils traduisent et ce qu'ils ne traduisent pas, parce que souvent, ils en gardent aussi sous le pied...en gros, des fois, c'est des négociations. »*

*Cf. E6 ligne 114*

Concernant google traduction :

*E1 ligne 85 : « oui, ça arrive que je mette sur mon téléphone avec Google Translate hein, facilement. Alors c'est plus pour un mot que des phrases entières parce que je ne fais pas trop confiance au truc. »*

E5 ligne 135 : « même Google translate en fait, je ne suis pas sûre de ce qu'il va raconter donc. »

### 3.4 Méthodes d'adaptation des médecins pour communiquer

Nous envisagerons dans cette sous partie :

- Selon quelles caractéristiques du patient, le médecin adapte sa communication.
- Quelles attitudes, les médecins adoptent pour s'inscrire dans une approche empathique, et ainsi améliorer leurs capacités d'écoute.
- Quels questionnements directs concernant leurs origines, religions ou cultures, les médecins osent poser à leurs patients. Nous verrons également quels impacts ces questions directes peuvent avoir et comment les médecins les contournent.

#### 3.4.1 En fonction du patient

##### **Niveau d'instruction, d'alphabétisation et profession du patient :**

Pour certains médecins, le niveau d'instruction et la profession exercée par le patient ne modifient en rien leur positionnement ou niveau d'explication. D'autant plus que le niveau d'éducation n'est pas forcément corrélé à un bon niveau de compréhension selon eux :

E2 ligne 73 : « c'est plus nuancé que ça en fait. Je ne vais pas le prendre en compte. En gros ce n'est pas, ni le niveau social ni la culture de la personne en face qui va changer mon explication. »

E9 ligne 66 : « Pas forcément la profession. Encore une fois, des fois, tu peux avoir quelqu'un qui est, bah qui est hyper bien dans la société et au final qui a des réponses complètement à côté de la plaque. »

Pour d'autres, au contraire, ces informations leur semblent utiles au point de vue communicationnel (cf. E8 ligne 67, E5 ligne 46, E8 ligne 63, E9 ligne 54).

Toutefois, l'un des médecins reconnaît avoir des à priori concernant le niveau d'alphabétisation des patients :

E6 ligne 57 : « Mais la question de l'illettrisme, euh...je ne la pose pas comme ça en première attention parce que, parce que je crois que j'ai un a priori sur les gens qui peuvent être illettrés. C'est idiot d'ailleurs. »

### Composition de la cellule familiale et environnement de vie :

Pour la majorité des médecins, s'enquérir de la composition familiale du patient semble être une donnée importante (cf. E5 ligne 45, E11 ligne 134).

## 3.4.2 Stratégies de communication

### 3.4.2.1 Capacité d'écoute et adoption de mesures empathiques

Les médecins adoptent des attitudes et positionnements empathiques dans le but de favoriser une bonne communication avec leurs patients.

Il s'agit dans un premier temps de questionner ses pratiques et son positionnement en tant que médecin :

- Les médecins ont conscience de l'image et des signaux qu'ils peuvent renvoyer aux patients et de l'impact qu'ils peuvent avoir.

*E8 ligne 70 : « Bah il y a aussi nous hein, la façon dont le médecin est ouvert, se positionne. »*

- Ils remettent en question leur façon de communiquer. Cela peut survenir soit à la suite de réactions de patients, de remarques de collègues, voire au cours de l'interview de ce travail de recherche :

*E3 ligne 291 : « il y a des choses que je ne soupçonnais pas trop. On m'a mis en garde un peu ici. C'était euh...des fois le racisme que je pouvais aussi moi faire vivre, c'est à dire des choses que je pouvais dire et qui étaient mal vécues par des patients, alors que pour moi il y avait 0 souci par rapport à ça... je ne pensais pas que des fois y avait des choses que je pouvais dire qui pouvaient vraiment être vues comme si j'étais raciste contre quelqu'un quoi. »*

*E4 ligne 339 : « A l'issue d'aujourd'hui, je vais réfléchir à savoir comment je peux poser la question différemment. »*

*Cf. E11 ligne 660*

- Ils tentent de lutter contre leurs propres à priori qui peuvent perturber leur jugement. En effet, certains prennent conscience parfois au moment même de l'interview de certaines de leurs croyances :

*E8 ligne 95 : « alors c'est peut-être vrai que je fais peut-être un lien, qui n'est probablement pas complètement logique mais peut-être que j'interroge plus, fin je vais être plus vigilante à interroger le niveau de littératie en santé, chez des gens qui ont une barrière de langue un peu plus forte, une origine... C'est vrai que peut-être que je les charge spontanément d'un niveau de littératie qui serait plus faible. Je suis en train de me dire. »*

D'autres encore se montrent le plus accessible possible (cf. E10 ligne 97) ou s'attellent à maintenir une posture laïque, pour ne pas fausser la perception que les patients pourraient avoir d'eux. (cf. E10 ligne 88).

Ce positionnement empathique va également passer par :

- le fait de considérer le patient comme un partenaire privilégié et égal, en le plaçant au centre du projet thérapeutique même en cas de barrière linguistique (E5 ligne 140)
- en renarcissant ceux qui ont pu perdre estime d'eux même dans leur parcours migratoire (cf. E5 ligne 51).
- en accentuant et simplifiant les explications quant à la conduite à tenir, les ordonnances etc (cf. E11 ligne 514)
- en se documentant afin d'acquérir de nouvelles connaissances (cf. E11 ligne 52).

Cette attitude d'ouverture va passer aussi par le fait de s'intéresser de manière globale, aux autres et à leurs mœurs, façon de procéder et fonctionner (cf. E11 ligne 34). Ils questionnent les patients sur les parcours de vie ou sur des faits de leur culture qu'ils ignorent. Ils font preuve d'humilité, en admettant volontiers leurs limites en termes de connaissances sur certains sujets :

*E3 ligne 33, E5 ligne 35 : « Et puis des fois, ça peut nous permettre aussi de dire « mais écoutez-moi je ne connais pas. Est-ce que vous pouvez m'expliquer ? ». Et les gens sont plutôt contents de parler de leur culture, je pense. »*

Plus spécifiquement sur les faits d'ordre religieux, un médecin déclare questionner volontiers les patients sur les connaissances culturelles qu'elle maîtrise moins. Elle admet avoir des connaissances limitées, à parfaire (cf. E5 ligne 90, E5 ligne 95). Il lui est déjà arrivé de contacter ou avoir recours à une autorité religieuse, afin d'avoir un éclairage adéquat sur certaines pratiques (cf. E5 ligne 161).

Cela peut aussi passer par le fait de se mettre en lien avec un médecin « communautaire », afin de collaborer avec lui, au bénéfice du patient (cf. E4 ligne 201).

Pour conclure, l'un médecin déclare également essayer d'utiliser quelques locutions ou mots dans la langue du patient, lorsqu'il en connaît quelques rudiments, afin de le mettre plus à l'aise. Cette attitude selon lui, ajoute une certaine humanité dans la relation de soins :

*E11 ligne 378 : « Et je pense que, ne serait-ce qu'un mot, une petite expression comme ça, je pense que les gens y sont sensibles, parce que ça montre qu'on s'intéresse eux, qu'on s'intéresse à ce qu'ils sont, qu'on s'intéresse aussi à leur culture. Alors évidemment cela reste extrêmement superficiel, mais je pense que cela ajoute de la chaleur et cela ajoute un lien humain, qui sort du strict dialogue technique. »*

### **Repérer les différences de référentiels entre le médecin et le patient :**

Des médecins objectivent le fait qu'il est indispensable de comprendre les croyances et donc le sens que le patient attribue aux éléments, spécifiquement en cas de problème de communication. En effet, la compréhension de ce sens ne peut passer que par la communication, notamment verbale :

*E2 ligne 44 : « c'est surtout quand il y a une problématique de communication, c'est-à-dire que lorsque on sent qu'il y a un obstacle de communication. Cela peut devenir intéressant de comprendre, au-delà même de la culture, de comprendre ce que le patient entend. Quel sens il donne en fait à un mot, euh, qui va être dans notre culture, qui va avoir un autre sens...je pense que c'est plus une question de sens plus que de culture sur ce point-là... »*

*E11 ligne 43 : « pour arriver à comprendre, voilà une richesse d'expression, une richesse de description de symptômes, etc des termes, l'emploi récurrent du terme de « fièvre »...il y a encore tout un tas de clés que j'ai du mal à actionner quoi, je me trouve avec des vrais problèmes de décodage. »*

Le patient et son médecin peuvent avoir des points de vue divergents sur certains points (cf. E9 ligne 10, E10 ligne 35). Il est possible que le médecin soit ignorant des croyances du patient, parce que ce dernier ne les lui expose pas, notamment par méfiance (cf. E6 ligne 142).

De même, les patients avec une « autre vision culturelle » peuvent également perturber le médecin. En effet, ils peuvent avoir des représentations concernant la maladie ou la douleur qui ne sont pas directement accessibles à la compréhension du médecin qui a un ancrage « occidentale » ou allopathique (cf. E11 ligne 539).

### 3.4.2.2 Adaptation d'attitude du médecin selon le profil du patient

#### **Selon l'état psychique/psychiatrique du patient :**

L'un des participants met en avant que l'état psychique du patient influe directement sur la manière dont elle va communiquer ou lui délivrer des messages :

*E8 ligne 66 : « Je pense que quelqu'un qui est très déprimé, il ne communiquera pas pareil que quelqu'un qui est bien. »*

En effet, les médecins expriment le fait de se sentir en difficulté en cas de troubles psychiques ou atteintes psychiatriques, associés à un obstacle transculturel, notamment de la langue. Il serait impossible de prendre en charge la souffrance psychique, sans au moins partager une langue commune :

*Cf. E2 ligne 121*

*E7 ligne 274 : « pour ma patientèle d'origine \*\*\*\*\*, il y a un véritable angle mort à ce niveau-là. Même moi j'appréhende hein, de les envoyer vers un psychologue ou un psychiatre, parce que je sais que la communication, elle sera très compliquée...mais j'y réfléchis quand même à 2 fois... Mais c'est vrai que c'est un type de population que, pour lequel je vais quand même avoir une appréhension pour les orienter vers un psychologue ou un psychiatre, où là c'est vraiment une communication subjective hein. »*

#### **Selon l'âge/génération et genre du patient :**

Ils s'accordent à dire que selon l'âge ou le genre du patient, la communication du médecin peut varier, indépendamment de la culture d'origine du patient d'ailleurs (cf. E7 ligne 67, E8 ligne 78). Ils modifient leur abord ou manière de procéder selon le profil du patient.

#### **Selon le ressenti supposé stigmatisant par les patients :**

Pour éviter d'offenser les patients par l'intermédiaire de ces questions, les médecins adoptent différentes stratégies.

Deux médecins avancent le fait que ce vécu stigmatisant dépend du positionnement du médecin et de la manière dont il pose ses questions. Ainsi, avec tact et méthode, les patients ne le prennent pas mal et comprennent le cadre dans lequel ces questions sont posées :

*E5 ligne 30 : « Alors je ne pense pas parce que, ça dépend comment on le demande. C'est la manière dont on a de demander...euh..Comme c'est une curiosité bienveillante, je pense que*

*c'est bien accueilli... Cela rentre dans « je m'intéresse à vous dans votre globalité », donc. Quand ce n'est pas du voyeurisme, je pense que les patients le perçoivent plutôt bien. »*

*E8 ligne 52 : « Moi je suis hyper à l'aise avec ça parce que je me dis que c'est..fin la façon dont ils vont le ressentir, c'est la façon dont on le ressent nous quand on va poser la question. Et donc comme moi, c'est quelque chose qui est pas du tout difficile pour moi, je ne crois pas que cela puisse être stigmatisant. »*

*E11 ligne 176 : « Mais encore une fois, tout dépend des circonstances. Le faire de façon systématique, de but en blanc, sans qu'il y ait une raison quand même médicale hein, sans qu'il y ait un truc un peu somatique auquel s'accrocher, moi cela ne me plait pas. »*

Ces questions ne sont généralement pas abordées dès le début de la relation médecin-patient. Elles surviennent après un « temps minimal » de fréquentation (cf. E3 ligne 38).

Ils doivent être en mesure de pouvoir justifier la raison de leurs questions ou le font en anticipant une incompréhension potentielle :

*E8 ligne 55 : « Quand je peux sentir que ça peut être questionnant pour le patient, j'essaie de lui expliciter pourquoi je pose cette question et pourquoi pour moi c'est important. Humm...(silence) Donc je dirais si le patient, si le médecin la pose bien et qu'il n'est pas stigmatisant en posant la question, je crois que ça passe toujours en fait. »*

D'autres demandent l'autorisation préalable au patient ou introduisent la question, s'ils perçoivent que cela pourrait heurter la sensibilité du patient (cf. E5 ligne 39).

Finalement, s'ils perçoivent une réaction non attendue du patient, ils n'hésitent pas à corriger ou expliciter plus leurs propos (cf. E4 ligne 40, E9 ligne 41).

#### **Selon le niveau de compréhension supposé ou ressenti du patient :**

Les médecins modifient ou adaptent leur attitude, posture ou communication non verbale en fonction du niveau de compréhension ou du niveau de français du patient.

Ils modifient ou adaptent leur diction, de manière plus ou moins implicite :

*E7 ligne 212 : « je pense que ben plus tu as un doute, sur la bonne transmission en termes de communication, plus ta diction va être plus lente, pour t'assurer que déjà le peu que tu vas dire, sera compris. Et plus tu sens que t'es à l'aise dans la conversation et qu'il n'y a pas de barrière de langage, plus tu peux te permettre de parler un petit peu plus vite. »*

*E8 ligne 249 : « je crois que je parle plus fort. J'essaie de faire hyper attention à parler lentement. Je fais aussi hyper attention à mon champ lexical donc d'essayer de simplifier et au maximum ce que je peux dire. »*

Ils font reformuler le patient pour s'assurer de sa bonne compréhension (cf. E5 ligne 69, E9 ligne 344).

Ils accentuent leur niveau d'explications quant aux conduites à tenir ou ordonnance, en essayant de se rendre le plus accessible et compréhensible possible :

*E2 ligne 75 : « j'essaie de faire des explications qui sont assez simples et avec des mots très simples et non médicaux. Et je vais surtout m'adapter après, au niveau de compréhension... »*

*E5 ligne 71 : « il y a certains patients qui ne savent pas lire, écrire etc...des fois ca m'arrive de plier dans un sens l'ordonnance des médicaments, plier dans l'autre ou mettre un petit coin pour les examens, la biologie. »*

Pour finir, d'autres vont plus accentuer leur communication non verbale, pas de gestes ou mimiques (cf. E11 ligne 512).

### **3.4.3 Faut-il ou pas oser poser des questions directes quant aux origines ethniques ou l'appartenance à une confession religieuse des patients ?**

#### **Quant à l'origine ethnique :**

Peu de médecins admettent questionner directement et surtout systématiquement leurs patients quant à leurs origines ethniques (cf. E4 ligne 30, E8 ligne 40).

Il semble y avoir une forme de tabou ou malaise concernant ce sujet. Ils ne questionnent jamais frontalement et uniquement lorsque le contexte s'y prête :

*E2 ligne 41 : « effectivement, lorsqu'il y a parfois des incompréhensions où le besoin de précision, oui, ça m'arrive de poser la question. On va dire que c'est plutôt des moments, où la communication est un peu difficile...qu'on va essayer de trouver des leviers et donc la culture ou le niveau socioculturel ou la religion va être un levier. »*

*E9 ligne 28 : « jamais systématiquement je vais demander d'où ils viennent ou quoi. C'est vraiment je ne sais pas, si le contexte s'y prête... si ça a un rapport avec bah, je ne sais pas moi, un truc médical ou une chose comme ça, mais sinon non, de manière systématique jamais. »*

Toutefois, ce n'est pas parce qu'ils n'osent pas questionner directement les origines de leurs patients, que cette information ne leur est pas importante. Ils tentent souvent de la déduire ou d'avoir cette information par des moyens détournés :

*E2 ligne 37 : « Pas systématiquement. Euh, je pense que j'essaie de la déduire. »*

*E11 ligne 168 : « Voilà, j'ai un être humain en face de moi, j'ai un être humain, point barre. Je ne peux pas ignorer les influences culturelles, culturelles. Mais je n'aborde pas d'emblée non. »*

Certains essayent de déduire notamment l'origine de leurs patients, selon la langue qu'ils parlent. Cette approche présente toutefois des limites, car une même langue peut être parlée par des groupes ethniques quelques fois éloignés (cf. E6 ligne 45).

**Quant à l'appartenance à une confession religieuse ? :**

Ils ne questionnent jamais systématiquement non plus l'appartenance à une confession religieuse. Ils ne le font que de manière circonstanciée, comme pendant les fêtes ou événements religieux (cf. E4 ligne 29, E7 ligne 39, E8 ligne 29).

Les médecins se renseignent également de manière indirecte ou par déduction quant à l'appartenance à une confession religieuse de leurs patients (cf. E5 ligne 23, E7 ligne 44).

Un médecin met en avant le fait qu'il n'ose pas questionner les patients quant à leurs origines ethniques ou appartenance religieuse, pour que cet aspect-là, ne modifie en rien la relation médecin-patient ou puisse altérer même indirectement son jugement (cf. E10 ligne 111).

**Ressenti « supposé » stigmatisant par les patients quant aux questions concernant l'origine ethnique ou l'appartenance confessionnelle posées par les médecins :**

La totalité des médecins estiment ou supposent que les questions quant aux origines ethniques ou pratique religieuse, peuvent créer un sentiment de malaise ou un vécu stigmatisant pour le patient :

*E4 ligne 38 : « C'est possible, oui, parce que j'ai un certain nombre de réponses qui sont d'emblée, « je suis Français ». Voilà donc ça, je pense que du coup, c'est qu'ils ont donc vécu ma question comme étant un peu agressive et comme quoi, ou de par leur couleur. »*

*E6 ligne 65 : « Je pense que ça pourrait, et à juste titre. C'est à dire que si je demande d'emblée la nationalité, les gens en effet, ils peuvent le prendre mal... Ouais, ils peuvent être susceptibles... sur cette question-là. Parce qu'ils vont se demander, mais pourquoi, pourquoi vous me demandez à moi ? »*

*E7 ligne 61 : « Je pense que sur le plan religieux, ça peut être stigmatisant, effectivement. »*

Deux médecins expliquent que le contexte sociétal actuel est tendu et qu'ils ne souhaiteraient pas être mal perçus (cf. E10 ligne 126, E11 ligne 165).

Une des participants explique aussi que selon l'origine ou l'appartenance ethnique du médecin qui pose la question, cela peut avoir un effet différent (cf. E9 ligne 36).

### 3.5 Les situations de partage de langue ou d'éléments culturels

#### **Création d'une relation de connivence :**

Certains médecins mettent en évidence que le partage de caractéristiques communes peut les placer dans des situations délicates.

Un médecin exprime le fait que des patients, au prétexte qu'ils ont les mêmes origines « ethnico-culturelles » qu'elle, présupposent qu'ils partagent un même point de vue ou une identification commune. Cela n'est pas forcément le cas :

*E9 ligne 221 : « c'est des patients qui parfois, ils ne comprennent pas, et en fait ils se disent que, étant donné qu'on a la même culture, je les comprends...déjà, bah la mienne, ma culture, la mienne c'est hyper compliqué, parce qu'eux, ils s'identifient à moi, ils s'attendent à ce que moi je m'identifie à eux ce qui n'est pas mon cas. »*

Un autre médecin s'irrite fortement, contre des patients qui préjugent de son appartenance à une confession religieuse, et qui le choisiraient en tant que médecin initialement selon ce critère :

*E11 ligne 740 : « Euh, donc les quelques fois où les gens sont venus me dire, que c'était parce que j'étais \*\*\*\*\*, que les gens venaient me voir pour cela, j'étais fou de rage., fou de rage. Merde. Dites-moi que vous venez parce qu'on vous a dit que j'étais un bon médecin, ça m'intéresse. »*

#### **Sentiment de sécurité en parlant la même langue maternelle ou partageant les mêmes codes culturels :**

Dans un contexte culturel ou géographique non familier, il est rassurant pour toute personne de se raccrocher à des codes culturels qu'elle connaît ou maîtrise, en particulier le fait de pouvoir s'exprimer et se faire comprendre dans sa langue maternelle.

Deux médecins qui réalisent des consultations dans une langue autre que le français, objectivent le fait que des patients n'hésitent pas à parcourir de longues distances pour venir les voir en consultation :

*E1 ligne 141 : « Mais du coup ceux qui parlent ma langue, je sais qu'ils arrivent de loin par exemple. Je sais qu'ils n'habitent pas dans Paris, la plupart. Il y en a quelques-uns mais il y en a qui habitent soit plus loin dans Paris soit dans le 94, fin qui font le déplacement exprès parce que parce qu'ils savent qu'ils ont peut-être plus de facilité à s'exprimer et que je les comprends aussi, donc je sens bien qu'ils font l'effort parce qu'ils savent qu'ils arriveront à être mieux écoutés. »*

Le médecin E7 précisait notamment que des patients faisaient quelquefois plusieurs centaines de kilomètres afin d'être consulté par lui, étant donné qu'il était le seul à cette époque selon lui, médecin originaire de ce pays à être formé initialement en France en tant que médecin généraliste (cf. E7 ligne 312).

Ces patients expriment le fait de vouloir mieux comprendre et être compris, par un médecin qui partage la même langue qu'eux :

*E9 ligne 177 : « j'ai un gros biais de...mais vraiment que \*\*\*\*\* le lundi. Je ne travaille que le lundi, que des \*\*\*\*\* le lundi. Et dans le cabinet, il y a plusieurs médecins. Et j'ai des patients qui consultent leur médecin parce qu'ils ne veulent pas trahir leur médecin, ils me disent. Mais par contre, ils reviennent vers moi pour avoir les explications derrière. »*

D'autres médecins ont été confrontés à des patients vivants en France, mais préférant aller se faire soigner dans leur pays d'origine (cf. E2 ligne 162).

Pour conclure, prenons l'exemple d'un médecin ayant des origines étrangères, confrontée à un patient ayant les mêmes origines qu'elle et partageant une langue commune. Elle relate le fait que ce patient, sachant pourtant bien communiquer en français, s'est retrouvé, presque de manière régressive, à ne plus savoir communiquer que dans sa langue maternelle, après avoir vécu un choc psychologique (cf. E9 ligne 102).

### 3.6 La communication non verbale

La communication verbale repose sur l'usage des mots. A l'inverse, la communication non verbale s'appuie sur tout élément, sans passer par l'usage de mot en tant que tel. (cf. biblio). De nombreux éléments, plus ou moins implicites, participent au phénomène de la communication non verbale :

- *La distance interpersonnelle entre le médecin et le patient, encore appelée proxémique*
- *L'expression du visage*
- *Le contact visuel*
- *Le toucher*
- *Le ton de la voix*
- *La posture*
- *La gestuelle*
- *L'apparence physique, le parfum porté*

Bien que non tangible, l'aspect non verbal de la communication lors des consultations est toutefois bien perçu par certains :

*E2 ligne 38 : « il y a des signes en fait, qui vont, des signes non verbaux et des signes on va dire...Je ne sais pas comment expliquer. Mais c'est un ensemble de choses qui, même sans parler, qui vont permettre de comprendre un peu l'origine ethnique, religieuse ou culturelle. »*

Les médecins perçoivent des différences dans la communication non verbale, selon certains groupes ethniques (cf. E5 ligne 14, E7 ligne 230, E11 ligne 355).

L'un des médecins témoigne également de sa difficulté dans le rapport tactile ou visuel tout du moins avec les personnes couvertes d'un vêtement ou portant le voile religieux (cf. E5 ligne 187).

Certains médecins ont également des comportements non verbaux modifiés en fonction de leurs interlocuteurs :

*E8 ligne 249 : « Alors je pense que déjà mes collègues se moquent beaucoup de moi, mais je crois que je parle plus fort. »*

*E9 ligne 248 : « j'ai tendance à me mettre en talons, quand je vais au travail parce que j'ai l'impression qu'on me prend un peu plus au sérieux... donc je fais attention à comment je m'habille, parce que j'ai l'impression que cela joue. »*

Vis-à-vis d'une situation de détresse du patient, certains médecins peuvent accentuer le contact physique, pour témoigner de leur compassion ou empathie (cf. E9 ligne 259).

Et au contraire, un patient plutôt sûr de lui aura tendance à casser la distance interpersonnelle entre lui et le médecin (cf. E9 ligne 277).

### 3.7 Ressentis des médecins

#### **Sentiment de satisfaction dans le fait de mener une consultation en langue étrangère :**

Globalement, les médecins se rejoignent sur le fait que malgré les difficultés liées à des problématiques de communication transculturelles, ils trouvent gratifiant le fait de consulter en langue étrangère (cf. E2 ligne 233, E9 ligne 404, E11 ligne 446).

Certains y prennent un réel plaisir, se sentent plus valorisé voire nourrissent un sentiment de fierté (cf. E5 ligne 221, E7 ligne 192).

#### **Aspect chronophage majoré des consultations transculturelles :**

Le facteur temps est mis en avant. En effet, les consultations transculturelles, particulièrement en cas de barrière de la langue, prennent du temps (cf. E2 ligne 230, E8 ligne 111).

Les consultations avec difficultés de communication prennent plus de temps, sans rémunération supplémentaire, d'autant plus si l'aspect transculturel se surajoute :

*E2 ligne 236 : « Et c'est très frustrant en termes de temps, parce qu'on n'est pas payé plus, il faut être réaliste. Après c'est très gratifiant, mais on n'est quand même pas payé plus et du coup ça demande du temps et ça demande de l'investissement...si t'es en retard déjà d'une heure et que tu dois te taper une consultation comme ça qui dure, qui va, durer 30 minutes 45 minutes, alors que tu en as prévu que 15, ça te tue ton planning. »*

*Cf. E11 ligne 448*

Ces patients, avec difficultés communicationnelles peuvent souvent avoir vécu une certaine errance médicale, avec pour conséquence de multiples motifs de consultations, ce qui allonge d'autant plus la consultation :

*E9 ligne 329 : « en général, ces patients-là qui ont du mal à communiquer, bah c'est des patients qui vont avoir 40 000 questions d'un coup forcément puisqu'ils n'ont pas pu les poser ces questions. »*

*E11 ligne 120 : « parce qu'on est pressé, parce qu'effectivement la 4e plainte qui est apportée, on a décroché. Parce qu'on ne peut pas gérer 4 plaintes en même temps. Le problème, c'est que c'est peut-être celle-là qui était importante et les 3 autres en fait, c'étaient juste les hors-d'œuvre hein... c'est compliqué sur une consultation d'un quart d'heure. »*

#### **Difficultés de communication spécifiques au bassin de population et territoire d'exercice :**

Certains médecins émettent l'idée que les problématiques communicationnelles transculturelles dépendent du lieu d'exercice. Elles sont plus ou moins présentes selon l'endroit où le médecin exerce :

*E3 ligne 157 : « Et depuis que je suis à Paris, c'est là où j'ai été confrontée plus à parler anglais. Moi je viens du Sud de la France...Mais là, c'est depuis que je suis ici, que du coup, c'est un exercice quotidien. »*

*« L'exercice est différent et beaucoup plus varié en fin de compte. J'ai beaucoup plus de cultures différentes depuis que je suis à Paris et ça c'est vraiment hyper enrichissant...Et du coup, pour moi c'est enrichissant culturellement, j'apprends plein de trucs. »*

### **Superficialité et perte qualitative de la consultation en cas de difficultés de communication :**

D'autres médecins reconnaissent leurs limites et ont un regard critique sur ces consultations, qu'ils considèrent comme plus superficielles, imprécises et donc moins qualitatives :

*E1 ligne 94 : « je fais de la moins bonne médecine hein, ça c'est clair hein. »*

*E7 ligne 117 : « Je vais avoir une manière d'expliquer les choses qui pourrait être un petit peu, qui pourrait être relativement imprécise. »*

*E3 ligne 131 : « parce que j'ai du mal du coup en fait, souvent je ne suis pas satisfaite de ma consultation... là je vais devoir un peu bâcler ma consultation parce que je n'arrive pas à m'exprimer en fin de compte. Donc je reste assez superficielle et en fait je suis souvent déçue de ma consultation. »*

Le manque de mot ou vocabulaire diminue l'aspect « humain » du soin, limitant l'empathie et plaçant le professionnel dans un position de technicien pur (cf. E4 ligne 275).

L'un médecin objective le fait qu'elle ait un niveau de connaissances et compétences transculturelles limité, ce qui la restreint sur certains aspects, notamment l'interrogatoire (cf. E8 ligne 43).

### **Crainte de l'erreur médicale ou d'omission d'une information majeure en cas de difficultés de communication :**

Les médecins redoutent le fait de commettre des erreurs médicales, par omission ou incompréhension (cf. E4 ligne 302, E11 ligne 406). De ce fait, ils ont tendance à convoquer plus souvent les patients notamment, pour s'assurer de leur bonne compréhension.

### **Difficultés avec groupes ethniques spécifiques :**

Globalement, les médecins ne rencontrent pas plus de difficultés spécifiques sur le plan communicationnel avec un groupe ethnique particulier, à partir du moment où la communication reste possible :

*E7 ligne 159 : « Moi je pense, c'est surtout l'élément communication qui est vraiment l'élément phare. Mais une fois que la communication est en place, en général, les choses ne se passent pas forcément plus difficilement avec tel type de population plutôt qu'une autre. »*

Toutefois, certains médecins rencontrent des difficultés en termes de communication, spécifiquement avec certains groupes ethniques. Précisons que leurs propos ne se veulent aucunement stigmatisants.

Cela peut concerner simplement une barrière de la langue, rencontrée de façon plus marquée auprès de certaines origines :

*E3 ligne 80 : « peut-être des fois un peu plus de soucis avec la population qui vient du Bangladesh, Pakistan, mais parce qu'on a souvent une barrière de la langue, en fin de compte. »*

Cela peut concerner également un positionnement, ou des référentiels qui tranchent avec ceux du médecin, notamment quant à la « position de la femme » cf. E3 ligne 83).

D'autres types de populations auront plutôt tendance à présenter « un entre soi », rendant difficile l'intégration par la communication verbale notamment (cf. E4 ligne 213, E7 ligne 149).

L'un des médecins qui a des origines étrangères et consulte en langue étrangère, reconnaît avoir plus de difficultés avec les patients de la même origine qu'elle, notamment par le développement d'une forme de connivence de leur part :

*E9 ligne 229 : « bah la mienne, ma culture, la mienne c'est hyper compliqué, parce qu'eux, ils s'identifient à moi, ils s'attendent que moi je m'identifie à eux ce qui n'est pas mon cas. »*

Finalement, l'un des médecins met en avant des difficultés vraiment d'ordre culturel à une échelle quasi communautaire, dans la compréhension cognitive (cf. E11 ligne 249), au contraire d'autres origines qui s'adapteraient plus facilement (cf. E11 ligne 296).

### **Refus de transculturalité :**

La quasi-totalité des médecins adoptent une posture empathique, visant à prendre en compte la différence culturelle avec leurs patients de cultures autres.

Toutefois, un médecin dit clairement ne pas vouloir connaître la culture de ses patients « étrangers » ou faire d'efforts en ce sens (cf. E6 ligne 25).

Un autre médecin rapporte les propos de l'un ses collaborateurs, qui refuse catégoriquement de réaliser une consultation si le patient ne parle pas le français :

*E9 ligne 314 : « j'ai un collègue qui me dit souvent et je n'aime pas trop cette phrase : « Ouais, on est en France, on parle français. Donc si tu as un patient qui ne parle pas français, tu lui parles...fin moi je serais toi, je ne parlerais pas. Je ne prends pas les patients. »*

### **3.8 Résultats à la frontière du transculturel : troubles psychiatriques, handicaps neurosensoriels, patients d'une autre génération**

#### **Cas des patients avec troubles psychiatriques : difficultés d'adressage à un confrère majorée par la transculturalité :**

Il paraît compliqué pour les médecins d'adresser un patient à un confrère de même culture que celle du patient, en cas de trouble psychiatrique ou psychique. Le manque de réseau et de confrères sur lesquels s'appuyer fait défaut, ce qui est source de crainte et d'anxiété du médecin quant à la conduite à tenir par la suite :

*E11 ligne 71 : « faire vraiment de la psycho et a fortiori de la psychiatrie euuh , voila avec des gens dont on a pas, fin, dont on n'est pas imprégné de la culture ou même d'ailleurs, quand c'est pas la langue maternelle, je trouve ça terriblement compliqué et ça me fait toujours peur. Chaque fois que je tombe sur des problèmes psychologiques importants et que je dois adresser au psycho, je suis gêné parce que j'ai peur justement qu'il y ait ce manque-là. »*

#### **Cas des patients sourds et muets en général :**

Au décours des entretiens, nous avons été surpris par une population à laquelle nous n'avions pas songé initialement, et qui pourtant, représente une « communauté culturellement à part » : la population des patients sourds et muets. En effet, la communication ne peut se faire que par l'intermédiaire de moyens spécifiques ; supports visuels, langue des signes avec interprète formel spécifique entre autres :

*E3 ligne 107 : «...j'ai au moins 3 familles de sourds et malentendants et on fait tout sur Word. Donc je galère (rires). Cela prend beaucoup de temps. »*

*E9 ligne 82 : « Typiquement les sourds par exemple, étant donné que la communication est complètement aléatoire... Bah parce que c'est une communauté en fait, c'est une communauté, on ne s'en rend pas compte, mais c'est une communauté. »*

*Cf. E4 ligne 234, cf. E5 ligne 84*

Certains s'aident de supports écrits avec les patients sourds et malentendants ou illustrent leurs propos par dessin (cf. E3 ligne 107, E8 ligne 252).

#### **Patients d'une autre génération que celle du médecin :**

Plusieurs participants reconnaissent que l'âge est un facteur pris en compte dans la communication au patient, de façon plus ou moins implicite. Un âge plus avancé peut être perçu comme un obstacle, gênant la communication, à plus forte raison lorsque le médecin est plus jeune que le patient :

*E8 ligne 73 : « je pense qu'il y a l'âge aussi qui peut jouer. Je pense qu'en fonction des générations euh, j'ai l'impression que ça peut venir un peu moduler. Je pense à un patient là de 90 ans, d'origine française. Je pense que je représente pour lui, tu vois, il transfère sur moi pas les mêmes choses qu'un patient de 20 ans d'origine française aussi par exemple, ou d'ailleurs d'autres origines. »*

*E10 ligne 21 : « l'élément c'est peut-être l'âge. La communication, les éléments sont un peu plus complexes, plus le sujet est âgé, avec par exemple les problèmes de langue, plus c'est un peu compliqué. Euh, ouais, je pense que c'est plutôt cela. L'élément culturel, par rapport à l'âge..ouais. »*

*Cf. E9 ligne 66*

Dans le sens inverse, certains patients face à un médecin plus jeune, peuvent avoir une communication plus directe ou familière (cf. E9 ligne 218).

## 3.9 Pistes d'amélioration des compétences en communication transculturelle

Les médecins ont émis des hypothèses et solutions, qui selon eux, permettraient d'améliorer la communication et les compétences transculturelles, selon deux grands axes :

- La formation initiale et continue des médecins à la communication, globale et plus spécifiquement transculturelle, avec une amélioration de la posture du médecin
- La démocratisation des outils d'aide à la communication transculturelle

### 3.9.1 Formation des médecins à la communication globale et transculturelle

#### ➤ Amélioration concernant la formation initiale des médecins :

##### Amélioration de la formation médicale initiale en communication générale :

Dans un premier temps, les médecins souhaiteraient être mieux formés quant à leurs capacités communicationnelles d'un point de vue global et même en dehors de tout contexte transculturel :

*E3 ligne 348 : « Bah non, mais tous les trucs de communication, je n'en ai jamais eu en fin de compte des cours sur ça...ce qui me manquait sur la fin pendant mon internat, c'était des cours concrets, des outils qu'on puisse utiliser tous les jours en consultation. »*

*E5 ligne 361 : « Bah déjà, je pense qu'on peut améliorer la prise en charge de la communication en général, même avec les « Français-français » (rires), avant d'aborder déjà le sujet. »*

Cela passerait notamment par le fait de recevoir des enseignements de culture générale au sens large mais aussi de psychiatrie, ethnomédecine :

*E5 ligne 364 : « on devrait avoir, en même temps que des cours un peu de philosophie, des cours un petit peu bah de connaissances, on va dire des cultures principales, des choses importantes, les erreurs importantes à éviter mais presque un cours de culture générale »*

*E11 ligne 784 : « Dans les cours de psy, cela me semble extrêmement important. C'est de la culture générale. Enfin oui oui, qu'il y ait des cours d'ethnologie ou de psycho comparée, oui. Et puis, moi, vraiment je plaide pour des programmes de formation continue, tournant autour de ces modèles. »*

#### Aborder l'aspect transculturel de manière plus importante, plus précoce au cours du cursus et selon son lieu de formation ou de future activité :

Plus spécifiquement au niveau de la formation initiale des médecins, ils estiment que la thématique transculturelle devrait être abordée de façon plus importante au cours du cursus initial des médecins (cf. E7 ligne 355, E9 ligne 429).

Toutefois, il semblerait que les étudiants en médecine soient plus sensibilisés aux enjeux d'une bonne communication dans la relation médecin-patient qu'auparavant (cf. E2 ligne 358).

L'un des participants préconise une formation à la communication à stade précoce du cursus médical, dès l'externat, là où l'étudiant construit son identité et sa posture professionnelles (cf. E5 ligne 374). Certains émettent l'idée que l'enseignement à la communication transculturelle pourrait se faire de manière plus ciblée selon son lieu de formation ou d'exercice :

*E5 ligne 373 : « parce qu'effectivement, si t'es au fin fond de la Creuse et que t'as pas du tout de communauté, il n'y a pas besoin de faire ça. »*

*E7 ligne 349 : « il devrait être peut-être dans la mesure du possible hein, être un peu plus abordé quand on travaille dans des endroits comme la Seine Saint Denis, c'est vraiment un élément incontournable de la pratique hein. »*

*Cf.E10 ligne 518*

#### **Améliorer l'apprentissage de l'anglais médical au cours du cursus de formation des médecins :**

Les médecins estiment que l'apprentissage de l'anglais médical au cours du cursus n'est pas efficient. Une amélioration de celui-ci serait sans doute nécessaire :

*E3 ligne 311 : « c'est vrai que plutôt que faire de la LCA, ça serait bien de faire de l'anglais médical, genre vraiment des cours d'anglais médical... donc ça je trouve que vraiment il faudrait qu'on ait tous des cours sur ça et qu'on puisse bosser ça bien quoi. Ça serait essentiel. »*

*E9 ligne 434 : « à mon avis on devrait avoir un meilleur niveau en anglais, en tout cas sur le plan médical. Les LCA en anglais ça ne sert à rien. Par contre, on aurait pu avoir des cours où on nous apprenait comment on dit le nom des organes fin... Moi je pense qu'on a un niveau anglais qui est bidon et c'est dommage. »*

#### **Pouvoir choisir des enseignements optionnels concernant la communication au cours du cursus médical :**

Deux participants émettent l'idée de pouvoir choisir des enseignements optionnels durant le cursus de formation médical sur la communication, notamment de pouvoir apprendre la langue des signes française (cf. E3 ligne 319, E9 ligne 438).

**Difficultés à mettre en place un programme de formation sur la thématique transculturelle :**

Toutefois, il leur semble difficile de mettre en place un enseignement théorique sur la thématique transculturelle, étant donné son vaste champ d'action et la multitude de connaissances que cela nécessiterait :

*E3 ligne 341 : « pour la communication transculturelle, alors peut-être qu'il y a des trucs qu'on peut apprendre, mais j'ai l'impression que c'est tellement sur l'expérience aussi. Enfin, c'est difficile. Il y a tellement de cultures différentes et des religions différentes. Je ne vois pas comment on pourrait apprendre tout ça si ce n'est par, en allant à des endroits différents et en se faisant son propre avis quoi. Je ne vois pas trop sous forme de cours. »*

*E2 ligne 368 : « Parce qu'on ne saura jamais une culture, c'est tellement riche qu'on ne sera jamais spécialiste d'une culture. Sinon on se perd, alors on ne peut pas et faire de la médecine et faire de la sociologie ou de l'ethnologie. »*

➤ **Formation continue des médecins et amélioration de leur posture professionnelle :**

**Maintien des compétences communicationnelles transculturelles au cours de la formation continue :**

Plus spécifiquement concernant la formation continue des médecins, c'est-à-dire au-delà de l'obtention du diplôme, ils préconisent également le maintien de formations spécifiques, en lien aux problématiques communicationnelles transculturelles (cf. E8 ligne 411, E11 ligne 779).

**Amélioration et modification de la posture du médecin :**

Les médecins interrogés pensent que l'amélioration des capacités communicationnelles du médecin passent également par des ajustements qu'ils doivent être en mesure de réaliser. Cela passerait par le fait d'adapter une posture plus inclusive quant aux patients étrangers, en étant plus ouverts d'esprit, faisant preuve d'humilité, et en n'hésitant pas à questionner directement le patient quant à ses freins :

*E2 ligne 338 : « déjà l'ouverture d'esprit du médecin...Et surtout, même si on n'est pas au courant, ne pas hésiter à poser la question sur ce qui ne va pas... souvent ils répondent assez franchement finalement, et ça peut avoir une teneur justement soit sociale, soit culturelle. Et après là on peut essayer de voir est ce que nous, on a la solution ou lui demander est ce qu'il en a une de solution. Parce que des fois ils sont aussi assez bien renseignés finalement. »*

*E8 ligne 403 : « sur la formation initiale, je pense que ce qui est important à transmettre aux futurs médecins, c'est une posture de non-jugement, d'écoute et d'ouverture. Et je pense que c'est dans cette posture que vient s'intégrer l'accueil de la transculturalité... Mais je pense que*

*ça va au-delà en fait t'accueillir la transculturalité, c'est dans une posture de voilà de curiosité bienveillante et non jugeante. »*

Il s'agirait également d'améliorer sa qualité d'écoute, centrée sur le patient :

*E2 ligne 340 : « la 2eme chose, c'est l'écoute. Une vraie écoute active et pas juste une fausse écoute où on se dit « Ah mais sa culture elle me fait chier, j'ai pas envie de »... Si on veut trouver vraiment des leviers, parfois, on est obligé de toute façon d'abandonner certaines idées qu'on a nous, de la médecine et de s'adapter. Finalement, c'est aussi l'adaptation. »*

### **3.9.2 Démocratisation d'outils d'aide à la communication transculturelle**

Finalement, ils estiment que certains outils ou aides en cas de difficultés communicationnelles gagneraient à être mieux connus et utilisés.

#### **Démocratisation du recours à l'interprétariat formel et évolution des politiques de santé :**

Cela passerait par le fait de démocratiser le recours à l'interprétariat formel, en faisant évoluer les politiques de santé. Ces politiques de santé intégreraient le recours aux plateformes d'interprétariat à certaines conventions collectives, afin d'y faciliter leur accès :

*E8 ligne 431 : « Mais je pense qu'il y a quand même un truc très politique quand même. A porter par le Conseil de l'ordre aussi hein, par beaucoup d'institutions, par l'ARS évidemment. Faut imaginer tu vois que l'ARS, elle conventionne avec ISM et que tout patient, toute structure qui reçoivent de la thune de l'ARS, bah il soit conventionné à ISM et que ça soit un peu obligatoire et que ce soit même dans la Charte des MSP, des structures conventionnées par l'ARS. Et même la Sécu tu vois, je me dis pour pouvoir ouvrir un centre santé, bah tu devrais devoir être conventionné par ISM. »*

#### **Développement du travail pluri professionnel et de la profession de médiateur en santé :**

En développant le travail pluriprofessionnel et notamment le recours aux médiateurs en santé :

*E8 ligne 419 : « que la médiation santé soit portée, que l'exercice en équipe tu vois soit valorisé par les politiques de santé et qu'au lieu de favoriser, de se poser toujours la question que les patients puissent avoir accès à du soin non programmé par exemple, ben je pense qu'on ferait mieux de se poser la question de créer des équipes de soins primaires pluripro et un maillage territorial comme ça d'équipe pluripro avec médiation santé, psychologue, médecin. Donc ça, je pense que ça serait important pour soutenir la communication et l'accueil de la transculturalité. »*

#### **Démocratisation des outils de traduction en ligne :**

En démocratisant le recours aux outils de traduction en ligne (cf. E3 ligne 327).

# 1. Forces, faiblesses et biais de l'étude

## 1.1 Forces de l'étude

La communication transculturelle est un sujet d'actualité, ainsi qu'une problématique quotidienne pour tout médecin, particulièrement ceux exerçant en zones urbaines et denses comme l'Île-de-France. La zone d'exercice des praticiens ciblés semble pertinente et originale.

Le modèle médical actuel accorde une place égalitaire et participative au patient, en opposition au modèle paternaliste d'antan. De plus, l'information médicale étant désormais plus accessible, la place et le rôle du médecin évoluent. Le fait de posséder de bonnes capacités communicationnelles est indispensable pour tout praticien. Rappelons à cet effet, que la majorité des litiges entre médecins et patients trouvent leur origine dans un problème de communication : difficultés de compréhension ou interprétation erronée.

Le caractère interculturel des échanges dans le cadre de la consultation médicale peut représenter une complexité supplémentaire dans la communication et donc la relation médecin-patient. La problématique de la communication transculturelle en consultation de premier recours nous semblait dès lors pertinente à étudier.

L'ethnopsychiatrie notamment par l'intermédiaire de Tobie Nathan a beaucoup exploré l'aspect transculturel dans la relation de soins en psychiatrie en France. Toutefois, en médecine générale, il nous semble qu'il s'agisse de la première étude évaluant le ressenti, les stratégies de contournement employées ainsi que les perspectives d'amélioration des médecins généralistes franciliens de premier recours, en situation de communication transculturelle.

Concernant la méthodologie, nous avons réalisé une approche inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique (IPA), car il s'agissait de recueillir des expériences personnelles et singulières de praticiens. Toute autre approche aurait été une erreur réhivitoire.

Nous avons procédé à un échantillonnage raisonné de 11 médecins généralistes franciliens, constitué d'âges, d'expériences et de modes d'exercice variés. Bien que 90 % des médecins interrogés sont nés en France, près de 50 % de l'échantillon a des origines étrangères. Tous sont amenés à pratiquer l'anglais en consultation, et 40 % d'entre eux pratiquent une langue étrangère autre que le français ou l'anglais en consultation. Cette diversité des profils représente une réelle plus-value à notre échantillon. Il est également à noter que la pyramide des âges des médecins interviewés est concordante avec les chiffres du CNOM.

Un entretien test a été réalisé et intégré à l'analyse des données. De ce fait, la grille d'entretien a évolué et a été enrichie au cours de l'étude, au gré de lectures bibliographiques et des idées originales émergées des médecins interrogés. L'intégralité des entretiens ont été réalisés en présentiel et individuellement sans aucune entrave technique. Chaque interview était débutée en rappelant le contrat de confidentialité et anonymisation des données. De plus, le questionnaire n'était pas connu au préalable des médecins interviewés, ce qui garantissait une spontanéité dans leurs propos. De plus, cela a permis une parole non entravée par le jugement d'autrui, ainsi que la prise en compte d'éléments de communication non verbale dans l'analyse. Or la communication non verbale participe autant si ce n'est plus au processus de communication et d'échange. Aucune perte d'information n'est à déplorer.

Nous avons évalué la saturation des données après 11 entretiens d'une durée moyenne supérieure à 40 minutes, durée conséquente laissant supposer une exploration approfondie et suffisante. Afin de renforcer la scientificité de ce travail, nous avons réalisé une triangulation de l'analyse des données sur 30 % des entretiens, à l'aide d'un second chercheur médecin.

## **1.2 Limites de l'étude et biais**

### **Biais de recrutement et d'échantillonnage :**

Le recrutement des praticiens formant l'échantillon a été réalisé principalement par des recommandations de confrères médecins (recrutement boule de neige), soit en contactant des connaissances parmi mes amis, anciens co-internes, ou médecins encadrant au cours de

mon cursus d'internat. Ainsi, il paraît raisonnable de penser que les médecins ayant accepté d'être interviewés aient été particulièrement concernés ou intéressés par le sujet de l'altérité et la différence culturelle. Leur intérêt peut être lié au fait qu'ils soient eux même d'origine étrangère ou soient en couple avec quelqu'un qui le soit, soit qu'ils aient exercé ou vécu à l'étranger, soit qu'ils exercent dans des zones de « forte diversité ethnico-culturelle) et aient ainsi une forte proportion de patientèle d'origine étrangère (Guillou, Rennes).

Le recrutement de l'échantillon peut représenter un premier biais. Pour pallier cet écueil, nous avons pris le soin, même avec les médecins interviewés connus de l'investigateur, de maintenir une posture de chercheur, la plus objective possible, en respectant notre guide d'entretien et en posant les questions de la même manière à chacun des participants.

### **Biais d'investigation :**

Il s'agit de biais en lien avec l'investigateur de cette étude, qui ont pu influencer les résultats de l'étude.

En premier lieu, son inexpérience quant à la recherche qualitative a allongé la durée de cette étude. En effet, il lui a fallu suivre diverses formations facultaires propres à cette méthode, sur deux années consécutives, pour comprendre les bases liées à cette approche spécifique.

Cette longue période de recherche a vu la publication de travaux sur le sujet de la communication transculturelle en France, qui n'existaient pas au moment de l'élaboration initial de ce travail.

De plus, il n'est pas chose aisée de réaliser des entretiens pour un novice. Les premières entrevues ont pu manquer de fluidité et aisance. Cela a pu se manifester initialement par des praticiens qui ne semblaient pas bien comprendre la première question de l'interview, des interruptions de la parole de l'interviewé, voire une formulation ou tournure de certaines questions orientant la réponse de ce dernier.

Le risque d'un entretien trop directif est d'engendrer des réponses superficielles et moins riches, souvent calquées sur les à priori de l'investigateur ou le discours ambiant. L'écoute audio de chaque entretien au moment de leur retranscription a rapidement permis de corriger progressivement les défauts des premières interviews.

### **Biais de désirabilité :**

60 % des médecins interviewés étaient des connaissances ou anciens maîtres de stage rencontrés au cours du parcours de formation de l'investigateur de l'étude. Ce fait oriente inévitablement les réponses des médecins interviewés, qui cherchent à aller dans le sens de l'investigateur. Ce biais est d'autant plus envisageable que l'investigateur est racisé, d'origine africaine et de carnation noire. De ce fait, certaines réponses des praticiens interviewés ont pu être soumises à une forme « d'autocensure », ne voulant pas heurter la sensibilité de l'investigateur, ou ne voulant pas se montrer stigmatisantes. Il nous semble toutefois que la majorité d'entre eux aient fait preuve de spontanéité dans leurs réponses.

Malgré la triangulation des données, la méthode qualitative ne permet pas d'occulter la part subjective et donc partielle de l'investigateur, bien que tout soit mis en œuvre pour tenter de maintenir une posture de chercheur neutre. En effet, nous sommes le fruit d'un parcours et d'une éducation, qui oriente inévitablement nos choix ou point de vue, notamment dans la façon de mettre en avant nos résultats.

Finalement, nous notons que la problématique transculturelle en situation de communication médicale est un vaste sujet, difficile à circonscrire. Rappelons que dans notre entretien test, nous avons essayé de circonscrire le sujet à la gestion du diabète en lien avec la communication transculturelle. Ce fut un échec, car cet aspect « diabétique et communicationnel culturel » semblait d'une part trop restrictive et donc peu riche en information. D'autre part, le médecin ne mettait en avant que peu voire pas de barrière culturelle dans sa gestion des patients diabétiques. Nous avons dès lors décidé d'élargir le sujet sans restriction de domaine de pratique médicale ou de profil de patient.

Par ailleurs, la définition de la culture ne faisant pas consensus et étant propre à chacun, l'investigateur rencontrait initialement des difficultés à rester focalisé sur la question uniquement communicationnelle de l'interculturalité. Ce point fut rapidement corrigé par le directeur de thèse. Certains médecins avaient l'air un peu dépourvu face à cette question initiale, et nécessitaient d'être légèrement guidés ou inspirés concernant certains items. D'autres encore s'éloignaient de l'aspect purement communicationnel des problématiques transculturelles, et devaient être « recentrés sur le sujet » également. De ce fait, certains pans

d'interviews, bien que mineurs dans l'ensemble, ne sont pas exploitables pour notre étude car pas en lien direct avec la communication transculturelle.

## **2. Discussion des résultats**

Dans le cadre de sa pratique, le médecin généraliste mobilise des compétences relationnelles, qui reposent sur sa capacité à rencontrer une personne. Cette capacité repose essentiellement sur le dialogue, la communication mais également l'écoute, la gestion des émotions et l'exploration de la subjectivité de son patient, lorsque la situation clinique le nécessite. Or, la culture d'une personne lui donne un cadre de références pour lui permettre de comprendre et vivre « le fait d'être malade ». Dit autrement « la culture enseigne comment être malade ». Cette culture va reposer sur un système de valeurs basé sur ses origines, de croyances, d'expériences vécues, de compréhension et représentations, qui sont propres à chaque individu, médecins comme patients (30).

Le partage de croyances constitue la base de toute compréhension mutuelle entre deux personnes. Les croyances, le plus souvent présumées ou implicites, permettent à l'individu de donner un sens aux propos de son interlocuteur, à visée de partenariat. Il s'agit de tenter de comprendre l'autre (31). La probabilité d'avoir les mêmes croyances décroît lorsque les interlocuteurs n'appartiennent pas à la même profession, à la même culture ou à la même famille. Ces divergences compliquent la communication et nécessitent de la part du médecin, des compétences spécifiques, notamment en communication transculturelle (32).

### **Comparaison à la littérature :**

#### **2.1 Comparaison à l'étude de Polin.J (33) :**

La thèse de médecine de la faculté d'Amiens de Polin, menée en Picardie et intitulée « La communication au sein de la relation de soin interculturelle : quels impacts sur la pratique du médecin généraliste ? » a une conception et des résultats très proches de notre travail, à tel point qu'il n'existe que de mineurs divergences entre nous. Notre discussion portera

principalement sur la comparaison entre notre travail et cette étude, en les mettant en lien à la littérature.

#### *Définition de la culture :*

Il met en avant l'hétérogénéité et la difficulté à définir la notion de culture, qui est propre à chaque individu ou groupe sociaux, comme le corrobore la littérature (34).

La communication interculturelle est un nouveau champ de recherche où se constituent un langage, des théories et des méthodologies qui lui sont propres. Elle se définit comme la rencontre entre porteurs de cultures différentes (35).

#### *Conséquences des différences culturelles :*

Les médecins y reconnaissent également que les différences culturelles (religion, pays d'origine, croyances) ont un impact sur la santé des patients et peuvent représenter des freins à la prise en charge, notamment par difficulté de compréhension mutuelle. Il est indispensable pour les médecins de posséder les connaissances et aptitudes pour fournir des soins appropriés aux patients provenant de la diversité culturelle (36).

Ils pensent également que méconnaître ces différences culturelles, sans réduire le patient à sa seule appartenance culturelle, est délétère pour la prise en charge car source de mauvaise communication. Des efforts et une adaptation mutuelle des deux parties sont nécessaires, mais sans doute plus importants de la part du médecin du fait de son statut de soignant. Cela va dans le sens de la littérature (37, 38).

A l'instar de notre étude, l'un des praticiens exprime le fait que l'aspect transculturel n'a que peu ou pas d'impact sur la communication en soins primaires, en dehors de la barrière de la langue. Cette opinion est partagée par d'autres qui estiment qu'il n'est pas nécessaire de s'adapter à la diversité ethno-culturelle (39).

#### *La barrière linguistique : principale entrave à la communication transculturelle :*

La barrière de la langue représente le principal frein interculturel à la communication médecin-patient, suivie des divergences de référentiels culturels, à l'instar de la littérature (40, 41). Cette barrière linguistique a des conséquences sur la pratique du médecin, qu'ils estiment de ce fait plus superficielle et limitée, avec un relation médecin-patient de qualité moindre. Ils

redoutent l'erreur médicale par omission notamment. Ces consultations sont plus complexes, chronophages et donc contraignantes pour les médecins, sans rétribution supplémentaire pour autant. Elles peuvent se solder par une « rupture thérapeutique » par relation interrompue ou impossibilité totale de communiquer. La barrière de la langue place les médecins dans des dispositions non optimales voire délétères. Ils y ressentent des émotions plutôt négatives : appréhension, stress accru, incertitude, énervement, frustration, insatisfaction, impuissance, anxiété. Les médecins sortent de leur zone de confort, mettant à mal leurs automatismes. La littérature corrobore ces faits (42).

Ces problématiques s'amplifient en cas de pathologie psychique ou psychiatrique, et tout particulièrement en l'absence d'interprétariat. Il est difficile pour les médecins d'interpréter des symptômes exprimés dans d'autres « idiomes culturels », associés à une barrière de la langue (43). La psychiatrie reste le domaine où l'importance de l'échange verbal et la parole sont incontournables. La difficulté est majorée par le fait qu'ils ont du mal à adresser leurs patients dans ce contexte, notamment par réseau de « professionnels interculturels » insuffisant voire inexistant. Ils se sentent démunis voire impréparés à la rencontre avec de tels publics et situations cliniques (44,45).

Notamment par l'apport de Tobie Nathan, il s'est développé des dispositifs d'ethnopsychiatrie en France, à même de prendre en charge ces profils de patients, notamment en ayant recours à des consultations en groupe élargie, comprenant médecins, psychologues, médiateurs culturels, interprètes, anthropologues notamment. Cette approche nécessite toutefois de lourds moyens humains et financiers, difficiles à mettre en pratique hors hospitalière (46,47).

Malgré les difficultés et barrières culturelles rencontrées, la majorité des praticiens exprime une certaine satisfaction provenant de cette relation interculturelle. Dans notre étude, certains médecins parlaient même de fierté et d'accomplissement personnelle dans ce mission spécifique.

#### *Moyens de lutte contre la barrière de langue et leurs principales limites :*

Pour pallier ces difficultés de communication, divers moyens sont utilisés dans les deux études :

- En adaptant son langage verbal, en simplifiant son discours et ses explications, et en s'assurant de la bonne compréhension du patient

- En parlant une autre langue, l'anglais principalement
- En ayant recours aux outils d'aide à la communication comme Google traduction.

Notons qu'il s'agit du service de traduction généraliste le plus connu. Facile d'utilisation, il comporte plus de cent langues disponibles. Toutefois, il n'affiche pas un niveau de fiabilité égal pour toutes les langues, son algorithme favorisant les binômes de langues les plus fréquemment utilisés (48).

- En ayant recours à l'interprétariat formel ou informel

Notons qu'en pratique, les services d'interprétariat professionnel ou formel, bien que favorisés par les médecins, ne sont que peu utilisés, car considérés comme chronophages, difficiles à organiser, voire tout simplement non connus des médecins, comme en témoigne notre étude (43, 49). Notons par ailleurs que le référentiel de l'HAS concernant l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé date de près de dix ans, une éternité dans le monde médical (50).

- Recours au médiateur interculturel ou travailleur social apparenté :

La médiation en milieu médical est un ensemble d'aides mises en place afin d'assurer la communication entre des individus provenant de différents groupes ethniques, par l'intervention d'un tiers. Son rôle ne se cantonne pas uniquement à de la traduction linguistique. Il permet de décrypter et d'interpréter les univers culturels de chaque individu, de saisir le sens hors langue d'un discours et de le réexprimer dans une autre langue. Le médiateur interculturel est un passeur de culture, une interface entre ces différents acteurs. Leur action réduit également les coûts liés à la santé sur le long terme (51, 52, 53).

Un seul médecin de notre échantillon, qui exerce au sein d'une maison de santé, collabore avec des médiateurs interculturels. A titre personnel, je n'en ai croisé aucun tout au long de mon parcours.

- En s'appuyant sur le langage non verbal (dessins, schémas)
- En se formant spécifiquement sur cette thématique transculturelle

Les limites de ces différents moyens sont les suivantes :

- Principalement le manque de temps qui limite l'utilisation de ces moyens
- Un manque de connaissance et d'information concernant les moyens disponibles en médecine générale.

- Spécifiquement par l'utilisation de l'interprétariat formel ou informel : La rupture du secret médical, le manque de disponibilité du traducteur, le risque de transmission d'une mauvaise information, d'autant plus que les médecins expriment leur manque de confiance et fiabilité quant aux traducteurs et outils de traduction.

*Intérêt et limites d'une formation à la communication transculturelle exprimée par les médecins :*

La compétence culturelle comporte le fait d'être conscient de son propre bagage socio-culturel et de celui du patient, et d'utiliser des habiletés et stratégies qui se focalisent sur des interventions thérapeutiques culturellement appropriées (54). La compétence culturelle est un processus dynamique qui s'acquiert avec le temps, et qui résulte de l'interaction dynamique de cinq dimensions : le désir culturel, la sensibilisation culturelle, le savoir culturel, les habiletés culturelles et les rencontres culturelles (55).

Il ressort de la littérature qu'il est important d'enseigner les compétences culturelles aux professionnels de santé et ce dès leur formation universitaire. La compétence culturelle optimale, requiert également une formation continue active et promeut le meilleur niveau de soin culturellement conforme (56).

La majorité des médecins reconnaissent une carence de formation à la transculturalité dans le cursus de formation médical ainsi que dans leurs compétences transculturelles. Ce sentiment est corroboré par la littérature (57).

Ils admettent qu'une formation concernant la communication interculturelle leur serait nécessaire, notamment au vu de l'expansion des phénomènes migratoires et d'exils. Elle leur permettrait d'éviter certaines erreurs commises lors des consultations médicales et également de développer des compétences transculturelles.

Toutefois, ils mettent également en avant leurs interrogations et doutes quant à l'applicabilité d'une telle formation, car selon eux, le champ de l'interculturalité et la communication s'y rapportant, est trop vaste. Une formation sur ce domaine leur semble difficile à mettre en place.

Seuls points de divergences par rapport à notre travail, certains médecins émettent un doute sur l'utilité et l'impact d'une telle formation sur la pratique du médecin généraliste, arguant le fait qu'un médecin se sentant concerné par cette problématique, tentera de se

former par ses propres moyens. D'autres encore, à l'instar de notre étude, pensent que l'intérêt d'une telle formation dépend du type d'activité et surtout du lieu d'exercice du médecin. Si celui-ci n'exerce pas dans un lieu propice à l'interculturalité, et qu'il n'est pas confronté à cette problématique, cela n'a que peu de sens. Nous supposons que les médecins interrogés dans l'étude de Polin sont peut-être moins confrontés à l'interculturalité que les médecins franciliens, dont aucun signale ne pas avoir une importante diversité ethnico-culturelle dans sa patientèle.

Il est également à noter que contrairement à notre étude, la contrainte de devoir réaliser des consultations en langue anglaise ne ressort pas comme une entrave majeure. Nous supposons que les médecins Picards sont moins confrontés à des patients anglophones que ceux de la région parisienne.

## **2.2 Comparaison à l'étude de Leng.G (58) :**

L'objectif de cette thèse de la faculté de médecine de Lyon 1 était d'explorer le vécu du médecin face à un patient allophone, c'est-à-dire dont la langue maternelle est une langue étrangère. L'objectif secondaire était d'explorer les pratiques et les attentes des médecins dans cette situation.

A la différence de notre étude, les médecins parlaient tous au moins deux langues (français et anglais), dont un trilingue et un autre quadrilingue. Notons que la langue maternelle est reconnue comme étant nouée à l'affect.

De façon similaire à notre étude, les médecins face aux patients allophones, ressentaient de l'inconfort, de l'appréhension voire de la peur, ou encore un sentiment de travail incomplet et trop superficiel, à l'origine d'un sentiment de frustration ou insatisfaction personnelle.

Plus spécifiquement concernant le fait de consulter en anglais, le fait de peu maîtriser cette langue était vécu comme une source de culpabilité, voire de honte. Cela va dans le sens de notre étude. Les médecins reconnaissaient l'utilité de maîtriser au moins cette langue pivot, mais le manque de pratique et le manque de temps compliquait l'apprentissage et la maîtrise de cette langue.

Concernant la communication interculturelle, les médecins reconnaissaient avoir eu une formation à la faculté au mieux insuffisante, au pire nulle, reconnaissant qu'ils avaient appris à faire l'économie intellectuelle de cette dimension.

Les médecins ressentaient une montée d'injustice quant à la pénibilité du travail et la rémunération. Il décrivait un manque de reconnaissance sociale du réel de l'activité. Ils reconnaissaient également, à l'instar de notre étude, faire face à des difficultés dans l'orientation des patients, à cause de la barrière de la langue.

Les médecins plébiscitaient le recours à l'interprétariat et se disaient ouverts, volontaires et satisfaits pour établir une communication avec ces patients allophones, prenant conscience de l'accroissement de leurs compétences communicationnelles et transculturelles. Ils se disaient intéressés par une formation sur la communication interculturelle, dans l'optique de faciliter leur pratique. Ils avaient développé notamment leurs compétences en communication transculturelle, par des formations autodidactiques ou par un apprentissage encadré.

En pratique, ils surmontaient les obstacles à la communication par les mêmes moyens verbaux et non verbaux présentés dans notre étude, en ayant conscience que chacun d'entre eux présentait des limites propres (coût, disponibilité, rupture du secret professionnel etc...). Il est à noter que bien que peu utilisés, tous les médecins détenaient des livres de traduction.

### **2.3 Comparaison à l'étude de Vassart. C (59)**

Ce rapport datant de 2013 avait pour objectif d'améliorer les connaissances en matière de littérature, de pratiques et d'outils qui pourraient aider les médecins généralistes dans leur communication avec leurs patients d'origine, de langues et de convictions religieuses différentes. Bien que datant de 2013 et réalisée en Belgique, ce rapport mettait déjà l'accent sur le fait que la rencontre avec des patients d'origines, de langues et de convictions religieuses différentes était devenue presque quotidienne, pour de nombreux médecins généralistes dans le pays, à l'instar de notre étude.

Ce rapport très exhaustif présente de manière détaillée les différents outils existant en Belgique et à l'étranger, pour aider les médecins généralistes en situation transculturelle.

Il met notamment l'accent sur certains outils ou supports peu ou pas utilisés par les médecins de notre étude telles que :

- Les formations destinées à accentuer les compétences transculturelles des médecins face à leurs patients d'origines étrangères. Il est à noter qu'aucune formation française n'est listée.
- Les sites internet de références pour les professionnels de santé, destinés à diffuser largement les informations concernant la santé et les spécificités de prise en charge des patients d'origine étrangère ou ayant des références culturelles différentes. Là encore aucune référence française n'est mise en avant, contrairement à la Suisse ou aux Pays-Bas.
- Les outils de traduction tels que « traduced » , un site gratuit conçu par un médecin généraliste français et qui propose des traductions sonores, interrogatoire médical en français et des phrases d'explication de la prise en charge médicale dans 46 langues. Nous n'avons pas questionné les médecins de notre étude à ce sujet, mais il y a fort à parier qu'une majorité des médecins en ignorent l'existence.
- Les brochures d'information, utilisées avec parcimonie uniquement par un seul des onze médecins que nous avons interrogés.
- Le recours aux médiateurs interculturels en santé formés, qui semblait déjà bien plus développé à cette époque en Belgique et aux Pays-Bas qu'actuellement en France.

Notons également que certains médecins avaient appris une nouvelle langue ou étaient originaires de pays étrangers similaires à leurs patients, comme dans notre étude.

L'étude concluait qu'il était important de tenir compte de la différence culturelle d'un patient, mais ce de manière générique : c'est-à-dire qu'il était important de reconnaître le système de référence culturelle propre à chaque patient, mais qu'il ne fallait pas les aborder en fonction de leurs origines. Il s'agissait plutôt de développer une écoute et une vigilance par rapport à la réalité du patient, quel qu'il soit.

Pour finir, l'étude préconisait également le développement de la sensibilité culturelle des soignants par la formation ainsi que le développement du travail avec les interprètes professionnels et les médiateurs interculturels de santé, tout en se questionnant sur le financement de tels dispositifs. Ces choix devaient s'intégrer dans des choix politiques et

d'orientation de santé publique. Les médecins de notre étude ont formulé les mêmes pistes d'avenir.

## **2.4 Comparaison à l'étude de Belkacem.O (60)**

L'étude de Polin ainsi que la nôtre démontrent que les médecins sont dubitatifs quant à la plausibilité d'une amélioration significative des compétences culturelles par l'intermédiaire de formations théoriques. Pourtant, la littérature démontre que les soignants sont demandeurs d'outils permettant de développer leurs compétences culturelles (61). Accroître leurs compétences transculturelles faciliterait leur gestion de situations complexes voire délicates, où la culture de chacune des parties peut être une source d'incompréhension.

L'objectif de la thèse de médecine de la faculté de Tours de Belkacem était d'identifier les enseignements de compétences culturelles à destination des professionnels de santé évalués par des échelles validées, en procédant à une revue de la littérature. L'auteur avait une définition de la culture assez large, y incluant les minorités ethniques et sexuelles également. Les mesures d'apprentissage auprès des acteurs de santé étaient de trois types : format classique composé de cours et de groupes de discussion ; les voyages en immersion ; les cours en ligne.

Ce travail met en avant l'impact positif de l'enseignement des compétences culturelles envers les étudiants et professionnels de santé. Nous notons toutefois des limites dans cette étude, la première étant que dans les études incluses, les médecins généralistes étaient sous représentés. Elles concernaient principalement les étudiants en soins infirmiers, en pharmacie, en médecine dentaire et en médecine. De plus, aucune de ces études n'était française. De plus, peu d'entre elles étaient à haut niveau de preuve, type essai contrôlé randomisé. Et finalement, certes l'impact positif sur l'enseignement est constaté, mais ces améliorations n'étaient pas constatées avec des outils objectifs et donc reproductibles, mais plutôt avec des échelles d'autoévaluation.

## **2.5 Comparaison à l'étude de Guillou.AY (62)**

L'objectif de cette enquête était d'évaluer l'accès aux soins ainsi que les freins éventuels à la prise en charge des migrants du côté des médecins généralistes dans la région rennaise.

Cette étude permet d'objectiver les préjugés et représentations que les médecins se font de leurs patients d'origine étrangère, qu'ils ont tendance à catégoriser. Ils peuvent avoir des représentations qui reflètent celles de l'opinion publique, à savoir associer immigration et problèmes des banlieues, d'intégration voire d'assistanat.

Ils se forgent également des représentations culturellement construites liées aux origines ethniques de leurs patients, bien qu'ils ne leur demandent pas de précisions à ce sujet, par souci de discrétion, considérant qu'en médecine générale, il convient de traiter avant tout un malade sans distinction. Certains pensent également qu'une partie des patients à tendance dramatiser et exagérer de manière théâtrale leurs symptômes, notamment la douleur ou la fièvre (« syndrome méditerranéen »). Ces représentations délétères ont notamment été à l'origine de drames ces dernières années, allant à l'encontre du principe d'humanité (63).

Ils présentent également des représentations quant à certaines pratiques religieuses : repli communautaire, pratiques religieuses considérées comme strictes (pratique du Ramadan, port du voile). D'ailleurs, tous les médecins de l'étude rennaise disent éprouver « un certain malaise à l'égard de ce foulard », pouvant tantôt gêner la consultation ou l'examen médical, tantôt représenter un symbole supposé de la domination des femmes qui le portent. Notons que l'une des participantes de notre étude se dit moins à l'aise face à une patiente portant un foulard ou gantée, considérant ces vêtements comme une barrière littérale, gênant la relation médecin-patient.

Les médecins de notre étude présentent exactement le même type de raisonnement quant au fait de questionner sur les origines ethniques ou l'appartenance religieuse, certains par pudeur, d'autres préférant s'inscrire dans une posture neutre et laïque. L'expression des symptômes peut varier selon les origines culturelles. Les médecins en ont conscience, bien qu'ils puissent quelquefois se trouver démunis dans le décodage des plaintes parfois atypiques à la limite du psychotique, de certains de leurs patients étrangers.

50 % des médecins interrogés dans l'étude rennaise considèrent l'absence ou la mauvaise connaissance du français par les patients comme un problème majeur au point que plusieurs parlent de médecine apparentée à une "médecine vétérinaire" dans le cas où le dialogue est impossible. L'autre moitié estime au contraire, que les cas où la communication est impossible sont rares et secondaires, contournables par d'autres techniques, comme dans notre étude.

Par ailleurs, la aussi les médecins expriment des difficultés dans la prise en charge et la communication en cas de troubles psychologiques ou psychosomatiques, face auxquels ils se sentent démunis à tous niveaux. Nous avons réalisé les mêmes constatations dans notre étude.

Pour finir, certains médecins de l'étude rennaise souhaitaient disposer de nouveaux cours ou formations théoriques en anthropologie, jugeant les anciennes inadaptées ou désuètes (formation dispensée par des non professionnels, bibliographie indigeste, approche dite "systémique" très réductrice).

En aparté, une polémique était née en 2020, concernant la demande et la diffusion sur un réseau social, d'une liste de soignants de race noire. La ligue internationale contre le racisme et l'antisémitisme (LICRA) ainsi les conseils de l'Ordre des médecins (CNOM) et infirmiers (CNOI) avaient condamné avec la plus grande fermeté, la mise en ligne d'annuaires de professions de santé communautaires, évoquant même « une folie identitaire » (64).

Dans notre étude, nous avons sollicité les médecins sur leur ressenti face à l'établissement de telles listes. La majorité ne s'y opposaient pas, arguant que si de telles listes à l'initiative des patients étaient faites, cela l'était potentiellement en réponse à certains positionnements ou remarques désobligeantes voire racistes de certains médecins. Ils précisaient dans tous les cas, que figurer sur ces listes de leur plein gré leur semblerait aller contre les principes déontologiques de base. Notons que l'une des participantes s'opposait fermement à ce genre de liste, estimant qu'il puisse s'agir d'une forme « de racisme inversé » envers les médecins « caucasiens » et allant à l'encontre des valeurs républicaines.

## **2.6 Comparaison à l'étude de Carnet.A (65)**

Il ressort de notre travail, que la quasi-totalité des médecins éprouvent des difficultés majeures dans le fait de consulter en anglais, les renvoyant à une image très négative d'eux même, parfois même de profonde autodépréciation. Or même au sein de la langue française, se développe une « anglicisation » croissante, qui participe à l'universalisation de la langue médicale (66).

La thèse en didactique de l'anglais de spécialité de l'Université de Lorraine de Carnet a pour objectif de mesurer l'impact de l'utilisation de séries télévisées sur l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale.

L'enseignement d'une langue vivante est imposé par les textes régissant les études médicales en France, bien qu'aucune ligne directrice ne soit donnée. L'anglais est considéré comme la « lingua franca », c'est-à-dire lorsque celle-ci développe un rôle fondamental qui lui est reconnu dans chaque pays. Les étudiants de médecine en France ont besoin de cours d'anglais pendant leurs études, notamment pour leurs épreuves de lecture critique d'articles, qui se déroule en anglais. De plus, ils sont plus fréquemment confrontés à des patients étrangers, et la langue anglaise reste la langue de prédilection pour communiquer dans ces situations. Finalement, l'anglais est la langue dominante dans les publications scientifiques, influencées par le monde anglosaxon (The Lancet pour la Grande Bretagne ou The New England Journal of Medicine pour les États-Unis).

Il existe une importante disparité selon les facultés de médecine françaises, quant au nombre d'heures d'enseignements ainsi que les modalités, alloués à l'apprentissage de l'anglais. L'étude démontre que les étudiants en médecine peuvent progresser dans leur apprentissage de l'anglais, et ce avec différents supports d'enseignement.

### 3. Perspectives

Notre étude objective la place centrale de la culture dans la communication médecin-patient, à plus forte raison que les échanges transculturels sont croissants. Les médecins mettent en place un certain nombre d'outils et actions pour surmonter ces obstacles culturels. Toutefois, il ne s'agit pas de tomber dans les pièges de la « culturalisation » et les stéréotypes. Il est important pour les soignants de développer leurs compétences transculturelles, au premier rang desquels figure les capacités communicationnelles (67).

Les médecins, conscients de leurs lacunes, estiment qu'il leur est nécessaire d'accroître leurs compétences transculturelles. Ils sont demandeurs de formations allant dans ce sens. Reste toutefois à définir les modalités et le contenu d'une telle formation spécifiquement destinée aux médecins généralistes français, pour l'heure inexistante. En 2024, une formation universitaire interdisciplinaire en anthropologie médicale et de la santé en Belgique a représenté une avancée pour la médecine générale. Elle a été conçue afin de sensibiliser et apporter des outils aux professionnels de la santé quant aux enjeux de la diversité croissante dans les soins. Elle visait à leur apporter une approche plus holistique et inclusive des soins de

santé, dans le but d'améliorer la qualité des soins et leur adaptation aux besoins diversifiés des patients (68). Nous déplorons un certain immobilisme en France quant aux questions ayant trait à la santé des personnes étrangères ou de cultures autres, certains pays frontaliers ayant visiblement pris la mesure du problème il y a déjà plus d'une décennie.

Le rapport de la cour des comptes concernant le financement de la sécurité sociale paru en mai 2025, expose une situation financière à venir alarmante, avec une dette sociale croissante, et ne laissant que peu de place à un certain optimisme quant aux mesures de santé à destination des patients de cultures (69).

Pour revenir à notre étude, il serait sans doute intéressant de réaliser une telle étude en miroir, en recueillant l'avis des patients franciliens, quant à leurs ressentis, vécus et stratégies de contournement des obstacles en communication transculturelle.

Pour conclure, nous voyons ces dernières années l'émergence effervescente de l'intelligence artificielle (IA) dans le domaine de la santé. L'IA est considérée actuellement comme un levier majeur pour transformer les pratiques médicales. Elle est au cœur de la médecine du futur, permettant d'améliorer les diagnostics, assister certains actes chirurgicaux par robotique par exemple ou d'automatiser certaines tâches administratives. Elle s'inscrit dans des projets d'investissement de l'Etat et de l'ARS jusqu'à l'horizon 2030. De nombreuses questions éthiques, de sécurisation des données et de régulation sont pour l'instant à l'étude. De même, certaines limites de l'IA rendent pour l'heure la présence d'un médecin obligatoire : il s'agirait plus d'aider le médecin plutôt que de le remplacer (70,71).

L'IA a transformé les habitudes linguistiques et culturelles en matière de traduction, laissant même envisager l'effacement total des barrières linguistiques. Elle a réduit les coûts et franchi des barrières linguistiques et culturelles jusqu'à présent considérées comme insurmontables. Elle présente toutefois des lacunes dans la compréhension de certains textes à traduire et ne permet pas de saisir les subtilités et nuances culturelles. L'intelligence humaine demeure irremplaçable à ce titre. Toutefois, il est légitime de se questionner sur la place des traducteurs et interprètes, en tant qu'aide en cas de barrière linguistiques et ou culturelle au sens large. Il sera intéressant d'étudier les impacts de la communication transculturelle, à la lumière des avancées que permettront les outils de communication, gérées par l'IA (72).

## CONCLUSION

---

Notre étude visait à :

- recueillir le vécu et ressentis des médecins généralistes franciliens en situation de communication transculturelle
- évaluer les moyens et techniques mises en œuvre pour surmonter les barrières communicationnelles
- recueillir leur avis quant aux moyens jugés nécessaires pour améliorer la communication médecin-patient.

Nous avons mené une étude qualitative inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique, à partir de onze entretiens individuels semi-dirigés.

Les résultats de l'étude s'articulent autour de 3 axes : leurs ressentis en situation de communication transculturelle, les moyens et stratégies de contournement aux obstacles rencontrés et finalement les moyens d'amélioration des médecins en communication transculturelle.

### Leurs ressentis :

Ils accordent une place importante à la culture de leurs patients dans la relation de soins partagée. Leur manière de communiquer varie selon plusieurs facteurs tels que l'âge, le genre, le niveau de littératie en santé qu'ils présupposent d'eux. Ils reconnaissent aussi porter parfois à tort des préjugés envers leurs patients. Notons par ailleurs qu'ils font preuve d'une extrême pudeur voire autocensure quant au questionnement des origines ethniques ou appartenance religieuse des patients, estimant ces questions comme potentiellement stigmatisantes.

Deux domaines du soin sont considérés comme ayant un fort impact transculturel : les troubles psychiques et la sexualité/sphère intime. Deux catégories de patients « à la frontière du transculturel » ont émergé : ceux d'une autre génération que celle du médecin, ainsi que ceux porteurs d'un handicap neurosensoriel à type sourd et/ou muet.

Tous sont confrontés à des obstacles transculturels à la communication, principalement la barrière linguistique, considérée comme le seul véritable frein.

Ces consultations transculturelles engendrent des contraintes spécifiques : aspect chronophage majoré, superficialité et perte qualitative de la consultation médicale et finalement crainte de commettre une erreur médicale par omission d'une information majeure.

Malgré tout, ils trouvent gratifiant le fait de consulter et pouvoir aider les patients dans ce contexte transculturel, malgré les efforts supplémentaires consentis.

#### *Les moyens et stratégies de contournements aux obstacles culturelles à la communication :*

Ils prônent tout d'abord une adaptation et remise en question de leurs postures personnelle et professionnelle, se voulant plus inclusives avec une capacité d'écoute majorée ainsi que l'adoption de mesures empathiques. Ils adaptent leur communication non verbale.

Quant aux problématiques linguistiques, ils réalisent la consultation en langue étrangère : anglais ou autres. Nous notons des difficultés et un inconfort majeur dans le fait de consulter en anglais. Ils ont facilement recours à l'interprétariat informel par l'un des proches du patient et à l'utilisation d'outils de traduction en ligne.

Plus rarement, ils sollicitent un médiateur culturel en santé, un traducteur professionnel, ou l'utilisation de brochures.

Ils ont conscience des limites de ces moyens : rupture du secret médical, fiabilité insuffisante, indisponibilité et finalement coût et logistique de mise en œuvre lourdes.

#### *Les pistes d'amélioration des compétences en communication transculturelle :*

L'acquisition de compétences transculturelles communicationnelles passent par une amélioration de la formation initiale et continue des médecins : enseignements de communication, culture générale et transculturel pendant et tôt dans le cursus, amélioration de l'apprentissage de l'anglais médical, choix d'enseignements optionnels à la communication et acquisition/maintien de ces compétences au-delà de l'obtention du diplôme.

S'inscrire dans une posture plus inclusive, humaine et bienveillante leur semble être une option supplémentaire. Finalement, ils plébiscitent la démocratisation et le développement du recours à l'interprétariat formel, aux médiateurs de santé et aux outils de traduction en ligne, en lien avec de nouvelles politiques de santé allant en ce sens.

Il serait intéressant d'évaluer les ressentis et vécus des patients franciliens en situation de communication transculturelle en médecine générale.

De même, nous assistons au développement de l'intelligence artificielle et ses applications dans le champ de la santé, de la communication et de la traduction. Certains estiment que les barrières linguistiques sont amenées à disparaître par l'intermédiaire de ces nouvelles technologies. Quels seront les impacts sur la pratique des futurs médecins généralistes ?

La culture est une notion difficile à définir. Propre à chaque individu, médecins comme patients, elle se nourrit des croyances, héritages familiaux, expériences, rencontres, voyages, apprentissages de chacun. Finalement, ne pourrait-on pas considérer que toute consultation médicale, tout rapport d'un médecin à un patient et inversement, que ce dernier provienne de l'étranger ou qu'il ait grandi à proximité du médecin, s'inscrive dans un processus transculturel par définition ?

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Les permanences d'accès aux soins de santé-PASS [Internet] [cité 14 janv 2025 ] ; Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/l-acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite-11421/article/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass-432636>
2. Kroeber AL, Kluckhohn C. Culture: a critical review of concepts and definitions. Papers Peabody Museum of Archaeology & Ethnology, Harvard University. 1952;47(1):viii, 223-viii, 223.
3. Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico City, 26 juillet - 6 août 1982. Internet, cité le 16 janv 2025 ; Disponible sur : <https://www.bak.admin.ch/bak/fr/home/themes/definition-de-la-culture-par-l-unesco.html>
4. Tison.B, Soins et cultures : formations des soignants à l'approche interculturelle. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2009, p 247.
5. Hayer, D. (2012). La culture : des questions essentielles. Humanisme, 296(2), 85-88. <https://doi.org/10.3917/huma.296.0085>
6. Forestal, C. (2008). L'approche transculturelle en didactique des langues-cultures : une démarche discutable ou qui mérite d'être discutée ? Éla. Études de linguistique appliquée, 152(4), 393-410. <https://doi.org/10.3917/ela.152.0393>.)
7. Cohen-Emerique.M, L'approche interculturelle dans le processus d'aide. Santé mentale au Québec, 1993, XVIII, 1, 71-92
8. Verbunt G. Manuel d'initiation à l'interculturel. Chronique sociale; 2011.
9. INSEE, Immigré, 19/04/2023 [Internet] [cité 14 janv 2025 ] ; Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>, cité le
10. INSEE, L'essentiel sur les immigrés et les étrangers, chiffres clés, 29/08/2024 [Internet] [cité 14 janv 2025 ] ; Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
11. Hampton, J. R., M. J. G. Harrison, J. R. A. Mitchell, J. S. Prichard, and Carol Seymour. "Relative Contributions Of History-Taking, Physical Examination, And Laboratory

- Investigation To Diagnosis And Management Of Medical Outpatients." *The British Medical Journal* 2, no. 5969 (1975): 486–89. <http://www.istor.org/stable/20473216>.
12. Peterson MC, Holbrook JH, Von Hales D, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med.* 1992 Feb;156(2):163-5. PMID: 1536065; PMCID: PMC1003190
  13. Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A. *Meetings Between Experts: An Approach to Sharing Ideas in Medical Consultations.* London: Routledge, 1985
  14. Croker JE, Swancutt DR, Roberts MJ, Abel GA, Roland M, Campbell JL. Factors affecting patients' trust and confidence in GPs: evidence from the English national GP patient survey. *BMJ Open.* 2013 May 28;3(5):e002762. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002762. PMID: 23793686; PMCID: PMC3657663
  15. CNGE, Saint-Lary.O, Imbert. P, Perdrix.C, Médecine générale pour le praticien, Elsevier Masson, 11/2022)., Gilles de La Londe.J, Rousseau.R, Communication en santé, Chapitre 7
  16. (Alla, F. (2016). 3. Les déterminants de la santé. Dans F. Bourdillon, G. Brücker et D. Tabuteau *Traité de santé publique* (p. 15-18). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0040>.)
  17. [Mikkonen, J. et D. Raphael \(2011\) Déterminants sociaux de la santé. Les réalités canadiennes, Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York](#)
  18. (Santé publique France, Inégalités sociales et territoriales de santé, 10 décembre 2024, (internet) cité le 12 avril 2025, disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante/les-enjeux-de-sante/>)
  19. INPES, Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? 16.dec.2012
  20. Lang.T, Ulric.V, Les inégalités sociales de santé, Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016
  21. Iñaki Blanco-Cazeaux. Quatre essais sur les déterminants des inégalités d'accès aux soins en France. Santé publique et épidémiologie. Université de Bordeaux, 2023. Français.
  22. Chareyron S, L'Horty Y, Petit P. Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales. 202, hal-02441086

23. Vassart.C Améliorer le dialogue entre médecins généralistes et patients d'origine étrangère Aperçu des outils existants. Édition de la Fondation Roi Baudouin, 2013
24. INSEE, Tableaux de l'économie française, Edition 2018, (internet), cité le 14 avril 2025, disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303305?sommaire=3353488>)
25. Lebeau.JP, Aubin-Auger.I, Cadwallar.JS, Gilles de la Londe.J, Lustman.M, Mercier.A, Peltier.A. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le Guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global média santé, 15/02/2021
26. Seine-Saint-Denis, France-Cité interculturelle. Conseil De L'Europe. 2023. (Internet), cité le 12 janvier 2025 disponible sur : <https://www.coe.int/fr/web/interculturalcities/seine-saint-denis>
27. [Conseil National de l'Ordre des Médecins \(CNOM\). Atlas de la démographie médicale en France. 2023.](#) (Internet). cité le 15 février 2025, disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_presentation\\_atlas\\_2023.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_presentation_atlas_2023.pdf)
28. Picard Dominique. De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles. In: *Communication et langages*, n°93, 3ème trimestre 1992. pp. 69-83.
29. Van den Broucke S. Health literacy : a critical concept for public health. *Archives of Public Health*, 2014, vol. 72, no 1 : p. 1
30. Chams.C, Guélat.Q, Problématique de la culture en médecine de famille, une approche centrée sur le patient. Université de Lausanne. Mémoire de Maitrise en médecine. 2013.
31. Beebe.SA, Beebe SJ.Redmond.MV. *Interpersonal communication : relating to others.* Allyn and Bacon. 1996. ISBN-10 : 0134893603
32. Kirmayer LJ. Cultural competence and evidence-based practice in mental health: epistemic communities and the politics of pluralism. *Soc Sci Med.* 2012 Jul;75(2):249-56. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.018. Epub 2012 Apr 23. PMID: 22575699
33. Polin. J. La communication au sein de la relation de soin interculturelle : quels impacts sur la pratique du médecin généraliste ? Thèse de médecine. 2023)
34. Coutu Wakulczyk G. Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers* 2003 ;72 :34-47

35. Stoiciu.G. L'émergence du domaine d'étude de la communication interculturelle. Université du Québec à Montreal. *Hermes* 51, 2008
36. Durand C, Abel C, Silva M, Desilets A. An elective course in cultural competence. *Currents Pharm Teach Learn*. 2012;4(2):102-108. doi:10.1016/j.cptl.2012.01.002
37. Marmot M, Wilkinson RG. Les déterminants sociaux de la santé : les faits, 2<sup>e</sup> édition. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe ; 2004, p 40
38. Leininger.M. Transcultural Nursing Theory. *Nurseslabs*. Published September 10, 2019. Accessed September 2, 2021. <https://nurseslabs.com/madeleine-leininger-transcultural-nursing-theory>)
39. Dauvrin M, Lorant V. Adaptation of health care for migrants: whose responsibility? *BMC Health Serv Res*. 2014;14:294. doi:10.1186/1472-6963-14-294
40. Fostier P. Les patients de culture différente. In : La communication professionnelle en santé. Richard C et Lussier MT, 2<sup>e</sup> édition. Montréal (Québec) : Renouveau pédagogique, ERPI ; 2016, p 828
41. Bischoff.A, Loutan.L, Stalder.H. Barrières linguistiques et communication dans une polyclinique de médecine. Hôpitaux Universitaires de Genève, Département de Médecine Communautaire. *Bulletin Suisse de linguistique appliquée*. No 74, 2001, 193-207. ISSN 1023-2044
42. Al Shamsi, H, Almutairi A. G, Al Mashrafi S. et Al Kalban.T., Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review », *Oman medical journal*, 2020, vol. 35, n° 2, pp. 1-7.
43. Muela Ribera.J et al. Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ? *Coordination Fédérale de la traduction et de l'Interprétariat Social*. Mars 2008.
44. Lerigoleur M, Urena-Dores A, Gérard B, Jaume C, Minet M, Million É, Clary B, Oude Engberink A, Lognos Folco B. Obstacles et perspectives pratiques de la consultation en médecine générale du migrant porteur de troubles psychologiques. Étude qualitative auprès de médecins généralistes français. *Can J Psychiatry*. 2024 Mar;69(3):207-216. French. doi: 10.1177/07067437231200842. Epub 2023 Sep 24. PMID: 37743560; PMCID: PMC10874601.
45. Molina.E. Communication interculturelle en psychiatrie : enjeux linguistiques. *Revue Tranel (Travaux neuchâtelois de linguistique)* 36, 101-112, 2002

46. Nathan. T. La Folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. 2eme édition. Dunod Poche. 2024
47. Charles. R. Clinique transculturelle en médecine générale : à propos d'une attaque de sorcellerie. Médecine. Novembre 2021.p 413-417. DOI: 10.1684/med.2021.700
48. V. Piccoli, V. Traverso et N. Chambon L'interprétariat en santé : Pratiques et enjeux d'une communication triadique (p. 241-254). Presses de Rhizome. 2023 <https://doi.org/10.3917/chlv.picco.2023.01.0241>
49. HUDELSON, P. et VILPERT, S., « Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices », BMC health services research, 2009, vol. 9, n° 1, pp. 1-9.
50. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. HAS/ Service évaluation économique et santé publique / Octobre 2017
51. Cohen-Emerique et Fayman.S. Médiateurs interculturels, passerelles d'identités , Connexions, 2005, vol. 83, n° 1, pp. 171.)
52. Lachal, J., Escaich, M., Bouznah, S., Rousselle, C., De Lonlay, P., Canouï, P., Moro, M.-R. et Durand-Zaleski, I. (2020). La consultation de médiation transculturelle dans un hôpital pédiatrique en France Étude qualitative et quantitative de l'expérience des participants et impacts sur les coûts hospitaliers. L'autre, 21(2), 188-203. <https://doi.org/10.3917/lautr.062.0188>.
53. Es-Safi, L. (2001). La médiation culturelle dans les hôpitaux ou comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant. Pensée plurielle, no 3(1), 27-34. <https://doi.org/10.3917/pp.003.0027>.
54. Flaskerud JH. Cultural competence : what is it ? null. 2007;28(1):121-123. doi:10.1080/01612840600998154
55. (Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model J Transcult doi:10.1177/10459602013003003
56. Jeffreys MR, Dogan E. Evaluating the influence of cultural competence education on students' transcultural self-efficacy perceptions. J Transcult Nurs. 2012 Apr;23(2):188-97. doi: 10.1177/1043659611423836. Epub 2011 Nov 3. PMID: 22052092.

57. Althaus.F, Hudelson.P, Domenig. D, Green.AR, Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale : quels besoins, quels outils, quel impact ? February 2010. [Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum](#) 10(05):79-83. DOI:[10.4414/fms.2010.07077](#)
58. Leng.G, Expérience vécue des médecins et propositions de prise en charge face au patient allophone. Étude qualitative. Thèse d'exercice en Médecine. Lyon 2017
59. C. VASSART. Améliorer le dialogue entre médecins généralistes et patients d'origine étrangère Aperçu des outils existants. Édition de la Fondation Roi Baudouin, 2013
60. Belkacem.O, Quels sont les enseignements de compétences culturelles destinées aux professionnels de santé et évalués par des échelles validées : Revue systématique de la littérature, Thèse de médecine, 2021
61. Abrishami D. The Need for Cultural Competency in Health Care. *Radiol Technol.* 2018;89(5):441-448
62. Guillou AY. Patients immigrés dans la région rennaise. Le regard des médecins généralistes. *Odris.* Mars 2007
63. internet, cité le 26/05/2025, disponible sur [https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/07/04/mort-de-naomi-musenga-l-operatrice-du-samu-condamnee-a-12-mois-de-prison-avec-sursis\\_6246760\\_3225.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/07/04/mort-de-naomi-musenga-l-operatrice-du-samu-condamnee-a-12-mois-de-prison-avec-sursis_6246760_3225.html)
64. Sangouard A. Des soignants noirs pour des patients noirs ? L'initiative « Globule Noir » divise le milieu médical. En ligne, Paris : Le Huffpost, 12 aout 2020, consulté le 3 février 2025, disponible sur [https://www.huffingtonpost.fr/entry/globule-noir-debat\\_fr\\_5f33a83b64cc99fe02f1d](https://www.huffingtonpost.fr/entry/globule-noir-debat_fr_5f33a83b64cc99fe02f1d)
65. Carnet.A. L'utilisation de séries télévisées pour l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale. Thèse pour l'obtention du titre de Docteur de l'Université de Lorraine. Mention : Langues, Littérature et Civilisations. 30 novembre 2020
66. Faure.P, Des discours de la médecine multiples et variés à la langue médicale unique et universelle, *ASp* [internet], 58 | 2010, mis en ligne le 30 novembre 2013, consulté le 10 mai 2025. URL : <http://journals.openedition.org/asp/1826> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/asp.1826>

67. Maccioni, J. (2016). Enjeux de formation à la démarche interculturelle : exemple du milieu des soins. *Les Politiques Sociales*, 3-4(2), 65-75.  
<https://doi.org/10.3917/lps.163.0065>
68. Bonneels.P, Minguet.C. Anthropologie médicale et de la santé. *Louvain Med* 2024 ; 143 (07) : 449-452
69. Cour des Comptes. Finances et Comptes Publics. La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. 26 Mai 2025. (internet) cité le 26 mai 2025, consultable sur [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-05/20250526-RALFSS-2025\\_0.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-05/20250526-RALFSS-2025_0.pdf)
70. (internet) cité le 25 mai 2025, disponible sur <https://www.inserm.fr/dossier/intelligence-artificielle-et-sante/>
71. Sutherland.E, Keelara.R. L'IA dans le domaine de la santé : un immense potentiel, d'énormes risques. OCDE 2024
72. Hadad.F, San Juan.MC, Hamdi.M. Intelligence artificielle : Enjeux et risques pour la traduction. *ALTRALANG Journal*. e-ISSN: 2710-8619 p-ISSN: 2710-7922. Volume 6 Issue 1 / June 2024 pp. 197-207

## ANNEXES

---

### **Guide d'entretien version finale :**

Le thème général est la communication transculturelle. Je m'intéresse au point de vue du médecin et ses ressentis quant à la communication transculturelle en consultation de médecine générale.

#### **1. Que vous évoque ce sujet ou comment le comprenez-vous ?**

*La communication transculturelle, c'est la rencontre entre deux cultures, une relation entre deux individus qui ont intériorisé dans leur subjectivité une culture, unique à chaque fois, en fonction de leur âge, sexe, statut social et trajectoire personnelle (...) L'interculturel implique ainsi de reconnaître qu'il y a deux acteurs en présence et non un seul, le migrant, l'étranger. , ce que l'autre me renvoie de ce que je suis, jouant le rôle de miroir de ma propre identité*

*Concerne les transitions entre cultures différentes », Qui est relatif à la transculturation, à l'influence des groupes humains les uns sur les autres et aux contacts entre différentes cultures*

#### **2. Questionnez-vous vos patients sur leur appartenance à une confession ethnique, culturelle ou religieuse ?**

- Si oui : systématiquement ou dans des circonstances spécifiques ?
- Estimez-vous que cela puisse être mal vécu ou ressenti comme stigmatisant par les patients ?
- D'autres caractéristiques du patient vous semblent-elles importantes au point de vue de la communication ?

*âge, sexe, profession, lieu d'habitation.*

#### **3. Évaluez-vous les connaissances ou habilités en santé de vos patients ? (« Littératie en santé »)**

- Repérez-vous facilement parmi vos patients, ceux à faible ou haut niveau de littératie en santé ?

*Définition : capacité globale qu'aurait une personne à s'adapter et à faire preuve d'autonomie dans l'ensemble des contextes où il est question de santé, capacité à suivre un traitement, à communiquer*

*avec le médecin ou décrire ses symptômes, à comprendre des données chiffrées => en résumé : à comprendre et utiliser correctement le système de santé*

**4. Dans votre pratique, rencontrez-vous des difficultés ou des obstacles à la communication liées à des différences culturelles ?**

*Par obstacle à la communication, j'entends par exemple : la barrière linguistique, religieuse, le recours à la médecine traditionnelle (guérisseurs, utilisation de plantes médicinales) ou d'autres ?*

- Si oui, quels types de difficultés rencontrez-vous ?
- Rencontrez-vous plus de difficultés communicationnelles avec certaines cultures ou groupes ethniques dans vos suivis ?

**5. Quels moyens mettez-vous en œuvre pour surmonter ces difficultés ou obstacles à la communication liées à des différences culturelles ?**

*Recours à un interprète formel ou informel : soit un proche, soit un interprète professionnel ? Utilisation de brochures ?*

**6. Sur un aspect purement linguistique :**

- a. Menez-vous des consultations dans d'autres langues que le français ? Si oui : lesquelles ?
  - Trouvez-vous cet exercice difficile ?
  - Quels sentiments ou émotions positifs ou négatifs, cela suscite-il chez vous ? Quel en est votre ressenti ?
- b. Avec les patients qui rencontrent des difficultés avec le français, comment adaptez-vous votre discours ?

**7. Constatez-vous des différences en matière de communication non verbale selon les différentes cultures de vos patients ?**

*Au niveau de la communication non verbale : la communication verbale utilise des mots, à contrario de la communication non verbale : distance interpersonnelle/proxémique, expression du visage, le contact visuel, le toucher, le ton de la voix, la posture, la gestuelle et l'apparence physique*

**8. Est-ce qu'il y a des domaines du soins ou le transculturel vous semble être un facteur majeur et si oui, lesquels ?**

**9. Que pensez-vous du fait de réorienter le patient vers un médecin de la même « communauté » que la sienne en cas de difficulté communicationnelles ?**

*Référence à la polémique il y a quelque temps sur des listes de soignants communautaires ?*

**10. Caractéristiques de la personne interviewée/parcours médical :**

- Année et pays de naissance ou année d'arrivée en France, expérience personnelle ou professionnelle de vécu à l'étranger ?
- Année de fin de DES, pratique médical depuis : libéral/hospitalier/centre de santé, médecine urbaine/rurale/semi rurale/scolaire ?

**11. Auriez-vous des idées de pistes permettant d'améliorer la prise en charge des personnes de cultures autres sur le plan de la communication ?**

- Pensez-vous que l'aspect communicationnel transculturel devrait être abordé au cours du cursus initial par exemple ?

**12. A vous-vous quelque chose à ajouter sur l'ensemble des éléments que nous avons évoqué au cours de notre entrevue ?**

## RÉSUMÉ

---

**Titre de la thèse** : **Vécu et ressentis de médecins généralistes franciliens en situation de communication transculturelle en soins primaires : obstacles rencontrés et stratégies de contournement.**

**Contexte** : Les médecins généralistes franciliens rencontrent quotidiennement des patients de cultures différentes de la leur, incluant croyances et langues parlées, à l'origine de difficultés communicationnelles et qui ont pour conséquences, des incompréhensions et tensions dans le couple médecin-patient, sources de morbidités.

**Objectif** : Recueillir le vécu et ressentis des médecins généralistes franciliens en situation de communication transculturelle. Evaluer les moyens et techniques mises en œuvre pour surmonter les barrières communicationnelles rencontrées. Recueillir leur avis quant aux moyens nécessaires pour améliorer la communication et compétences transculturelles du médecin.

**Matériel et Méthode** : Etude qualitative par analyse interprétative phénoménologique, au moyen d'entretiens semi-dirigés auprès de onze médecins généralistes franciliens réalisés de mai 2023 à septembre 2024, avec triangulation des données.

**Résultats** : La communication des médecins est modifiée par la culture de leurs patients. Les médecins rencontrent des obstacles transculturels à la communication, au premier rang desquels la barrière linguistique. Ces consultations s'accompagnent de contraintes spécifiques nécessitant des efforts supplémentaires, mais gratifiantes in fine.

Ils contournent ces obstacles en adaptant leurs postures personnelle et professionnelle, se voulant plus inclusives et empathiques. Concernant la barrière linguistique, ils réalisent des consultations en langues étrangères, principalement l'anglais, mais qui les positionne en situation de difficulté et inconfort majeurs, source d'anxiété voire d'autodépréciation. Ils ont également recours à d'autres outils tels que l'interprétariat informel

par des proches, les outils de traduction en ligne, les médiateurs culturels en santé et les traducteurs professionnels. Tous ces moyens présentent néanmoins des limites.

L'acquisition des compétences transculturelles communicationnelles repose selon eux sur l'amélioration de la formation initiale et continue des médecins. Il s'agirait d'enseignements de communication générale et transculturelle et ainsi que l'amélioration de l'apprentissage de l'anglais médical. Cela reposerait également par la remise en question des pratiques professionnelles, se voulant plus inclusives et bienveillantes, ainsi que le développement de l'interprétariat professionnel et le recours aux médiateurs de santé.

**Conclusion :** La culture a une importance dans la relation médecin-patient et influence la manière dont le médecin communique. Les médecins sont demandeurs de formations pour améliorer leurs compétences transculturelles, dont le principal vecteur est la communication.

**Spécialité : DES de Médecine Générale**

**Mots clés français :** Médecine Générale, culture, communication transculturelle, relation médecin-patient, barrières communicationnelles, stratégies de communication

**Forme ou Genre :**

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques