



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2024

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)**

Présentée et soutenue publiquement
Le 24 Octobre 2024 à Poitiers
par **Mme Marina ALMIRALL MARTORELL**

Les difficultés du médecin généraliste avec les patients de cultures différentes en Bocage Bressuirais et les adaptations mises en place

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur **Gianluca DONATINI**

Membres : Monsieur le Docteur **Pierrick ARCHAMBAULT**

Madame le Docteur **Yaritza CARNEIRO**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur **Jean-Louis JARRY**



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
Le 24 Octobre 2024 à Poitiers
par Mme Marina ALMIRALL MARTORELL

**Les difficultés du médecin généraliste avec les patients de cultures
différentes en Bocage Bressuirais et les adaptations mises en place**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Gianluca DONATINI

Membres : Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT

Madame le Docteur Yaritza CARNEIRO

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Louis JARRY



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2024 – 2025

DEPARTEMENT DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique (*retraite 01/04/2025*)
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses (*en disponibilité 2 ans à/c 01/08/2024*)
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- VENDEUVRE Tanguy, chirurgie orthopédique et traumatologique
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- ALLOUCHERY Marion, pharmacologie clinique
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (*en détachement*)
- BILAN Frédéric, génétique (*en mission jusqu'au 31/03/2025*)
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie (*en mission jusqu'au 31/12/2024*)
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DAVID Romain, médecine physique et de réadaptation
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie (*en mission 1 an à/c du 25/10/2024*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUQUE Vincent, néphrologie
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LARID Guillaume, rhumatologie
- LIUU Evelyne, gériatrie – **Assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MOSBAH Héléna, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)

- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie (*en mission jusqu'au 31/12/2024*)
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- BENATRU Isabelle, neurologie
- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation
- LE MOAL Gwenaël, maladies infectieuses et tropicales

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent
- LUCCHESI PILLET Virginie

Enseignant contractuel sur chaire professeur junior

- MELIS Nicolas, biologie cellulaire et moléculaire

Praticiens Hospitaliers Universitaires (PHU)

- CARSUZAA Florent, oto-Rhino-Laryngologie
- RAULT Christophe, physiologie

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie (08/2026)
- NEAU Jean-Philippe, neurologie (08/2027)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique (08/2027)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2026)
- RICHER Jean-Pierre, anatomie (08/2029)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)

- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARRILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France

☎ 05.49.45.43.43 - 📠 05.49.45.43.05

DEPARTEMENT DE PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique
- VENISSE Nicolas, chimie analytique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur du département de pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- CAMBIEN Guillaume, santé publique, épidémiologie
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

Maîtres de conférences

- ARANZANA CLIMENT Vincent, pharmacologie
- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – Référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

Enseignants contractuels en pratique officinale et soins primaires – DEUST PTP

- CHASSERIAU Jacques, pharmacien
- VALET Maud, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- AUPY Thomas, toxicologie

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie (08/2029)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- PERDRISOT Rémy, département de médecine
- RIOUX-BILAN Agnès, département de pharmacie

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Gianluca DONATINI, vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse reconnaissance et de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT, je te remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Tu me fais l'honneur d'apporter ton expérience au jugement de ce travail. Tes conseils et ton écoute lors de mes années d'internat ont été précieux.

À Madame le Docteur Yaritza CARNEIRO, je te suis reconnaissante de participer au jury de cette thèse. Je te remercie pour le jugement que tu apporteras à ce travail. Tes connaissances et ta bienveillance tout au long de ma formation en tant que jeune médecin généraliste me sont très chères.

À Monsieur le Docteur Jean-Louis JARRY, je te remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Ton investissement, ta disponibilité et tes précieux conseils ont été des points clés pour la réalisation de la thèse et pour ma formation en tant que médecin généraliste. Ton accompagnement et ton soutien depuis mon arrivée en France m'ont permis d'arriver jusqu'ici.

À Madame le Docteur Angéline VALADEAU, je te remercie pour ta participation altruiste à la triangulation et à la correction de cette thèse. Ton empathie et ta bienveillance me tiennent à cœur.

À Madame le Docteur Sara CHAIGNEAU, **à Madame le Docteur Maud PARTHENAY** et **à Madame le Docteur Anne-Sophie TEMPEREAU-GOBIN**, je vous remercie pour votre implication et votre travail désintéressé que vous avez portés à cette thèse. Votre soutien m'est précieux.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

À ma très chère mère et mon très cher père, pour votre amour inconditionnel. Merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir aidé à surmonter mes limites et de m'avoir soutenu indéfectiblement malgré la distance ces dernières années. C'est grâce à vous que je suis ici aujourd'hui, en France et à la soutenance de la thèse.

À mon très cher frère, Aleix, je te remercie d'être toujours présent et de me secourir même quand je n'en ressens pas le besoin. Je ne peux pas imaginer ma vie sans toi.

À mes très chers grand-parents, pour m'aimer et pour prendre soin de moi. Merci de penser toujours à moi. Pour toutes les prières faites au près de la Vierge du "Vinyet". Vous me manquez.

À l'ensemble de toute ma famille, je vous remercie de votre amour.

À Corentin, une magnifique rencontre qui a fait chavirer ma vie. Merci d'être à mes côtés et de prendre soin de moi.

À Jean-Louis et Marie, je vous remercie pour votre soutien et votre bienveillance depuis mon arrivée à Bressuire. Vous avez été mes "parents français" pendant la pandémie du COVID. Merci d'être à mes côtés.

À "la Pinya", mes amies d'enfance, pour avoir cru en moi et parce que la distance n'a rien changé.

À mes amies de l'Université de Barcelone (Cinta, Cris, Laia, Laures, Marta et Mireia), merci pour tous ces moments de joies et d'angoisses vécus ensemble, merci d'être toujours présentes.

À mes amies Brestoises, merci de m'avoir épaulé pendant mon année à Brest et celles qui ont suivi. Merci pour cette belle amitié qui perdure dans le temps.

À Maud et Sara, mes copines de Bressuire, pour votre écoute et vos conseils, et pour toutes les petites soirées qui m'ont sauvé tant de fois.

À Isa, une belle rencontre d'internat. Merci pour tous les sourires partagés. Continuons à découvrir le monde ensemble lors de randonnées.

À Iness, pour ton soutien et ta bienveillance. Je te remercie d'être à mes côtés.

À Angéline, pour ton soutien et ton chaleureux accueil lors de mon premier stage en France. Merci d'être toujours prête à m'aider.

À Samy et Gérard, merci de m'avoir accueilli, chéri et nourri depuis ces trois dernières années comme si j'étais de votre famille. Votre soutien m'est précieux.

À Angéline, Anne-Sophie, Aurélien, Bénédicte, Jean-Louis, Marie-Noëlle, Mathieu, Maud, Nadège, Sara, Sophie et Stéphanie, merci de m'avoir permis de travailler avec vous ces deux dernières années. Je vous remercie de votre soutien et pour votre accompagnement. Une pensée particulière à Jean-Louis et Mathieu, merci de m'avoir formé à la médecine générale et de continuer à m'apprendre.

À tous les médecins que j'ai eu la chance de croiser durant ma formation. Merci d'avoir partagé vos connaissances.

À tous mes amis, pour tous les moments vécus ensemble et sur qui j'ai pu compter.

À tous mes co-internes, je vous souhaite de belles réussites.

Devant le manque de compréhension de la langue française de part de ma famille et amis, je me suis permis de leur traduire au catalan leurs remerciements. Vous les trouverez à la page suivante.

AGRAÏMENTS PERSONALS (Catalan)

A la meva estimadíssima mare i al meu estimadíssim pare, pel vostre amor incondicional. Us agraeixo de tot cor haver cregut sempre en mi, haver-me ajudat a superar-me dia a dia i haver-me recolzat infal·liblement malgrat la distància que ens separa des de fa uns anys. Vosaltres heu fet possible que jo sigui aquí, avui, a França i defensant la meva tesi.

Al meu estimadíssim germà, Aleix, pel teu amor, gràcies per ser-hi sempre i per rescatar-me quan ni jo sé que necessito ser salvada. No sé que faria sense tu.

Als meus estimats avis, per estimar-me i cuidar-me. Gràcies per pensar sempre en mi. Per totes les pregàries a la Verge del Vinyet. Us enyoro.

A tota la meva estimada família, gràcies per estimar-me.

A "la Pinya", les meves amigues de tota la vida, per haver cregut sempre en mi i perquè la distància no ha pogut amb nosaltres. Gràcies per fer-me costat.

A les meves amigues de l'Universitat de Barcelona (Cinta, Cris, Mireia, Laures, Laia i Marta) per tots les moments de joia i angoixa que hem viscut plegades, gràcies per ser-hi sempre.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	11
LISTE DES ABREVIATIONS	11
1. INTRODUCTION.....	13
1.1. Migration et culture	13
1.2. Pourquoi cet intérêt?	14
1.3. Objectifs	16
2. MATERIEL ET METHODES	17
2.1. Cadre méthodique	17
2.2. Sélection de participants et contexte.....	17
2.3. Le guide d'entretien	18
2.4. Recueil des données.....	18
2.5. Traitement des données.....	19
2.6. Analyse des données	20
2.7. Grille COREQ.....	21
3. RESULTATS.....	22
3.1. Echantillon.....	22
3.2. Carte heuristique	22
3.3. Patients des médecins généralistes.....	24
3.4. Unité de sens 1 : Représentations	24
3.4.1.Examen clinique et religion	25
3.5. Unité de sens 2 : Communication	27
3.5.1.Barrière de la langue.....	27
3.5.2.Expression de la douleur.....	30
3.6. Unité de sens 3 : Mode de vie.....	31
3.6.1.Déplacements	32
3.6.1.1.Déplacements liés aux soins.....	32
3.6.1.2.Déplacements liés à la vie privée.....	33
3.6.2.Alimentation	33
3.6.2.1.Régime alimentaire	33

3.6.2.2.Ramadan.....	34
3.6.3.Fin de vie.....	35
3.7. Unité de sens 4 : Suivi.....	36
3.7.1.Rendez-vous	36
3.7.2.Prescriptions	37
3.7.2.1.Contraception	37
3.7.2.2.Assiduité aux traitements	38
3.7.2.3.L'importance des traitements	39
3.8. Unité de sens 5 : Parcours migratoire	39
3.8.1.Organisation des soins.....	40
3.8.2.Troubles psychosomatiques.....	41
4. DISCUSSION	43
4.1. Analyse des résultats	43
4.2. Sujets non abordés	43
4.3. Mise en commun des connaissances	44
4.4. Limites de la thèse	46
4.5.Perspectives.....	46
5. CONCLUSION	48
6. BIBLIOGRPAHIE	49
7. ANNEXES	52
7.1. ANNEXE 1 - Guide d'entretien	52
8. RÉSUMÉ	53
9. SERMENT D'HIPPOCRATE	57

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

- **Tableau 1.** Caractéristiques de l'échantillon.....22
- **Figure 1.** Carte heuristique des résultats.....23

LISTE DES ABREVIATIONS

- **COREQ:** Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
- **CPTS:** Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

1. INTRODUCTION

1.1. Migration et culture

La migration est le déplacement d'une population qui passe d'un territoire dans un autre pour s'y établir, définitivement ou temporairement. (1)

Depuis le début de l'histoire de l'humanité, les migrations ont été présentes dans la plupart des sociétés du monde. Ces mouvements humains ont changé au cours des années et selon les endroits d'origine des personnes. (2)

En 2020, 3,6% de la population mondiale a réalisé une migration internationale, ce qui représente d'après les Nations Unies 281 millions de migrants internationaux dans le monde. Les motifs de migration des sociétés peuvent être bien différents : instabilités politiques ou économiques, conflits, catastrophes naturelles ou recherche d'une meilleure vie. Cependant la plupart des flux de personnes restent nationaux. (2)

En 2023, en France, 7,3 millions d'habitants étaient des immigrés, soit 10,7% de la population totale. Près de la moitié (47,7%) des immigrés sont nés en Afrique et près d'un tiers (32,2%) en Europe. Les pays de naissance les plus fréquents des immigrés sont l'Algérie suivie du Maroc avec respectivement 12,2% et 11,7% du total ; s'en suit le Portugal (7,9%), la Tunisie (4,8%), l'Italie (3,9%), la Turquie (3,3%) et l'Espagne (3,2%). (3)

En 2020, 5,87% des habitants de Bressuire étaient des immigrés, soit 1848 personnes. (4)

En Deux-Sèvres, plus de la moitié des immigrés viennent d'Europe (59,78% soit 9402 personnes) dont la nationalité la plus représentée est la Portugaise (3055 personnes). La population issue de l'Afrique est de 27,46%, soit 4319 personnes dont les ressortissants du Maroc sont les plus nombreux avec 1064 personnes. Le total des immigrés en 2016 a été de 15728. (5)

Ces déplacements humains créent une diversité culturelle ce qui permet dans un même pays, région ou ville, aux différentes cultures de co-exister.

Pour comprendre tout cela, il faut définir le mot culture.

D'après le dictionnaire de l'Académie Française, la culture est l'ensemble des acquis littéraires, artistiques, artisanaux, techniques, scientifiques, des moeurs, des lois, des coutumes, des traditions, des modes de pensée et de vie, des comportements et usages de toute nature, des rites, des mythes et des croyances qui constituent le patrimoine collectif et la personnalité d'un pays, d'un peuple ou d'un groupe de peuples, d'une nation. (6)

D'un point de vue social et philosophique, Edgar Morin a défini la culture comme un patrimoine informationnel constitué des savoirs, savoir-faire, règles, normes propres à une société [...]. La culture s'apprend, se réapprend, se transmet, se reproduit de génération en génération. Elle n'est pas inscrite dans les gènes mais au contraire dans l'esprit-cerveau des êtres humains. (7)

1.2. Pourquoi cet intérêt?

Comme précisé auparavant, presque 6% de la population de Bressuire en 2020 était immigrée, ce qui signifie que 1848 personnes avaient une culture différente de la culture française.

Ce fait est un enrichissement pour la société mais aussi un défi pour la ville et dans notre cas, pour les médecins.

Ils ne parlent pas tous français. Nous pouvons donc avoir des difficultés de communication. Ils peuvent avoir une vision différente de la santé, de la vie et de la mort.

Comprenons nous leurs besoins et attentes? Sommes-nous, nous les médecins, en difficulté face aux patients de cultures différentes?

Ce sont les questions que nous nous sommes posées lors de mon premier stage comme interne en médecine générale.

Au cours d'une journée à la Maison Médicale, j'ai réalisé une consultation en autonomie, d'une adolescente et de sa petite soeur, accompagnées de leur père, tous originaires du Sahara Occidental, parlant espagnol et un peu français.

Ils consultaient pour des troubles du sommeil pour l'adolescente et un problème buccal pour l'enfant. Le père prenait beaucoup de place dans la consultation et je sentais sa fille adolescente inhibée ; elle n'arrivait pas à s'exprimer librement. Il ne comprenait pas le besoin de l'examen clinique, même s'il a accepté qu'il soit réalisé. Ensuite, il m'a demandé des traitements pour d'autres membres de la famille, dont j'ai refusé la prescription. Pour finir la consultation et voyant l'adolescente incapable de s'exprimer sans la pression de son père, j'ai proposé de faire une consultation avec l'adolescente seule ; proposition que le père a refusé et je n'ai pas osé argumenter.

C'est à ce moment-là que je me suis rendue compte que je m'étais mis des freins et que j'avais été en difficulté. Ce n'était pas la langue qui posait problème car nous avons réalisé la consultation en espagnol au vu de nos origines. J'avais eu la sensation que le père ne me faisait pas confiance et je n'avais pas osé argumenter le besoin de revoir sa fille seule en consultation. Je me suis questionnée : *“Est-ce que c'est parce que je suis une femme ? Est-ce que leur vision de la relation homme-femme a interféré ?”* J'ai également pensé : *“Je suis une femme, il ne va pas accepter mes propositions”*. L'examen clinique n'a pas été facile non plus : *“À cause de la nudité et de leur rapport au corps ?”*

Après cette consultation je me suis dit : *“Est-ce juste moi qui ai ces freins et difficultés avec les patients d'autres cultures ou d'autres médecins ont-ils eu déjà le même ressenti ?”*

Devant tous ces questionnements et après en avoir parlé avec mon tuteur d'internat, nous avons décidé de garder ce thème pour réaliser ma thèse.

1.3. Objectifs

- Trouver les difficultés d'un médecin généraliste avec les patients d'autres cultures.
- Connaître les adaptations mises en place pour y faire face.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Cadre méthodique

Une difficulté est subjective, liée à la personne, à son histoire, à son expérience et à ses capacités. Chaque individu a un ressenti particulier à une même situation. Les difficultés d'un médecin face aux patients de cultures différentes doivent être étudiées de façon qualitative, raison pour laquelle la méthodologie choisie a été une étude qualitative phénoménologique moyennant des entretiens semi-dirigés. Cette recherche a permis de comprendre un phénomène grâce à l'expérience de l'individu et le sens que celui-ci lui attribue. Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés afin que les participants puissent s'exprimer librement et contribuer à la récolte de données détaillées.

2.2. Sélection de participants et contexte

Pour cette étude, la population ciblée a été les médecins généralistes du Bocage Bressuirais. Ce choix géographique a été nécessaire pour une question de faisabilité.

Les critères d'inclusion ont été les suivants :

- Être médecin généraliste en activité,
- Travailler dans le Bocage Bressuirais,
- Avoir une patientèle multiculturelle.

La technique choisie a été l'échantillonnage raisonné avec critère de variation maximale.

Les caractéristiques recherchées ont été :

- Quantité équitable de participants par genre,
- Âges variés (de 30 à 67 ans),
- Maisons médicales différentes dans le Bocage Bressuirais.

2.3. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été créé à partir des difficultés personnelles de la chercheuse, ainsi que celles des consœurs et confrères avec lesquels elle a travaillé.

Deux articles scientifiques ont permis aussi de mettre en évidence d'autres questions à étudier. Un article suisse publié en 2018 (8) a investigué les difficultés des patients (turcs et albanais) et soignants lors des rencontres multiculturelles. Ils ont trouvé que les sujets problématiques étaient l'observance du traitement, la communication, l'expression de la douleur et le supposé manque de connaissances médicales des patients selon leurs médecins. Un article hollandais quant à lui, publié en 2019 (9), a étudié la perception des barrières en comparant les populations turco-hollandaises et hollandaises indigènes. D'après les médecins, les patients turco-hollandais se sentent discriminés.

Grâce à cette variété d'informations, le guide des interviews a été créé.

2.4. Recueil des données

Les entretiens se sont déroulés du 06 novembre 2023 au 18 juillet 2024. Les participants ont été contactés par mail, par téléphone ou en face à face. Les rendez-vous ont été convenus entre les participants et la chercheuse après avoir accepté de participer à l'étude. Le guide d'entretien leur a été envoyé par mail au moins 24h avant de le réaliser (Annexe 1). Ce guide avait été testé au préalable avec le directeur de thèse. Il a subi des modifications suite aux premiers entretiens afin d'améliorer sa pertinence. Les entretiens des premiers participants ont été complétés par les questions auxquelles ils n'avaient pas répondu.

Les entretiens semi-dirigés ont été accomplis par la chercheuse en face à face dans le lieu de travail du participant. Avant de débiter le questionnaire, l'objectif de la thèse et le déroulement de l'entretien ont été expliqués. Les interviews ont été réalisés une seule fois, les questions ont été reformulées et d'autres ont été posées pour mieux comprendre les réponses des participants.

La chercheuse n'a pas fait d'annotation lors des entretiens pour pouvoir se consacrer à son interlocuteur et pour pouvoir garder un contact visuel et une écoute active. Cela a également permis aux médecins de pouvoir s'exprimer librement et aisément sans interruption. Il n'y a pas eu de présence de tierce personne, ni de non-participant lors de ces rencontres.

Un consentement oral a été recueilli pour pouvoir bénéficier d'un enregistrement vocal. Celui-ci a été réalisé moyennant un outil audionumérique (Dictaphone pour iPhone 7 Plus pour les neuf premiers puis Dictaphone pour iPhone 6 Plus pour le dernier). Les enregistrements ont été anonymisés et supprimés une fois les analyses finalisées.

Une alternance entre le recueil de données et l'analyse thématique a été nécessaire afin d'atteindre la saturation de données. Les interviews ont été poursuivis jusqu'à épuisement de nouveaux thèmes. C'est à ce moment là que la saturation des données a été accomplie.

La taille finale de l'échantillon a été de 10 médecins généralistes.

Les entretiens ont duré entre 7minutes 58 secondes et 24 minutes 42 secondes avec une moyenne de 14 minutes et 54 secondes.

2.5. Traitement des données

Les entretiens ont été retranscrits littéralement dans leur intégralité à l'aide du Dictaphone version 2.4 (1158) pour MacBook Air M1 2020 et de Pages version 14.1 (7040.0.73) pour MacBook Air M1 2020. Ils ont été écoutés à plusieurs reprises afin qu'ils soient les plus précis possibles. Au cours de la transcription, les enregistrements étaient anonymisés et les données permettant d'identifier les participants ont été dissimulées.

Les entretiens ont été nommés avec le numéro d'ordre de transcription et les sigles MG précédant ce chiffre pour faire référence à un médecin généraliste. Le numéro d'ordre choisi n'a pas été celui de la date des entretiens pour éviter que les médecins d'un même cabinet puissent identifier leurs collègues postérieurement.

2.6. Analyse des données

Les verbatims ont été analysés par une analyse thématique. Celle-ci a été réalisée de façon manuelle.

Tout d'abord, la "lecture flottante" a permis de mettre en évidence les premières unités de sens. Ensuite, une lecture approfondie a permis de découvrir de nouveaux thèmes et sous-thèmes permettant ainsi le codage des verbatims.

La triangulation a été réalisée avec le directeur de thèse, le Docteur Jean-Louis JARRY et le médecin généraliste, le Docteur Angéline VALADEAU.

Les unités de sens résultant de l'analyse ont été:

- Les représentations
- La communication
- Le mode de vie
- Le suivi
- Le parcours migratoire

2.7. Grille COREQ

La grille COREQ (10) (11) a été suivie pour faire de cette étude qualitative un travail de qualité et de rigueur.

Les entretiens individuels ont été effectués lors des années de thèse en médecine générale de la chercheuse. Le DES de médecine générale avait été acquis fin octobre 2022. Elle était remplaçante en médecine générale sur la période pendant laquelle les huit premiers entretiens ont été effectués et adjointe en médecine générale pour les deux derniers. Avant de commencer l'étude, les participants avaient connu l'enquêteur lors de sa formation. Tous les liens étaient professionnels.

3. RESULTATS

3.1. Echantillon

L'échantillon a été formé par 10 médecins généralistes. Il y a un médecin généraliste qui n'a pas répondu à la proposition de participation à l'étude. Parmi ces 10 médecins, 5 étaient de genre féminin et 5 de genre masculin. L'âge était compris entre 30 à 66 ans avec un âge moyen de $45,2 \pm 14$ ans. Tous exerçaient au sein d'une maison médicale de groupe en zone semi-rurale.

Ci dessous le tableau avec les caractéristiques de l'échantillon

ECHANTILLON	Âge (ans)	Genre	Situation géographique
MG1	66	Masculin	Bocage Bressuirais
MG2	51	Féminin	Bocage Bressuirais
MG3	31	Féminin	Bocage Bressuirais
MG4	30	Féminin	Bocage Bressuirais
MG5	40	Féminin	Bocage Bressuirais
MG6	43	Masculin	Bocage Bressuirais
MG7	35	Masculin	Bocage Bressuirais
MG8	33	Féminin	Bocage Bressuirais
MG9	61	Masculin	Bocage Bressuirais
MG10	62	Masculin	Bocage Bressuirais

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon

3.2. Carte heuristique

Le diagramme nous montre les unités de sens principales ressorties des verbatims ainsi que les unités de sens secondaires et leurs particularités. Les plus visibles en fuchsia et violet sont les plus importantes et les plus ressorties. Chaque couleur représente une unité de sens qui sera expliquée après la carte heuristique.

3.3. Patients des médecins généralistes

Tous les médecins généralistes interviewés ont des patients d'autres cultures. Les patients viennent majoritairement du Maghreb (Maroc et Sahara Occidental) et de l'Archipel des Comores (Comoriens et Mahorais) dont « *on a une communauté importante à Bressuire,* » (MG6). Cependant, il y a des patients d'autres nationalités aussi, mais beaucoup moins présents dans le Bocage Bressuirais. Ce sont les patients provenant de l'Afrique Subsaharienne (Guinée, Soudan, Erythrée, Congo, Mali et Kenya), d'autres pays d'Europe (Allemagne, Roumanie, Ukraine, Bosnie et Georgie), de l'Asie (Russie, Thaïlande, Pakistan, Afghanistan, Chine et Japon) et du continent américain.

Tous les participants ont manifesté des difficultés par rapport à cette différence, sauf pour les patients d'origine européenne. Il y en a quelques-uns qui ne considèrent pas comme culture différente les patients ressortissants de pays européens (comme le Portugal et le Royaume Uni) : « *La culture anglaise, ça reste une culture européenne.* » (MG2) ; « *on [ne] peut pas parler de culture totalement différente. On est quand même sur le continent européen,* » (MG10).

3.4. Unité de sens 1 : Représentations

Les représentations des médecins sont une des difficultés les plus importantes et ressorties lors des entretiens. Souvent les médecins arrivent à les reconnaître et les surmonter. Quelques-uns, en début d'entretien, ne croyaient pas en avoir mais à mesure que les questions avançaient ils se rendaient compte que, oui, ils en avaient aussi. « *[...] c'est vrai qu'on [n']aborde pas trop des sujets larges, moi je trouve.* » (MG6).

On pourrait dire que ces représentations se portent sur deux groupes : l'examen clinique et la religion, qui sont interconnectés entre eux.

Il est nécessaire de préciser que les médecins font référence aux cultures africaines et islamiques par rapport à leurs freins, mais pas aux cultures européennes. « *Avec les patients anglais, j[ne] n'ai pas trop de soucis parce que la culture est, à mon sens, quasiment identique* » (MG2).

3.4.1. Examen clinique et religion

Dans la religion, qui est majoritairement musulmane dans la population de la moitié Nord de l'Afrique (12), on pourrait inclure le rapport homme-femme et les vêtements. La foi en elle-même peut causer des freins également, souvent par manque de connaissance.

Pour commencer, une barrière peut apparaître dès qu'une femme vient en consultation habillée avec un voile ou niqab. *« J'ai pu voir des femmes voilées intégrale[ment] qui viennent avec leurs maris ; et ça c'est choquant »* (MG2). Ce sont des vêtements féminins souvent en relation avec la religion musulmane qui servent à couvrir les cheveux (Hijab) et une partie du visage (Niqab). *« On a des représentations, on se dit : ça va être difficile parce que, par exemple, les femmes sont très habillées... »* (MG1).

Ensuite, une fois que le médecin propose un examen, il n'y a pas de refus ou moins que ce qu'il attendrait. *« Ça prend un peu de temps parce qu'il y a souvent le voile et tout à enlever mais non, elles acceptent très bien »* (MG5) ; *« j[ne] n'ai jamais eu de refus d'examen clinique et s'il fallait examiner, j'ai toujours pu examiner. »* (MG10).

Une autre représentation est le rapport homme-femme, surtout lors de l'examen clinique. Les médecins ont tendance à penser que le problème est le rapport entre les différents genres. *« Moi avec les femmes, j[ne] n'ai pas de soucis. Avec les hommes, je sens bien parfois, ils sont un peu étonnés que je les fasse déshabiller [...] mais ils le font »* (MG5). Mais, majoritairement ce n'est pas le cas. *« Je pense qu'il peut y en avoir notamment [dans le] rapport homme-femme mais, moi en tant que femme, je [ne] suis pas en difficulté. »* (MG3) ; *« J[ne] n'ai pas de frein, [...] je pourrais [...], voir que les hommes, [...] et jamais voir les femmes, pas du tout. [...] J'ai des consultations de femmes qui viennent me voir en tant que médecin homme, donc j[ne] n'ai pas l'impression que ça pose problème, »* (MG6).

Ils se questionnent pour savoir si ce n'est pas plutôt une question de pudeur. *« Je pense [...] c'était pas que ce soit une femme ou un homme, [...] c'est qu'elle [ne] voulait pas se montrer »* (MG4). Ou encore même la

représentation des médecins face à leur rapport au corps. « *Ce que je dirais c'est le décalage donc, entre mes représentations, mes croyances, et la réalité, qui finalement, est moins important de ce que je croyais.* » (MG1)

Les médecins hommes n'osent pas faire de la gynécologie, soit parce qu'ils n'en pratiquent pas, soit parce que la culture en est le frein. « *Je fais sous-traiter tout ce qui est "gynéco",* » (MG9) ; « *il y aurait les freins aussi de la femme peut-être, ou peut-être que c'est moi qui [me] met le frein.* » (MG7). Qu'en pensent les médecins femmes ? « *Si c'est un homme qui examine, je pense qu'il pourra pas faire tout, sur un examen "gynéco" je ne pense pas que le mari acceptera.* » (MG2). Cela signifierait que c'est juste lié au genre, mais les médecins femmes faisant la gynécologie trouvent également des freins. Donc, finalement, ce sujet est aussi une représentation. « *Quand elles sont enceintes, [...] c'est pas un problème, mais quand elles [ne] sont pas enceintes, [...] [ce n']est plus pareil,* » (MG8).

Par rapport à l'examen clinique, dans un premier temps, il serait inchangé d'après la majorité des participants. « *C'est juste qu'il y a des vêtements par dessus, c'est tout, mais sinon c'est pareil.* » (MG7) ; « *En gardant l'épaisseur du respect; [...] j'arrive à faire mes examens sans trop de problème.* » (MG6). Malgré ce fait, peut-on considérer que l'examen reste le même ? Ils sont peu à se dire que lorsqu'on fait un examen avec des habits, c'est un examen différent. « *J'aimerais dire non mais je pense que ça serait faux [...] dans le sens où par exemple, elles [ne] se déshabillent pas* » (MG8) ; « *je fais l'examen clinique qui doit être fait, après, [...] on va juste montrer quasiment que la partie où on a mal.* » (MG10).

Pour continuer sur les difficultés, la sexualité en est une. Certains arrivent à surmonter ce frein. « *J'aborde quand même le sujet, même si [...] certains sont un peu réticents.* » (MG4) ; ou seulement avec les patients de même genre : « *avec les hommes si, parce qu'ils demandent du Viagra®* » (MG9). D'autres préfèrent l'éviter et en sont conscients. « *Je pense qu'on se crée soit même des freins par rapport à ça, en disant : oh là là ils sont d'une culture, ils [n']acceptent pas trop. Donc je me mets un peu en retrait* » (MG10).

Toutes les difficultés décrites s'améliorent en expliquant les raisons pour lesquelles on fait un examen clinique et en s'adaptant au patient. « *Je pense [que] c'est au médecin de s'adapter.* » (MG10).

3.5. Unité de sens 2 : Communication

La communication, c'est la base d'une bonne relation médecin-patient. Elle représente une difficulté lors des consultations avec les patients de cultures différentes. Ce n'est pas seulement le manque de maîtrise de la langue française qui pose problème mais aussi leur expression de la douleur et leur représentation des maladies.

3.5.1. Barrière de la langue

Précédemment, il a été évoqué que devant un patient de culture anglaise, les médecins qui les reçoivent n'ont pas de problème car ils parlent anglais. C'est également le cas avec les patients qui ne sont pas de culture anglaise mais parlent anglais. Concernant les patients portugais aussi évoqués, ils parlent souvent français. « *Les portugais [...] ils baragouinent un peu le français* » (MG9). C'est pour cette raison, que nous allons parler des patients migrants qui ne parlent pas ou peu l'anglais et le français.

Tous les médecins ont exprimé la barrière de la langue comme une difficulté et fréquemment comme la plus importante. « *La première [difficulté] c'est la langue, quant ils [ne] parlent pas nécessairement le français* » (MG8) ; « *les premières difficultés c'est quand même la barrière de la langue, la difficulté qu'on peut avoir à se comprendre mutuellement.* » (MG3). Le dialogue est moins fluide et ils ne peuvent pas toujours mener la conversation comme souhaité. « *On ne peut pas vraiment mener un interrogatoire aussi poussé que quand les deux possèdent bien la même langue* » (MG1). Ils craignent de ne pas comprendre ou de ne pas se faire comprendre. Ils redoutent aussi le manque de compréhension des ordonnances. « *C'est frustrant parce qu'ils repartent et je ne sais pas si on s'est vraiment compris ; si j'étais pas "à côté de la plaque".* » (MG2) ; « *quand on donne une ordonnance [je ne suis pas] sûre qu'ils puissent la relire.* » (MG5). Cette barrière cause des difficultés devant les troubles de langage des enfants. Souvent, les enfants sont plurilingues car ils

apprennent la langue maternelle puis celle du pays d'accueil. Mais ils peuvent aussi en parler d'autres s'ils ont vécu dans des pays de transit. De ce fait, le diagnostic est difficile ainsi que trouver un interlocuteur pour la prise en charge. *« Ils [ne] parlent pas bien le français, ils sont juste arrivés, donc c[est] n[on] facile de juger, ils [ne] parlent pas bien l'arabe, moi je [ne] le parle pas donc, je ne peux pas juger non plus »* (MG8).

La compréhension des maladies peut se voir affectée ainsi que le traitement à suivre. *« Déjà essayer de faire comprendre un diagnostic, le bon usage du traitement et les critères de surveillance ou de re-consultation, ça, c[est] n[on] déjà pas forcément toujours simple. »* (MG6). Les participants croient que c'est à cause de la barrière de la langue surtout, mais pas seulement. *« Du fait de la barrière de la langue, ça peut parfois être un peu compliqué, oui, de leur faire comprendre la maladie ou [...] la gravité. »* (MG4). D'après eux, leurs connaissances médicales peuvent être différentes, avec des représentations ou même un peu d'ensorcellement. Leur niveau socio-économique peut influencer également et le fait de moins honorer les rendez-vous peut avoir un impact. *« C'est aussi un peu un préjugé mais, ils ont un régime socioculturel plus bas, du coup ils ont moins de connaissances médicales, moins de connaissances sur le fonctionnement du corps »* (MG7) ; *« de par leurs connaissances aussi d'une médecine un peu différente [...], pas d'ensorcellement mais un petit peu quand même, »* (MG8).

D'autres médecins pensent le lien avec la personne et pas avec la culture. Certains ne rencontrent pas de difficulté par rapport à la compréhension des maladies. *« Ils sont quand même capables de comprendre la gravité des maladies chroniques »* (MG1) ; *« je pense qu'ils sont quand même assez réceptifs. »* (MG3)

Par ailleurs, les médecins remarquent que certains diagnostics les inquiètent moins que ce qu'ils pouvaient imaginer et que, au contraire, d'autres diagnostics moins graves les impactent d'avantage. *« Les choses qui pourraient nous choquer, les choquent un peu moins »* (MG1). *« À l'envers il y en a qui sont très flippés de choses qui sont pas graves »* (MG8).

La méconnaissance de la langue rend également difficile la distinction des noms de famille qui peuvent se ressembler. De plus, ce sont souvent de nouveaux patients et les médecins n'arrivent pas à associer le nom avec le patient. « *Les noms propres des personnes se ressemblent beaucoup donc quelquefois, j'ai du mal à identifier si la personne qui va venir, je l'ai déjà vue récemment ou pas,* » (MG1).

Souvent, les patients viennent accompagnés d'un traducteur ou interprète, le mari ou les enfants, ou même quelqu'un qui n'est pas de la famille mais qui traduit. Il peut arriver aussi d'avoir le traducteur à distance moyennant un appel. « *Ceux qui parlent très mal français ou très peu, ils viennent avec leurs enfants et ça nous aide vraiment, pour faire le lien, pour comprendre ce qui leur arrive.* » (MG6). Nous pourrions penser que le problème est résolu mais cette solution porte aussi d'autres barrières. En fonction de qui est le traducteur, ils ne peuvent pas aborder tous les sujets, en particulier quand le traducteur est l'enfant. « *Parler de sexualité quand il y a des enfants qui font la traduction, c'est un peu compliqué* » (MG8). L'interprète peut ne pas être compris également. « *Mais parfois l'interprète, je ne [le] comprends pas non plus* » (MG2). En plus, quelques patientes femmes n'osent pas parler ou parlent moins en présence du mari. « *Les femmes sont parfois un petit peu réticentes, [ne] parlent pas beaucoup quand elles sont avec leur mari* » (MG2). Le fait d'avoir un tiers dans la consultation peut affecter le secret médical. « *Ça peut être gênant, [...] par rapport au secret médical [je ne vais] peut-être pas [donner] toutes les "infos" du fait qu'il y ait quelqu'un [...] dans la consultation.* » (MG4). En outre, il faut trouver des mots compréhensibles pour l'interprète et les médecins ne savent pas si tout est traduit fidèlement. « *Je [ne] sais pas s'il retranscrit exactement les mots que je donne.* » (MG10).

En dehors du traducteur ou de l'interprète, les médecins du Bocage ont trouvé d'autres moyens pour se faire comprendre. Beaucoup d'entre eux utilisent un traducteur en ligne, des outils visuels: « *J'utilise énormément les images sur internet pour montrer un problème* » (MG10) ; « *les ordonnances, je les traduis pas, donc souvent, pour qu'ils comprennent je fais des dessins, je fais le logo de la pharmacie, la biologie je vais dessiner une seringue dessus,*

[pour] qu'ils sachent où est-ce qu'il faut aller » (MG8). D'autres utilisent les gestes, essaient de parler doucement, reformuler ou interroger. « Ça m'arrive souvent [de] leur demander s'ils ont bien compris » (MG3) ; « souvent dans les descriptions, on montre l'organe avec la main » (MG6). Certains médecins prescrivent plus d'examens complémentaires. « Quand j'ai l'impression de ne pas être allé au bout du problème, je me rends compte que je demande plus d'examens complémentaires » (MG1).

3.5.2. Expression de la douleur

Tous les médecins s'accordent à dire que l'expression de la douleur des patients de cultures différentes peut les mettre en difficulté quelquefois. D'une part, elle peut être exprimée plus intensément, compliquant ainsi son évaluation. *« Ils ont ce qu'on appelle le syndrome méditerranéen où souvent les gens d'origine maghrébine et puis tout le pourtour méditerranéen ont tendance à accentuer un petit peu les plaintes » (MG7). D'autre part, les patients ont de multiples plaintes dans une même consultation et les médecins ont du mal à prioriser les demandes. « On a l'impression qu'ils ont de multiples plaintes... C'est parfois difficile de faire la part des choses. » (MG5).*

Un des médecins s'interroge si cette majoration de l'expression de la douleur n'est pas intentionnelle dans certaines situations. *« J'ai quand même toujours de petites appréhensions pour savoir si certains ne veulent pas profiter un peu du système ; [...] et d'ailleurs un peu naïvement parfois peut-être. C'est à dire que, pour eux, c'est l'état de providence, La France. » (MG1).*

Il existe aussi la situation extrême avec des patients qui ne se plaignent pas. *« À l'inverse, il y en a qui [ne] s'occupent pas d'eux [...] tu as [...] un peu les extrêmes mais pas trop au milieu. » (MG8) ; « il y en a pour qui on s'exprime pas, on ne parle pas de sa douleur, donc peut-être, souffrir c'est normal » (MG10).*

Certains participants font le lien avec le manque d'aisance de la communication. *« C'est parfois la langue, du mal à comprendre effectivement l'intensité » (MG6). D'autres pensent que c'est plutôt en rapport avec leur*

histoire ou avec leur culture. « *Est-ce que c'est une habitude culturelle de beaucoup exprimer avec beaucoup de véhémence sa douleur, c'est une question que je me pose* » (MG1) ; « *peut-être aussi du fait de leur histoire, de leur passé* » (MG4). Quelques médecins croient que la culture n'a pas autant d'importance mais que c'est personne-dépendant. « *J'ai quelques portugais, que je suis, qui sont aussi très très dans la doléance, mais il y a aussi plein plein de franco-français qui ont aussi un lien à la douleur qui est très compliqué à cerner* » (MG6).

Un autre problème rencontré est la confusion dans la temporalité de la douleur remarquée par un des médecins. D'après lui, les patients peuvent exprimer des douleurs passées comme présentes. « *Je me souviens d'une dame qui avait mal à la hanche,[...] [et] elle jugeait comme actuelles des douleurs qu'elle avait eu dans le passé* » (MG9).

Les participants utilisent les échelles visuelles et le résultat d'examen clinique pour s'adapter à cette difficulté. « *Quand j'examine un ventre, [s'] il [ne] va pas grimacer, c'est à dire, qu'il [n']a probablement pas très mal.* » (MG7). D'autres demandent plus d'examens complémentaires, solution trouvée aussi, devant la barrière de la langue. « *Tu multiplies un petit peu les examens parce que tu as du mal à évaluer la véracité, en tout cas, à évaluer la gravité* » (MG3).

3.6. Unité de sens 3 : Mode de vie

Cette unité de sens fait référence à leurs habitudes de vie. Certains médecins trouvent que la difficulté est leur culture et leur mode de vie en lui-même car elle est différente de la nôtre et elle est méconnue. Il y a un médecin qui n'était pas gêné par rapport à ce sujet, « *Je trouve qu'ils ont un mode de vie qu'on n'a plus maintenant, ils sont beaucoup dans une vie communautaire* » (MG1).

Par ailleurs, les médecins remarquent que les patients sans pathologies chroniques ne consultent que pour des problèmes aigus. Un des médecins réfléchissait sur le fait qu'il y a moins de prévention dans ce groupe de population. On revient sur le fait que malheureusement quelquefois, on est

dans une médecine moins complète. « *Je crois qu'il [n']y a pas l'habitude de venir en prévention comme nous on est habitués, où les gens viennent une fois dans l'année, même si tout va bien, et puis on parle un peu d'exams ou [de] dépistage ; [...] c'est beaucoup l'infection, c'est beaucoup [de] la pathologie aiguë* » (MG6).

Pour continuer je vais développer les thèmes les plus ressortis par rapport au mode de vie que sont les déplacements et l'alimentation.

3.6.1. Déplacements

Dans cette catégorie, on fait référence à deux types de déplacements, ceux liés aux soins et ceux liés à la vie privée.

3.6.1.1. Déplacements liés aux soins

Les participants ont eu des avis bien différents.

Pour la plupart des médecins, l'absence de moyen de transport privé représente une difficulté car ils dépendent des transports en commun, assez limités dans le département, ou des connaissances pour se déplacer. Cette situation rend difficile la venue au cabinet, l'accès aux soins spécialisés ou aux plateaux techniques qui se trouvent éloignés du centre-ville, voir dans d'autres départements. « *Les spécialistes dans le secteur ils sont assez loin, et il faut souvent une voiture pour pouvoir aller les voir, donc ça limite les soins aussi* » (MG7). De ce fait, certains se questionnent sur des prises en charge moins complètes pour ces populations. « *Notamment pour les enfants, quand il y a du coup, un accompagnement technique c'est vrai je sais que les parents ont du mal à faire ces trajets-là, ces déplacements. Donc je pense, qu'on n'est pas optimum pour la prise en charge.* » (MG6).

Deux médecins trouvent qu'ils ne se plaignent pas de se déplacer à pied ou se lever tôt pour des consultations, qu'ils arrivent même à gérer des rendez-vous chez les spécialistes sans leur aide et malgré le manque de véhicule. « *Jamais ils le disent, "je ne peux pas venir parce que je viens à pied"* »

(MG1) ; « *ils sont très débrouillards, ils [n']hésitent pas, ils [ne] s'arrêtent pas à des considérations à la française* » (MG9).

Deux autres médecins ne trouvent pas de différence par rapport aux patients âgés qui ont besoin de quelqu'un pour les conduire aux différentes consultations. Ce n'est pas une difficulté dans leur patientèle. « *Ils sont parfois oui, un peu moins autonomes mais ça, à la limite, nos patients âgés c'est pareil* » (MG4).

3.6.1.2. Déplacements liés à la vie privée

Ces déplacements font référence au retour au pays de certains patients. Ils voyagent assez souvent ou passent la moitié de l'année hors France. De ce fait, ils ont souvent un suivi irrégulier avec une régression des progrès et des efforts thérapeutiques faits au préalable. « *J'ai un diabétique par exemple, je [ne] le vois pas pendant quelques mois. Je trouve que ça va mieux puisque maintenant il a compris qu'il fallait qu'il vienne et que je lui ferai [l'ordonnance de] médicaments [pour la durée de son séjour]* » (MG3) ; « *tu les traites ici, ils vont passer six mois aux Comores et [...] le diabète qui a été traité, [qui] commence à [se] régulariser; au final, ils reviennent et ils ont des hémoglobines glyquées dans les chaussettes.* » (MG8).

3.6.2. Alimentation

3.6.2.1. Régime alimentaire

L'alimentation est liée à la culture. Si certains patients n'ont pas la même culture que leur médecin, il est probable qu'ils n'aient pas la même alimentation non plus. Ces habitudes sont ancrées dans l'identité de la personne et son sentiment d'appartenir à un collectif, donc il est compréhensible qu'elles soient dures à changer et c'est ce que les médecins ressentent. « *Ils [ne] vont pas adopter un régime crétois [...] c'est vrai, c'est difficile.* » (MG2) ; « *Leurs habitudes alimentaires font que c'est hyper difficile.* » (MG3). Selon la culture, le régime sera plus sucré, ou plus riche en graisses. « *Effectivement, ce sont des gens qui mangent plus gras, plus sucré* » (MG7). Certains mangent moins de viande ou beaucoup de riz et de féculents ainsi que d'autres produits transformés. « *Là-bas, le riz c'est au "petit dej", au repas du midi et au repas du*

soir » (MG3) ; « quand tu creuses un peu, il y a beaucoup d'enfants qui boivent énormément de soda. » (MG8).

Cette différence de nutrition peut majorer l'apparition de certaines maladies comme le diabète, la constipation ou encore des carences en fer. Cela représente une difficulté dans la prise en charge de certaines maladies, surtout chroniques, ou le simple suivi des patients. *« Ils mangent vachement sucré, et donc ils sont quand même plus sensibles au diabète » (MG9) ; « ils [ne] se nourrissent pas comme nous et donc [...] il faut prendre plus de temps, je pense, que les autres pour la diversification » (MG5).*

3.6.2.2. Ramadan

La majorité des patients d'une autre culture de notre échantillon font le Ramadan. Le Ramadan, c'est le mois de l'année où les personnes de pratique musulmane jeûnent de l'aube au coucher du soleil. Ils ne peuvent ni manger, ni boire, ni fumer et ils rompent ce jeûne avec un repas au coucher du soleil (13). En fonction du degré d'exigence de ce jeûne, certains patients ne prennent même pas de médicaments pendant les heures de jour. De ce fait, la prescription et le traitement des maladies se voient affectés. C'est à ce moment-là que certains participants rencontrent des difficultés. *« Quand ils sont diabétiques et qu'ils font le Ramadan, c'est juste très compliqué. » (MG2) ; « l'exemple du Ramadan, où du coup il faut qu'on adapte les traitements, donc ça j'ai l'habitude maintenant donc, on adapte avec eux l'horaire des prises » (MG7).* Malgré cela, une personne malade, une femme enceinte ou allaitante peuvent être exemptées du jeûne. *« Moi ça ne me pose pas de difficulté particulière, parce que voilà je connais, je sais, et moi aussi je vais m'adapter, avec la petite nuance aussi que s'ils sont malades, ils [n']ont pas l'obligation de faire le jeûne, de faire le Ramadan. » (MG10).*

Pour d'autres, cette période festive ne pose pas problème, bien au contraire. *« Le Ramadan, à vrai dire, je trouve que ça ne pose pas de vraie difficulté particulière. Les traitements sont quand même pris, les gens sont un peu fatigués mais, d'un autre côté, c'est une période heureuse pour eux donc, c'est pas une difficulté. » (MG1).*

3.6.3. Fin de vie

La plupart des médecins ne s'y sont pas confrontés. Cependant, ils s'accordent sur le fait que les patients immigrés repartent vers leur pays d'origine pour leurs derniers jours ou restent en France avec cependant un manque de sollicitation des soignants. « *Ils sont dans l'accompagnement de leurs parents, c'est vrai qu'ils [ne] font pas beaucoup participer [aux] soins, ils [ne] sont pas très demandeurs* » (MG6) ; « *les deux fois que j'arrivais sur une fin de vie avec des pathologies, ils sont partis, ils sont retournés [...] dans leur chez eux de l'enfance, de la famille* » (MG8). De ce fait, l'expérience est limitée dans le Bocage Bressuirais mais certains pensent que cela peut avoir un impact sur la prise en charge. « *J[ne] n'ai pas d'expérience mais du fait de leurs croyances, de leur religion, [...] la prise en charge pourra être différente, sans doute.* » (MG2).

D'autres expliquent leur expérience en Afrique ou lors de leur formation en hospitalier. Ils sont d'accord que la vision de la mort n'est pas identique et qu'il y a une meilleure acceptation. « *Un enfant qui décède en France, c'est un drame absolu, je trouvais que [...] alors qu'on était souvent confrontés à ce problème, il y avait justement une sorte de fatalisme* » (MG1) ; « *il y a des choses un petit peu différentes, par rapport, par exemple, à la famille, par rapport au traitement qu'on fait, par rapport aux limitations de traitement* » (MG7). Non seulement la mort mais aussi les mauvaises nouvelles sont mieux accueillies grâce aux croyances. « *peut-être [que] c'est Dieu qui le veut* » (MG1) ; « *voilà c'est fatal, puis que [...] de toute façon c'est Dieu qui décide.* » (MG8).

Malgré ces différences, il n'y a aucun doute que l'objectif est de s'adapter et respecter leurs souhaits. « *À partir du moment où on est médecins, c'est pour l'ensemble de chacun des patients et j[ne] n'ai pas à distinguer [...]. Moi je m'adapte au patient lui même, quelque soit sa culture finalement.* » (MG6).

3.7. Unité de sens 4 : Suivi

Dans cette unité de sens, sont englobés d'une part les rendez-vous et d'autre part les prescriptions et les traitements. Pourquoi ces deux thèmes sont-ils inclus dans le suivi ? Parce que la plupart des patients chroniques ont besoin d'un renouvellement de traitement régulier et c'est la raison pour laquelle ils doivent prendre rendez-vous avec leur médecin. Il y a également d'autres raisons de suivi comme la prévention par exemple.

Comme précédemment, les avis sont partagés et cette unité n'est pas une exception.

3.7.1. Rendez-vous

La majorité des participants ont été d'accord sur le fait qu'il y ait un problème sur l'assiduité et la ponctualité. Ils remarquent des rendez-vous non honorés et des retards. « *Ils prennent le rendez-vous le matin et [ne] viennent pas l'après-midi* » (MG2) ; « *les horaires parfois c'est élastique.* » (MG10).

Par ailleurs, il est noté des consultations pour plusieurs patients quand il n'y a qu'un créneau. « *Une population que pour un[ne consultation], viennent à plusieurs.* » (MG3) ; « *il y en a pour un ou pour deux, tu en vois six.* » (MG9). Il faut dire aussi que pour la plupart, cela se passe ainsi surtout au début de la relation médecin-patient ; il y a ensuite une amélioration avec l'explication du fonctionnement du cabinet. « *Peut-être que c'est dans les premières consultations où on n'a pas encore pris ses marques l'un par rapport à l'autre* » (MG1).

Des réflexions surgissent devant ces faits car ils travaillent majoritairement dans les usines du secteur et la plupart n'ont pas de véhicule. C'est pourquoi ce ne serait pas juste culturellement mais aussi à cause de leurs conditions de vie en France. « *Alors je sais pas si c'est un biais par rapport au fait qu'ils [n']aient pas forcément de voiture, de moyen de transport, ou si c'est culturel,* » (MG7) ; « *c'est dû à leur culture mais pas que; [...] ils ont beaucoup de changement d'horaires, inopinés, que c'est souvent une des grandes raisons évoqués au fait qu'ils soient pas venus.* » (MG8).

Une minorité ne trouve pas qu'il y ait forcément une différence par rapport aux autres patients. « *Pas forcément.* » (MG4) ; « *je pense qu'il y a quand même des ratés et des gestions du temps qui [sont] parfois... ils sont un peu trop en retard, ça peut arriver. Mais c'est pas du tout la généralité de la communauté, bien sûr que non.* » (MG6).

3.7.2. Prescriptions

3.7.2.1. Contraception

Pour ce qui concerne la contraception, il y a des différences par rapport aux autres prescriptions de médicaments et par rapport à d'autres patients.

Premièrement, il y a ceux qui rencontrent des difficultés lors de la prescription et de la tolérance au médicament. Comme on a dit antérieurement, le mari est souvent le traducteur ou parfois ce sont les enfants, et ce n'est pas facile d'avoir un espace entre femme et médecin seuls. « *Les maris, sont en "consult", moi je trouve c'est très gênant [...]. C'est aussi des fois les enfants, parler de sexualité quand il y a des enfants qui font la traduction c'est un peu... c'est un peu compliqué* » (MG8). Ils remarquent aussi des croyances sur le traitement et le manque d'acceptation par rapport à leur religion. « *Une dame, [...] qui [ne] prend pas de contraception parce que son mari ne veut pas* » (MG3) ; « *déjà, il faut avoir la notion de contraception, c'est pas toujours facile [...] surtout en post-partum, c'est souvent ça que j'ai le plus de mal à gérer.* » (MG8).

Deuxièmement, d'autres médecins ne se voient pas ou peu confrontés à ce sujet. Il y a moins de demande de la part des patientes et il y a des médecins hommes qui ne pratiquent pas ou peu la gynécologie à son cabinet. « *On est taillé en pièce pas les sage-femmes* » (MG9) ; « *J[ne] n'ai pas eu le cas.* » (MG4).

Finalement, les plus importantes difficultés ont été les croyances et freins des médecins par rapport à la culture différente et l'abord de la contraception. « *J'aurais une petite appréhension par rapport aux arrêts de traitements entre deux plaquettes.* » (MG1) ; « *C'est des populations, avec des religions et de*

croyances qui leur permet moins facilement la contraception. » (MG3) ; « je trouve, là pareil, peut-être à tort mais, voilà, elles supportent pas très bien les contraceptions. » (MG5) ; « j[ne] n'ai pas été confronté à ça; mais ça doit être quelque chose assez difficile à aborder; en tout cas de mon point de vue. » (MG7) ; « je [ne] suis pas sûr que ça soit très aisé » (MG6).

3.7.2.2. Assiduité aux traitements

Tout d'abord, la plupart des médecins trouvent qu'il y a une bonne assiduité aux traitements. Les patients reviennent pour leurs renouvellements réguliers d'ordonnance. Quelquefois, cette assiduité est aussi grâce à l'aide des enfants qui leur préparent leurs piluliers. *« Mes patients anglais, si tu veux [...] ils prennent facile[ment], exécutent en fait ce qu'on leur dit facilement » (MG2). ; « Pour l'instant, je n'ai pas de mauvaise expérience. » (MG3) ; « s'ils reviennent, à priori c'est qu'ils ont besoin de leurs prescriptions et donc, à priori ça veut dire [qu']ils suivent leur traitement comment il faut » (MG10). Il n'y a pas de difficulté particulière lors de la prescription de ce traitement, pas de refus. « [J'ai] Jamais eu trop problème dans la prescription ou non, dans l'acceptation du traitement » (MG4).*

D'autres n'arrivent pas à se positionner, mais ne croient pas qu'il y ait de différence par rapport aux patients de culture française. *« Je [ne] sais pas du tout. Mais [...] les gens qui sont d'origine française, je [ne] suis pas sûre non plus » (MG5) ; « là, je [ne] mets pas une culture par rapport à une autre, c'est personne-dépendant » (MG7).*

D'un autre côté, il y a une minorité de médecins qui trouvent des difficultés. Ces difficultés sont surtout liées à la mauvaise observance du traitement. *« On prescrit pour quatre mois et puis on voit les gens au bout de six mois. » (MG1).*

D'autres médecins évoquent le problème de compréhension des ordonnances et l'influence du travail sur l'assiduité des prises. *« Franchement, ils font des boulots [...] vraiment compliqués, avec des horaires décalés... du*

coup le médicament ils vont le sauter » (MG8) ; « Il y a la difficulté de la langue pour expliquer la prise, à quoi ça sert, les effets indésirables » (MG10).

Une autre difficulté c'est les différents intervenants sur un même patient. *« Aux Comores c'est souvent [...] j'ai appelé le marchand il m'a dit... » (MG8).*

3.7.2.3. L'importance des traitements

Certains remarquent qu'ils donnent plus d'importance aux médicaments, *« il y a parfois le côté un peu magique du médicament [...], l'impression qu'un cachet va tout guérir » (MG10).* Aussi, ils sont plus demandeurs et c'est difficile de finir une consultation sans ordonnance. Souvent, c'est lié aux voyages vers leur pays d'origine ou pour éviter de venir en consultation. *« Ils [...] demandent beaucoup de médicaments de premier recours, [...] ils viennent pour eux et ils te demandent beaucoup pour les enfants [...] pour avoir sous la main, je pense et pour pas déranger » (MG7) ; « est-ce qu'ils utilisent aussi ce qu'on prescrit en France pour les ramener dans le pays ? J'ai parfois de doutes » (MG5).*

D'autres sont d'un avis complètement contraire, *« je pense qu'ils ont besoin d'écoute mais je suis pas sûre [...] qu'ils aient besoin de plus de traitement. » (MG3) ; « J'ai plus vu ceux qui [ne] prennent pas, que ceux qui prennent trop » (MG8).*

3.8. Unité de sens 5 : Parcours migratoire

Les patients de cultures différentes qu'on rencontre en consultation ont vécu un parcours migratoire. Cela signifie qu'ils ont parcouru différents pays en état de paix ou de conflit, qu'ils ont vécu dans d'autres cultures et il y en a même qui ont traversé la mer Méditerranée avant d'arriver en France. Ce parcours a influencé leur façon de voir et comprendre la vie mais pas que, il y a un impact aussi sur les soins. *« Quand on les rencontre au début, il faut prendre le temps de les interroger sur ce parcours. » (MG1).*

En parlant de pays traversés, beaucoup de migrants venant du Maroc et du Sahara sont passés et ont même habité pendant plusieurs années en Espagne. Il y en a plusieurs qui parlent espagnol en plus d'une autre langue . *« Dans notre région, on a [...] une partie du Magreb, du Sahara occidental [...]*

qui sont hispanophones » (MG1). Pendant leur vie dans la péninsule ibérique, ils ont bénéficié d'une prise en charge sanitaire, des maladies ont été diagnostiquées et des traitements débutés. Par contre, une fois partis, ils n'ont pas souvent leur dossier médical avec eux. Ils apportent quelquefois des ordonnances mais pas toujours. Cela peut être une difficulté pour les médecins du Bocage. « *Très souvent, il y a des choses [qui] on été faites avant, mais on [n']a aucune base de dossier, on [n']a aucun suivi, [...] on vient sur les quelques dires, une ordonnance, un examen complémentaire, et c'est vrai que dans le suivi et l'accompagnement des pathologies chroniques, c[e n]'est vraiment pas évident.* » (MG6).

Beaucoup de personnes migrantes s'installent dans le Bocage Bressuirais parce qu'il y a beaucoup de travail dans des grandes compagnies agroalimentaires. Par ailleurs, en Deux-Sèvres au deuxième trimestre de 2024, il y a un taux de chômage plus bas (5,4%) que la moyenne nationale (7,3%) (14)(15). « *Nous sommes dans un territoire [où] il y a peu de chômage, beaucoup de travail, donc il y a beaucoup de gens qui viennent de l'extérieur, pour faire ce [...] travail.* » (MG1) ; « *c'est des patients qui travaillent beaucoup dans la grosse boîte agroalimentaire du coin* » (MG8). Ce genre de travail en chaîne et plutôt physique crée des troubles musculo-squelettiques plus fréquents chez ces populations, « *C'est plutôt des troubles musculo-squelettiques, parce qu'en fait, ils ont commencé jeunes à bosser, et puis ils sont épuisés* » (MG9).

3.8.1. Organisation des soins

A l'arrivée en France, ils ne bénéficient pas automatiquement d'une prise en charge médicale et ne connaissent pas toujours les démarches à suivre et leurs droits. Certains ont plus de difficultés à accéder aux soins que d'autres. « *Est-ce qu'ils savent qu'ils peuvent avoir une prise en charge gratuite ? C'est pas certain, et donc, ils vont attendre.* » (MG2). En conséquence, quand ils ont accès aux cabinets médicaux, ils ont des pathologies plus évoluées et qui sont devenues plus graves. « *Quand ils arrivent à avoir enfin un rendez-vous, souvent, il s'est passé plusieurs mois, plusieurs années, donc on arrive sur des choses plus évoluées.* » (MG7).

Une fois rentrés dans le système de santé français, il faut aussi qu'ils apprennent le fonctionnement de celui-ci et des cabinets médicaux, ainsi que les parcours à suivre pour aller chez un spécialiste. « *Ils [ne] connaissent pas complètement le système de santé comme nous ici, et donc voilà, leur interprétation du système est un peu différente avec l'impression qu'on peut tout régler dans une seule fois, avec des demandes qui paraissent, parfois, inadaptées* » (MG10).

3.8.2. Troubles psychosomatiques

Leurs parcours ne sont pas toujours faciles. Certains fuient des guerres, des conflits, d'autres ont vu mourir des membres de leur famille, d'autres encore ont été agressés physiquement mais aussi torturés ou violés. « *De parcours hyper compliqués, notamment [...] torture, tout ça* » (MG8) ; « *Beaucoup [de] personnes qui arrivent ici ont subi des violences sexuelles ou même physiques* » (MG1). Beaucoup de ces patients laissent une partie de leur famille dans leur pays d'origine et se retrouvent en dehors de leur zone de confort. « *Ils ont quitté leur pays, et [...] ils ont quitté du monde là bas et c[est] sont] des gens qui sont déracinés [...] avec des pathologies psychiatriques un peu fortes.* » (MG9). Ces expériences pénibles qui font partie de leur histoire ainsi que le déracinement de leur pays natal peuvent affecter l'expression de certaines maladies. « *Ça peut avoir des répercussions sur le ressenti de certaines pathologies je pense.* » (MG3) ; « *Se retrouver du jour à le lendemain dans un pays où même pour eux c'est pas la même culture, enfin, ça doit être compliqué aussi.* » (MG4).

Dans cette population on retrouve souvent des problèmes psychosomatiques. « *Plus le parcours a été dur, plus ils ont des troubles psychosomatiques.* » (MG8) ; des symptômes physiques qui correspondent à des souffrances passées sans aucune anomalie organique. « *Multiplés symptômes corporels, qui après bilan, ne correspondent à rien, c'est presque [un] syndrome post-traumatique* » (MG8). Il peut y avoir de l'anxiété, des troubles de l'humeur, des problèmes de sommeil, un état de stress post-traumatique. « *Il peut y avoir des insomnies, [...] des maux de tête chroniques, [...] des plaintes qu'on ne retrouverait pas forcément à l'examen mais [...] qui*

correspondent à des souffrances réelles » (MG1) ; « Des syndromes anxio-dépressifs un peu réactionnels à ce qu'ils ont eu » (MG4) ; « il y a de grosses pathologies psychiatriques qui sont présentes [...] sous forme plutôt de colères indistinctes » (MG9).

Par ailleurs ils n'expriment pas leur souffrance psychologique. Ils font souvent référence à des problèmes et des douleurs liés au corps et pas au psychique. *« Certains parlent de leur difficulté, que la famille est au pays mais [...] ils [ne] vont pas beaucoup [sur] ce terrain-là, c'est plutôt en disant, j'ai mal partout qu'ils vont nous le faire remarquer. » (MG6) ; « peut-être qu'on [ne] veut pas montrer le [...] stigmatisme psychologique de la migration tout simplement » (MG10).*

D'un autre côté, les patients français présentent aussi des pathologies psychosomatiques. *« Je ne trouve pas que ce soit plus les patients immigrés ou pas. » (MG5).*

4. DISCUSSION

4.1. Analyse des résultats

Cette étude a permis de mettre en évidence que les médecins généralistes du Bocage Bressuirais expriment des difficultés lors des consultations avec les patients de cultures différentes. Ces difficultés sont médecin-dépendant car il y a souvent une discordance d'avis parmi les participants. L'exception est la barrière de la langue, quand les patients ne parlent ni anglais ni français, ils ont tous des difficultés.

D'un autre côté, il est important de souligner que tous les médecins ont des préjugés, surtout quand la culture du patient n'est pas une culture européenne. Cela peut modifier leur pratiques, les empêcher de dire ou de faire pour ne pas se mettre en difficulté.

Malgré leurs craintes, les médecins continuent à prendre en charge les patients de cultures différentes et les accueillent en essayant de ne pas les pénaliser.

Malheureusement, il y a des médecins qui restent en retrait et n'arrivent pas à surmonter quelques représentations, peut-être par manque de formation ou d'ouverture d'esprit.

L'autre objectif de l'étude est de connaître les adaptations mises en place. Les médecins ont des astuces pour pouvoir résoudre la plupart des problèmes. Même quand ils ne l'expriment pas comme une adaptation, ils le font sans s'en rendre compte. Ils examinent au dessus des vêtements ou ils font appel à d'autres soignants ou interlocuteurs pour rendre performantes les consultations.

Malgré leurs solutions, il restent encore des points à améliorer par rapport à la communication et les barrières culturelles.

4.2. Sujets non abordés

Tout d'abord, c'est le courage des migrants. L'importance n'est pas la distance de leur pays d'origine ou le continent auquel ils avaient appartenu, mais le changement vécu. Certains migrants, venus de pays plus lointains, ont

eu des conditions de déplacements très pénibles et ont vécu des situations d'extrêmes souffrances.

La migration implique des efforts et des sacrifices qui sont souvent minimisés. À l'arrivée dans un nouveau pays, ils perdent tous leurs repères et fréquemment une partie de leur famille. C'est pour cette raison que ces patients doivent être prise en charge très soigneusement en essayant de leur faire comprendre qu'ils peuvent nous faire confiance malgré les difficultés et barrières que soignants et soignés peuvent avoir.

Ensuite, à l'époque actuelle, où certaines forces politiques souhaitent changer l'accès aux soins des patients immigrés, il est important de voir que les soignants ont volonté de ne pas faire de différence et de travailler sur leurs représentations pour les surmonter. Dans ce contexte, la réalisation d'actes gratuits n'a pas été abordée.

Par ailleurs, les troubles anxio-dépressifs liés à la migration ne sont pas mis en rapport avec le changement météorologique. Les patients venant de certains pays d'Afrique ou du Sud d'Europe, peuvent vivre, parfois, une tristesse météorologique. Dans leur pays d'origine, le soleil est présent presque toute l'année et les températures sont beaucoup plus élevées que dans le Bocage Bressuirais. Est-ce que cela pourrait se manifester par une difficulté d'acclimatation et une augmentation de la tristesse chez ces patients ? Cette question pourrait être étudiée ultérieurement.

4.3. Mise en commun des connaissances

La plupart des recherches se font sur les difficultés de la communication entre médecins et patients de cultures différentes ou sur les ressentis de l'un des deux interlocuteurs.

Une thèse, réalisée en Picardie, a étudié les problèmes de communication interculturelle entre médecins et patients (16). Le principal problème évoqué a été la barrière de la langue. Il a été remarqué la méconnaissance de la culture de l'autre interlocuteur, les représentations par rapport à l'autre culture et les différences culturelles.

Aux Pays Bas, a été également étudié, la communication interculturelle du point de vue du patient (17). Les patients immigrés déclarent que leur problème principal est la barrière de la langue, mais que la communication s'améliore avec la relation de confiance avec le médecin et plus la relation médecin-patient se prolonge dans le temps, moins il y a de difficultés. Les patients considèrent qu'il est important que la communication soit centrée sur eux et que le médecin donne des explications claires et simples. Ils ont trouvé aussi qu'une autre difficulté de la part des patients était la méconnaissance du système de santé, sujet aussi évoqué lors de cette thèse.

D'autres chercheurs hollandais ont étudié les différences interculturelles entre les médecins généralistes et les parents des patients-enfants (18). Ils ont trouvé une relation positive dans la compréhension entre le patient et le médecin et l'assiduité aux traitements. La communication et la compréhension étaient influencées par la culture, la langue, et dans une moindre mesure par le niveau intellectuel du patient.

Un autre article réalisé par des médecins de Genève travaillant dans un centre de santé pour migrants (19), a montré que plus la différence de culture est flagrante (couleur de peau, vêtements, langue), plus les médecins ont des stéréotypes sur leurs patients. Ceci est majoré également par le manque de temps en consultation et l'absence d'expérience et de liens du médecin avec la culture du patient. Ils ont proposé également des solutions : se donner plus de temps, clarifier les origines et la langue maternelle, questionner sur la culture du patient et en cas d'événements particuliers ou maladies, évoquer les rituels liés à la culture sans jugement.

D'un autre côté, une étude, menée en Amérique, a étudié l'influence de l'origine et le statut socio-économique du patient sur la perception médicale du patient (20). Celle-ci a montré que les médecins font une relation entre les patients afro-américains et une mauvaise observance de la réhabilitation cardiaque, un mésusage des traitements, un environnement social inadéquat et un moindre niveau d'intelligence.

Toutes les études montrent que les médecins ont des représentations sur les populations émigrées qui nécessitent des adaptations.

4.4. Limites de la thèse

Les limites de cette étude sont premièrement le manque d'expérience de la chercheuse pour faire des entretiens semi-dirigés et pour réaliser une étude qualitative.

Deuxièmement, la langue maternelle de la chercheuse n'est pas le français, ce qui peut se traduire par une perte d'information lors des transcriptions avec parfois une mauvaise compréhension des réponses. Cette limite a été diminuée grâce à l'écoute itérative des entretiens et à la réduction de leur vitesse. Par ailleurs, la triangulation a été faite avec deux autres médecins dont la langue maternelle est le français.

Troisièmement, tous les médecins travaillent en cabinet de groupe et une grande majorité dans la même maison médicale. Ceci peut être un biais car les patientèles se ressemblent et les façons de faire et de penser des médecins peuvent se rapprocher.

Même si la chercheuse a analysé les données de façon objective, son expérience professionnelle et personnelle peut avoir influencé inconsciemment les résultats.

4.5. Perspectives

D'autres thèses de recherche pourraient être dirigées vers le ressenti des patients. Cela permettrait de connaître leur point de vue, apprendre leur côté culturel dans le monde sanitaire, leurs rituels et leurs attentes.

Certaines études (16)(21) ont discuté de l'intérêt d'une formation pour mieux appréhender les prises en charge de patients de cultures différentes. Cela pourrait se faire dans les facultés de Médecine pour tous les futurs soignants.

Pour les médecins généralistes réunis en CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) il doit y avoir une représentation des usagers. Il serait intéressant dans ce cadre de faire des rencontres entre les soignants et les patients de cultures différentes pour échanger sur les difficultés, ceci pourrait amener à des changements des représentations et des modifications des pratiques.

Une autre idée serait de répertorier les langues parlés par les soignants du territoire pour mieux orienter ou se faire aider. Les modalités de cette création pourraient aussi se faire dans le cadre des CPTS.

5. CONCLUSION

Les médecins généralistes du Bocage Bressuirais expriment des difficultés lors des consultations avec des patients de cultures différentes. Ces difficultés ont nécessité des adaptations chez les médecins pour pouvoir y faire face et réussir à prendre en charge le mieux possible leurs patients. Malgré ces efforts, certaines consultations sont complexes et toutes les barrières ne sont pas encore surmontées. Un travail pourrait être fait en dehors du temps de la consultation avec des représentants des patients pour aborder ces questions sensibles afin d'améliorer la qualité des soins.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) L'Académie Française. Dictionnaire de l'Académie Française [en ligne]. 2019 [cité le 10 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9M2127>
- (2) McAuliffe, M. Triandafyllidou, A. État de la migration dans le monde 2022. Genève : Organisation Internationale pour les migrations (OIM) ; 2021.
- (3) Institut Nationale de la Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE). L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers [en ligne]. 2008 [cité le 10 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
- (4) Institut Nationale de la Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE). Étrangers - Immigrés en 2020 Bassin de vie 2022 de Bressuire (79049) [en ligne]. 2008 [cité le 10 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7633125?sommaire=7633727&geo=BV2022-79049>
- (5) Institut Nationale de la Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE). Étrangers - Immigrés en 2016 Département des Deux-Sèvres (79) [en ligne]. 2008 [cité le 10 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4177162?sommaire=4177618&geo=DEP-79>
- (6) L'Académie Française. Dictionnaire de l'Académie Française [en ligne]. 2019 [cité le 10 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9C5286>
- (7) Les mardis de l'essec. La confrontation des mardisiens. Crise de (dans) la culture? [en ligne]. 2020 [cité le 10 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.lesmardis.fr/opinions/crise-de-dans-la-culture/>
- (8) Würth K, Langewitz W, Reiter-Theil S. Their view: difficulties and challenges of patients and physicians in cross-cultural encounters and a medical ethics perspective. BMC Med Ethics. 2018; 19 (70): 1-10. [DOI : <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0311-4>]
- (9) Schinkel S, Schouten BC, Kerplick F, Van Den Putte B, Van Weert JMC. Perceptions of Barriers to Patient Participation : Are They Due to Language, Culture, or Discrimination?, Health Communication. 2019; 34(12) : 1469-1481. [DOI : 10.1080/10410236.2018.1500431]

- (10) Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev.* 2015 ; 15(157) : 50-54. [DOI : <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>]
- (11) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus groups, *INT J QUAL HEALTH C.* 2007 ; 19(6) : 349–357. [DOI : <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>]
- (12) Darse A, Hertrich V. Comment aborder les pratiques religieuses en Afrique Subsaharienne ? Les enseignements d'une enquête longitudinale en milieu rural malien. Documents de travail [en ligne] 2017 [cité le 03 octobre 2024]. ; 232. Disponible sur : <https://shs.hal.science/halshs-01552777v1/document>
- (13) Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Maladies non transmissibles. Restez en bonne santé pendant le Ramadan [en ligne]. 2018 [cité le 24 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.emro.who.int/fr/noncommunicable-diseases/campaigns/stay-healthy-during-ramadan.html>
- (14) Institut Nationale de la Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE). Taux de chômage localisés au 2e trimestre 2024 [en ligne]. 2008 [cité le 24 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012804>
- (15) Institut Nationale de la Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE). Au deuxième trimestre 2024, le taux de chômage diminue de 0,2 point [en ligne]. 2008 [cité le 24 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8239339>
- (16) Polin J. La communication au sein de la relation de soin interculturelle : quels impacts sur la pratique du médecin généraliste ? [thèse]. Amiens : Université d'Amiens ; 2023 [cité le 29 septembre 2024]. 92p. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04279751/file/2023AMIEM110_POLIN_Johnny.pdf
- (17) Paternotte E, van Dulmen S, Bank L, Seeleman C, Scherpbier A, Scheele F. Intercultural communication through the eyes of patients : experiences and preferences. *Int J Med Educ.* 2017 ; 16(8) : 170-175. [DOI : 10.5116/ijme.591b.19f9]
- (18) Harmsen H, Meeuwesen L, van Wieringen J, Bernsen R, Bruijnzeels M. When cultures meet in general practice: intercultural differences between

- GPs and parents of child patients. *Patient Educ Couns.* 2003 ; 51(2) : 99-106. [DOI : 10.1016/s0738-3991(02)00195-7]
- (19) Durieux-Paillard S, Loutan L. Diversité culturelle et stéréotypes : la pratique médicale est aussi concernée. *Rev Med Suisse* 2005 ; 1 : 2208-13. [DOI : 10.53738/REVMED.2005.1.34.2208]
- (20) Van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Soc Sci Med.* 2000 ; 50(6) : 813–28.
- (21) Uysal A. Les différences culturelles et leur impact sur la relation soignant-soigné [mémoire]. Fribourg : Haute école de la santé ; 2010 [consulté le 29 septembre 2024]. 57p. Disponible sur : https://sonar.ch/documents/313737/preview/UYSAL_Ayse_1_re_Partie_BT.pdf
- (22) Collège de Médecine Générale de Nice. Guide méthodologique pour les thèse qualitatives. [en ligne] 2013 [cité le 10 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
- (23) Trimbur M, Plancke L, Sibeoni J. Réaliser une étude qualitative en santé - Guide méthodologique. [en ligne] [cité le 10 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30731.pdf>
- (24) Morrow, Rosie, Rodriguez, Alison and King, Nigel. Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The psychologist.* 2015 ; 28(8) : 643-644.
- (25) Université de Lorraine Bibliothèques Universitaires. Guide pour la rédaction de références bibliographiques [en ligne] 2022 [cité le 29 septembre 2024]. Disponible sur . https://bu.univ-lorraine.fr/sites/default/files/users/user779/Guide%20biblio%20Vancouver%202022-2023_0.pdf
- (26) Sironi A, Bauloz C, Emmanuel M, Organización Internacional para las Migraciones. Derecho internacional sobre migración n°34 - Glosario de la OIM sobre Migración. Genève : Organización Internacional para las Migraciones (OIM) ; 2019

7. ANNEXES

7.1. ANNEXE 1 - Guide d'entretien

Questionnaire

- 1- Avez-vous des patients d'autres cultures?
 - 2- Lesquelles? (Mahorais, Sahraoui, Maghreb, Mali, Soudan...)
- Concernant les patients d'autres cultures:
- 3- Avez-vous ressenti des difficultés pendant les consultations? Si oui, lesquelles?
 - 4- Comment vous adaptez-vous pour comprendre ou vous faire comprendre dans l'échange avec le patient?
 - 5- Trouvez-vous qu'ils manquent plus de rendez-vous ou qu'ils arrivent plus souvent en retard?
 - 6- Est-ce que c'est plus compliqué de leur faire comprendre la gravité des maladies?
 - 7- Croyez-vous que leurs habitudes ou mode de vie peuvent rendre leur prise en charge plus difficile? (alimentation, déplacements, relations)
 - 8- Trouvez-vous compliqué d'apprécier la douleur physique chez ces patients? (Faire la différence entre l'intensité de la plainte et la réalité)
 - 9- Que pensez-vous du rapport aux médicaments des personnes de cultures différentes? (Croyances)
 - 10- Par rapport à la contraception?
 - 11- Y-a-t'il une bonne assiduité à la prise de médicaments?
 - 12- Est-ce que la culture du patient peut être pour vous un frein à aborder certains sujets?
 - 13- Croyez-vous que la culture a un impact sur l'examen clinique?
 - 14- Faites-vous un examen clinique différent?
 - 15- Y-a-t'il des difficultés liées au genre du médecin?
 - 16- Est-ce que pour vous la culture peut avoir un impact sur la prise en charge d'un patient en fin de vie?
 - 17- Est-ce que vous pensez que le parcours difficile de certaines personnes immigrées peut modifier la présentation des pathologies? Comment cela peut-il influencer?

8. RÉSUMÉ

Introduction

La migration est un sujet d'actualité. En France, plus de 10% de la population sont des migrants et sont sur Bressuire presque 6%. De ce fait, plusieurs cultures co-existent dans un même endroit. Devant cette mobilité des populations, les médecins du Bocage Bressuirais sont amenés à traiter des patients de cultures différentes. Quelles sont leurs difficultés et comment s'y adaptent-ils?

Matériel et méthode

Une étude qualitative phénoménologique moyennant des entretiens semi-dirigés a été réalisée. La population ciblée a été les médecins généralistes du Bocage Bressuirais. Les entretiens ont été transcrits et ensuite une analyse thématique avec triangulation a été menée.

Résultats

Dix médecins généralistes ont formé l'échantillon de l'étude. Les difficultés les plus ressorties ont été la communication et les représentations des médecins face aux cultures différentes. Les autres problèmes évoqués ont été leur suivi, leur mode de vie et leur parcours migratoire. Tous les médecins ont précisé également les différentes adaptations appliqués pour palier ces barrières.

Discussion

Cette étude confirme que les médecins du Bocage Bressuirais présentent des difficultés lors des consultations avec des patients de cultures différentes et qu'ils ont mis en place des adaptations. Il restent toujours des freins. C'est pour cette raison qu'une thèse sur le point de vue des patients serait intéressante. Des rencontres entre les soignants et les patients de cultures différentes pourraient être expérimentées dans le cadre de nouvelles missions des CPTS.

Mots clés: Migration, culture, difficulté, adaptations, représentations, communication.

ABSTRACT

Introduction

Migration is a prominent topic nowadays. In France, over 10% of the population are migrants and they represent almost 6% of the Bressuire's population. Therefore, several cultures coexist in the same area. These population movements require Bressuire's Bocage's physicians to take care over people from different cultures. What challenges do they face and how they adapt to them?

Methods

A phenomenological qualitative research by semi-structured interviews was conducted. The studied population consisted of general practitioners from Bressuire's Bocage. The interviews were transcribed and analysed through thematic analysis with triangulation.

Results

The sample consisted of ten general practitioners. The most frequently highlighted difficulties were communication and physicians' preconceived ideas when working with patients from different cultures. Other challenges included patient follow-up, lifestyle and their migration path. Adaptations in response to these challenges were implemented by all the interviewed physicians.

Discussion

This study confirms that general practitioners in Bressuire's Bocage's face challenges with appointments with patients from different cultures, and they have made some adaptation to address them. However, setbacks are still present. For this reason, further studies focusing on patients' perspectives could be of high value. Additionally, meetings between patients from different cultures and healthcare workers could be introduced as new advancement for the "CPTS" (Professional Health Territorial Community).

Key words: Migration, culture, difficulties, adaptations, preconceived ideas, communication.

RESUM (Devant le manque de compréhension de la langue française de part de ma famille et amis, je me suis permis de traduire au catalan le résumé.)

Introducció

La migració és un tema d'actualitat. A França, més del 10% de la població són migrants i a Bressuire ho són gairebé el 6%. En conseqüència, diverses cultures coexisteixen en un mateix lloc. Aquesta mobilitat poblacional provoca que els metges de família del Boscatge de Bressuire tractin pacients de cultures diferents . Quines son les seves dificultats i com s'hi adapten?

Material i Mètodes

S'han entrevistat metges de família per a realitzar un estudi qualitatiu fenomenològic mitjançant entrevistes semidirigides. La població d'aquest han estat els metges de família del Boscatge de Bressuire. Les entrevistes han estat transcrites i s'ha realitzat una anàlisi temàtica amb triangulació de dades.

Resultats

La mostra de l'estudi ha estat formada per deu metges de família. Les dificultats més freqüents han estat la comunicació i els prejudicis dels metges envers les cultures diferents. Les altres problemàtiques trobades han estat el seguiment, l'estil de vida i el procés de migració.

Discussió

Aquest estudi confirma que els metges del Boscatge de Bressuire experimenten dificultats durant les consultes amb els pacients de cultures diferents i que han implementat adaptacions per vèncer-les. Tot i així, encara queden obstacles. És per aquest raó que una tesi sobre el punt de vista dels pacients podria ser interessant. També es podrien realitzar trobades entre el personal sanitari i els pacients de cultures diferents com una de les noves missions de les CPTS (Comunitat Professional Territorial de Salut).

Paraules Clau: *Migració, cultura, dificultats, adaptacions, prejudicis, comunicació.*

9. SERMENT D'HIPPOCRATE



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Les difficultés du médecin généraliste avec les patients de cultures différentes en Bocage Bressuirais et les adaptations mises en place

Introduction

La migration est un sujet d'actualité. En France, plus de 10% de la population sont des migrants et sont sur Bressuire presque 6%. De ce fait, plusieurs cultures co-existent dans un même endroit. Devant cette mobilité des populations, les médecins du Bocage Bressuirais sont amenés à traiter des patients de cultures différentes. Quelles sont leurs difficultés et comment s'y adaptent-ils?

Matériel et méthode

Une étude qualitative phénoménologique moyennant des entretiens semi-dirigés a été réalisée. La population ciblée a été les médecins généralistes du Bocage Bressuirais. Les entretiens ont été transcrits et ensuite une analyse thématique avec triangulation a été menée.

Résultats

Dix médecins généralistes ont formé l'échantillon de l'étude. Les difficultés les plus ressorties ont été la communication et les représentations des médecins face aux cultures différentes. Les autres problèmes évoqués ont été leur suivi, leur mode de vie et leur parcours migratoire. Tous les médecins ont précisé également les différentes adaptations appliqués pour palier ces barrières.

Discussion

Cette étude confirme que les médecins du Bocage Bressuirais présentent des difficultés lors des consultations avec des patients de cultures différentes et qu'ils ont mis en place des adaptations. Il restent toujours des freins. C'est pour cette raison qu'une thèse sur le point de vue des patients serait intéressante. Des rencontres entre les soignants et les patients de cultures différentes pourraient être expérimentées dans le cadre de nouvelles missions des CPTS.

Mots clés: Migration, culture, difficulté, adaptations, représentations, communication.