Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2022

THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 12/01/2023 depuis La Réunion
par ADRIEN PALY

Titre

Ressentis et représentations des médecins généralistes de La Réunion concernant l'utilisation des langues régionales en consultation : cas particulier du créole Réunionnais.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur MEURICE Jean-Claude

Membres : Monsieur le Docteur PARTHENAY Pascal et Monsieur le Docteur DU BREUILLAC Jean

Directeur de thèse : Dr BESNIER MARC

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2022

THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 12/01/2023 depuis La Réunion
par ADRIEN PALY

Titre

Ressentis et représentations des médecins généralistes de La Réunion concernant l'utilisation des langues régionales en consultation : cas particulier du créole Réunionnais.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur MEURICE Jean-Claude

Membres : Monsieur le Docteur PARTHENAY Pascal et Monsieur le Docteur DU BREUILLAC Jean

Directeur de thèse : Dr BESNIER MARC

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
05.49.45.43.43 - 05.49.45.43.05

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- 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
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- 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
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- 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
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – Assesseur 1er cycle
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – Assesseur pédagogique médecine
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – Doyen, Directeur de la section médecine
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – Assesseur L.AS et 1er cycle
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- 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 3e cycle
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – Assesseur 1e cycle
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – Référente égalité- diversité
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio- vasculaire (en mission 1 an à/c 01/11/2022)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)

- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – Référente relations internationales
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (en dispo 1 an à/c du 31/07/2022)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c 01/11/2022)

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – Assesseur 2nd cycle
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

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
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène

- CASTETS Monique, 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, cancérologie 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)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex- émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- 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)
- MARILLAUD 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)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – Assesseur pédagogique pharmacie
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – Directeur de la section pharmacie

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie

- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- 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

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

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Abréviations :

AHRQ : Agency for healthcare research and quality
CNIL : Commission national de l'informatique et des liberté
SSP : Solution Sécurité Patient
OMS : Organisation Mondiale de la santé
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
DES : Diplôme d'étude spécialisé
COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research
CNGE : Collège national des généralistes enseignants
RQDA: logiciel libre d'analyse qualitative
CPP: Comité de protection des personnes
SIL : Summer Institute of Linguistics, Société internationale de linguistique en français

Remerciements

Évidemment à vous mes parents, qui m'avez élevé dans les meilleures conditions possibles. Papa, ton sens logique et ton calme, ton émerveillement et ton amour pour tes enfants. Maman, pour ton amour et ta bienveillance, dans le rôle de la maman aimante et protectrice. Vous nous avez tellement donné de vous pour qu'on puisse réussir, s'épanouir. Avec vous, le monde est tellement plus doux.

A toi mon frère, architecte de mon équilibre dans la vie. Tu as su dessiner et construire le tuteur sur lequel j'ai poussé sans encombre.

A vous, mon médecin de famille, Dr Frédérique MOHY, qui m'avez suivi, soigné depuis ma naissance et m'avez probablement, inconsciemment, transmis cette envie de devenir comme vous.

A vous les copains du collège et du lycée : Angelo, Jordi, Elliot, Théo, Guillaume, Antoine, Marvin, Jon, Vincent et Paul. Merci à Seb, Yorick, Olivier, Benji. Une bande de copains d'avant et d'aujourd'hui.
A toi Martin, fidèle compagnon de route depuis toutes ses années.

Merci à Bordeaux, ma ville, pour tous ces souvenirs incroyables de l'externat.
Les bons moments chez Pierre, Margaux et Chanel, avec Maxime, les Hoepffs, au 4 rue de condé, à super smash bros, Marek Hemmann et Paul Kalkbrenner, à l'iBoat, aux grands hommes et au Ferret.

A vous les copains de la P1 Quentin, Shayanne, Geoffrey. Pour tous ces bons souvenirs dans la faille ou en Azeroth. Merci Rito et Blizzard.

A mes professeurs, d'hier à aujourd'hui.

Merci à l'équipe soignante du service de cardiologie de l'hôpital de La Rochelle : Cyril, Céline, Paul, Antoine, Caro, Christophe, Julien, Yann, Ludo et Charlotte. Sans oublier mes premiers co-internes de service et de l'internat.
Baptiste, alias tonton Baco, très heureux d'avoir été à tes côtés pendant cet internat.
Astrid, ma cardiologue préférée et confidente. Ségo, ma queen.

Merci à Thierry de Chalais et Antoine de Saint-Angeau pour m'avoir initié à la médecine générale de la campagne Charentaise.

A l'équipe du service de gynécologie-obstétrique de La Rochelle : Delphine, Coraline pour ces afters staff du matin. A vous du service de médecine interne et maladies infectieuses de La Rochelle : Xavier, Mariam, Babeth et Lydia.

Merci à toi Pierre, pour ces debriefs en plein hiver jusqu'à 22h, à ces conseils et ta vision de la médecine. Je pense être devenu médecin pendant cette période à tes côtés. Merci aussi à Philippe et Frédéric pour ta gentillesse et ton sens de l'humour, parce que la médecine c'est aussi des sourires et de l'humour.

Merci aussi à vous tous de l'équipe des urgences du CHU de Poitiers, 6 mois d'été passés si vite.

Au Docteur BESNIER Marc, pour sa gentillesse et ses compétences de directeur de thèse. Si cette thèse est, c'est grâce à vous.
Merci au Professeur MEURICE Jean-Claude d'avoir accepté d'être le président du jury. Merci aussi aux Dr DU BREUILLAC et au Dr PARTHENAY, membres de mon jury. J'espère que cette étude sera digne de la qualité des enseignements dont j'ai pu bénéficier à la faculté de Médecine de Poitiers.

Enfin, merci à toi Elisa, merci de m'avoir pris dans tes bras. Merci au confinement du COVID-19, épreuve par laquelle on a su qu'on pouvait et surtout qu'on devait vivre ensemble. J'attend avec impatience les nouvelles aventures qui nous attendent.

Sommaire

I. Introduction **10**
A. Contexte 10
B. Etat des lieux 10
C. Communication en santé et relation médecin-patient 11

II. Matériel et méthode **12**

III. Résultats **13**
A. Cartographie de l'échantillonnage 13
B. Avantages liés à l'utilisation du créole en consultation 14
1. Avantages lors de la consultation 14
a) La confiance et la proximité 14
b) La complicité et l'humour 15
1. Avantages pour le praticien 15
a) La richesse de la consultation 15
b) La fluidité et la simplicité 16
c) La satisfaction et l'empathie 16
2. Avantages pour le patient 17
a) Un renforcement de la relation médecin-patient et une 17
meilleure adhésion aux soins 17
b) Un patient acteur de sa santé 17
C. Difficultés liées à l'utilisation du créole en consultation 17
1. Difficultés de compréhension 17
a) Le médecin qui ne maîtrise pas le créole 17
b) Une multitude de créoles parlés à la Réunion 18
c) Particularité du patient âgé de la Réunion : "Le Gramoun" 18
2. Difficultés de traduction 19
a) La retranscription des symptômes 19
b) L'effort de traduction au détriment de la prise en charge 19
c) Une analogie avec l'anglais 19
3. Difficultés pour partager la décision médicale 20
a) Risques et retard de prise en charge 20
b) Refus d'adhésion aux soins 20
c) L'absence du tiers 20
D. Au delà de la langue, l'aspect socio-culturel 21
1. Un clivage littoral versus les Hauts de l'île 21
2. Un niveau d'instruction plus faible qu'en métropole 21
E. Outils pour lever la barrière de la langue 21
1. Le recours à un tiers 21
2. Les techniques de communication verbale ou non verbale 22
3. Une aide pour les médecins qui arrivent 23
F. Facteurs influençant le temps d'une consultation tenue en créole 23
1. Facteurs qui augmentent le temps de consultation 23
a) Le relationnel 23

b) La vérification d'une bonne compréhension mutuelle 23
c) L'anxiété et la gravité 24
2. Facteurs qui diminuent le temps de consultation 24
a) Motifs de consultation simples ou uniques 24
b) Le mutisme du patient 24
G. Un va et vient entre le créole et le français : un plus pour la consultation ? 25
1. En français 25
2. En créole 26

IV. Discussion 27

A. Discussion des résultats principaux en comparaison à la littérature 27
1. Les avantages liés à l'utilisation du créole en consultation 27
2. Les difficultés 30
3. Aspect socio-culturel 33
4. Des approches médicales différentes 34
5. Impact sur le temps de consultation 34
6. Outils pour lever la barrière de langue 35
B. Forces et faiblesses 36
1. Force de l'étude 36
2. Faiblesse de l'étude 37
C. Perspective 38

V. Conclusion 39

VI. Bibliographie 40

VII. Annexes 44

A. Questionnaire semi-dirigé des entretiens 44
B. Extrait du livret d'accueil des internes Océan Indien 45
C. Grilles COREQ 46
D. Serment d'Hippocrate 49
E. Résumé 49

I. Introduction

A. Contexte

Je suis né sur l'île de la Réunion. J'y ai grandi pendant 20 ans et j'ai pu apprendre et comprendre cette langue qu'est le créole réunionnais. C'est ici que j'ai effectué mon premier cycle d'études médicales. En juillet 2011, je me suis envolé pour Bordeaux puis Poitiers pour poursuivre ma formation de médecin. C'est pendant mon internat que je me suis rendu compte à quel point la subtilité des langues régionales n'était pas uniquement présente sur mon île natale mais bien dans chaque région de France. Très vite, j'ai inscrit dans mon petit carnet rouge de notes, glissé dans ma blouse, les expressions charentaises pour comprendre et me faire comprendre des patients que je prenais en charge. Dans ce carnet, se mêlaient avec le même degré d'importance des expressions et des façons de communiquer (comme par exemple "J'ai buffé ce tantôt" signifiant "j'ai eu une dyspnée dans l'après-midi", ou encore le mot "Asteur" qu'on peut traduire par "A cette heure" qui est sensiblement identique à celui de la Réunion "Astèr"), mais aussi des prises en charge purement cliniques et sémiologiques, le tableau d'équivalence morphinique ou encore les durées d'antibiothérapie des principales pathologies. Dès lors, je me suis rendu compte à quel point la communication en médecine et surtout en médecine générale était centrale.

Exerçant maintenant sur l'île de la Réunion, je parle créole quotidiennement en consultation, notamment avec certains patients ne s'exprimant quasiment exclusivement qu'en créole.

B. Etat des lieux

Bien que la Constitution Française prévoit que « la langue de la République est le français », les langues régionales sont une réalité en consultation médicale (1). L' article 1 de la Loi n° 94-665 du 4 août 1994 dite "Toubon" mentionne que la langue française est la langue de la République en vertu de la Constitution (2). Mais en 2021, sa réécriture précise qu'elle ne fait pas obstacle à l'usage des langues régionales (3).
La Réunion, de par son isolement géographique, compte une forte part de natifs de l'île parmi sa population : 84 % au 1er janvier 2013 (4) et plus de la moitié des Réunionnais parle uniquement créole dans la sphère privée au quotidien (5). Le créole réunionnais est une langue vivante (6). Il a majoritairement une base lexicale française. Il contient des éléments des langues des différentes nationalités composées d'esclaves, d'engagés et de migrants qui sont arrivés sur l'île par vagues successives depuis 1638 : malgache, tamoule, hindi, gujrati, chinoise, espagnole, portugaise et anglaise. On peut citer Bavoux qui décrit le créole d'aujourd'hui comme ayant une grammaire, une logique en termes de conjugaison, de mode, d'utilisation des pronoms personnels. Autant de caractéristiques qui en font une langue à part entière (7). Géographiquement limitée mais concernant une population importante avec un statut culturel fort. Elle est donc voisine du français au même titre qu'une autre langue européenne (8).

Le créole est ainsi devenu la meilleure façon de communiquer pour les différentes communautés présentes sur l'île et s'est forgé le statut de langue vernaculaire. Pour les linguistes Chaudenson et Carayol une diglossie est présente sur l'île, deux langues se côtoient, se mélangent. Il y a une forme de continuum linguistique (9) mais une langue est celle de l'Etat, valorisée et valorisante alors que l'autre, sympathique patois, est dévalorisée. Cependant, le créole réunionnais a reçu ses lettres de noblesse et a introduit la sphère administrative, éducative ou médiatique. On peut passer un Baccalauréat option créole, écouter des messages de répondeurs téléphoniques de grandes sociétés en créole, retirer de l'argent dans des distributeurs proposant une version créole et les présentateurs radio ou télé parlent créole sans plus aucun complexe.
La diglossie s'éloigne pour laisser la place au bilinguisme.

C. Communication en santé et relation médecin-patient

D'un point de vue légal, l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique établit que le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Ainsi, bien que la loi n'utilise pas explicitement l'expression « décision médicale partagée », celle-ci a bien une dimension législative en France depuis 2002 (10). Le conseil de l'ordre des médecins revendique et soutient le fait que la relation médecin-patient est le pivot de la médecine qui permet notamment l'éthique, le diagnostic, la prise en compte du choix du patient et le choix thérapeutique, comme l'indique le concept de l'Evidence Based Medicine (11). Dans un rapport de la HAS (12), l'enjeu majeur de la décision médicale partagée est l'amélioration de la participation du patient aux décisions qui concernent sa santé individuelle. Ces concepts se retrouvent dans l'enseignement des étudiants en médecine générale, avec des objectifs qui sont centrés sur le patient. La relation et la communication en sont les éléments centraux.

Cette approche se veut universelle et applicable à tout type de population. La question se pose de l'adaptation de ses concepts à ce contexte particulier qu'est celui de la Réunion.

Notre question de recherche a porté sur les ressentis et les représentations des médecins généralistes de La Réunion concernant l'utilisation du créole en consultation. Cette question est l'objectif principal de l'étude.

Secondairement, l'impact et le rôle d'une langue régionale mais surtout d'une langue vernaculaire comme le créole, dans la relation médecin-patient, seront évalués.
De façon plus globale, quelles particularités pour le médecin généraliste sont à prendre en compte à La Réunion ?
Comment le modèle de décision médicale partagée s'applique-t-il ici à la Réunion ?
Quels sont les facteurs favorisant ou handicapant la consultation ?

II. Matériel et méthode

Une étude qualitative s'inspirant d'une méthode par théorisation ancrée (13) a permis d'interroger un échantillon de médecins généralistes exerçant ou ayant exercé sur l'île de La Réunion par le biais d'entretiens semi-dirigés. Les médecins ont été recrutés par effet boule de neige en partant de certaines connaissances de l'investigateur. Elle visait tout médecin, titulaire de son doctorat de médecine générale, exerçant sur l'île de La Réunion. Les médecins exerçant une autre spécialité que la médecine générale, un exercice particulier ou les médecins non francophones furent exclus.

L'investigateur principal a contacté par téléphone les médecins généralistes en leur proposant de participer à l'étude, une partie d'entre eux était une connaissance du doctorant.
Les entretiens pouvaient se dérouler par téléphone ou en face-à-face Le recueil de données a été réalisé avec un smartphone et une application d'enregistrement des appels téléphoniques. Elles ont été classées à l'aide du logiciel RQDA.
Le canevas d'entretien comportait plusieurs questions ouvertes, souples et réévaluées en fonction des résultats obtenu au fur et à mesure des différents entretiens

L'analyse des données a été faite par codage à partir de verbatim d'études extraites des entretiens. Ces verbatims ont été regroupés en grands groupes pour faire ressortir des idées plus générales. Les entretiens ont été arrêtés lorsqu'il y avait une saturation des données. Pour nous assurer de la validité interne de l'étude, nous avons fait en sorte de trianguler nos codages avec une tierce personne, étrangère à l'étude, afin de confronter nos données. De plus, comme mentionné plus haut, les critères de la grille COREQ ont été utilisés assurant une crédibilité de notre étude via la standardisation des outils de recherche permettant une validité interne.
Avant chaque entretien, le consentement oral a été demandé et enregistré pour permettre de participer à l'étude et à l'enregistrement vocal. Ces enregistrements vocaux ont été détruits après avoir été retranscrits. Nous avons ensuite anonymisé chaque participant en l'identifiant avec la lettre P et un chiffre lors du traitement des données.

S'agissant d'une étude des pratiques professionnelles, il n'a pas été nécessaire de demander l'avis du Comité de protection des personnes (CPP).

III. Résultats

A. Cartographie de l'échantillonnage

Douze entretiens semi-dirigés ont été réalisés durant l'automne 2022 sur l'île de La Réunion. La suffisance théorique des données a été atteinte au bout du onzième entretien. Un douzième entretien supplémentaire de confirmation a ensuite été réalisé.
Il y avait quatre femmes et huit hommes, soit un sex ratio de 1:2. L'âge moyen était de 38 ans. Quatre des médecins généralistes interrogés ont exercé ponctuellement en remplacement sur une période courte entre 2019 et 2021 puis ont poursuivi leur activité en métropole, alors que huit médecins n'exerçaient que sur l'île.

L'enregistrement des entretiens a duré entre 16 à 38 minutes, avec une durée moyenne de 23 minutes par entretien.

La cartographie de l'échantillonnage est résumée dans le tableau 1 et la figure 1.

	Âge	**Genre**	**Natif de La Réunion**	**Scolarisation à La Réunion**	**Compréhension en créole**	**Communication en créole**	**Durée d'exercice à La Réunion**
P01	32 ans	H	Oui	Oui	Excellente	Excellente	4 ans
P02	60 ans	H	Non	Non	Partiellement	Partiellement	30 ans
P03	61 ans	H	Non	Non	Partiellement	Partiellement	30 ans
P04	31 ans	F	Oui	Oui	Excellente	Partiellement	3 ans
P05	31 ans	F	Oui	Oui	Excellente	Excellente	3 mois
P06	31 ans	H	Oui	Oui	Excellente	Excellente	4 ans
P07	30 ans	H	Oui	Oui	Partiellement	Partiellement	2 mois
P08	34 ans	H	Oui	Oui	Excellente	Excellente	3 mois
P09	31 ans	F	Non	Non	Néant	Néant	1 mois
P10	31 ans	F	non	non	Néant	Néant	1 an et 6 mois
P11	33 ans	H	Non	Non	Partiellement	Partiellement	2 ans
P12	47 ans	H	Oui	Oui	Excellente	Excellente	8 ans

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

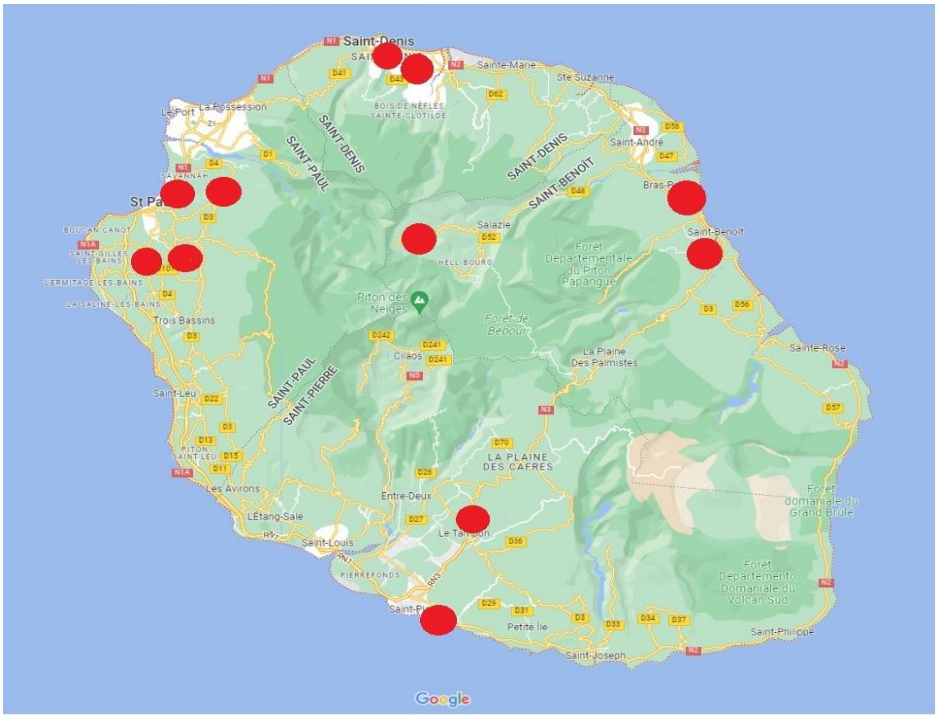

Figure 1 : Carte de La Réunion avec zones d'exercice des différents intervenants - Google maps (14).

B. Avantages liés à l'utilisation du créole en consultation

1. *Avantages lors de la consultation*

a) *La confiance et la proximité*

La confiance est un élément clé dans la consultation de médecine générale. Il n'y a pas de médecine sans confiance. Les médecins interrogés ressentent que le patient est plus en confiance lors de la consultation si l'échange se fait en créole. Le patient se sent plus à l'aise, il se livre plus facilement. L'échange en créole fait aussi intervenir la notion de proximité avec le patient.

P01 : "Il faut qu'il se sente à l'aise donc il y a une relation de confiance qui s'établit beaucoup plus facilement. Le créole justement, c'est mon outil de proximité"

P04 : Il y a des patients qui aiment qu'on leur parle créole et qui apprécient et donc ça me permet [...] peut-être pas de sympathiser mais de créer une relation d'égal à égal et de confiance, ça permet d'étendre un peu la relation."

P06 : “L’avantage c’est une relation médecin-patient plus détendue, plus amicale. Mais je pense surtout que ça établit une relation de confiance.“

P11 : “Si tu réponds en créole le patient est plus en confiance. Quand tu peux faire une consultation totale en créole les gens se sentent plus rassurés, ils se sentent un petit peu comme à la maison, ils se sentent chez eux.”

P12 : “Parler en créole, ça crée un lien de confiance, ils se disent « tiens celui-là il vient de la *kour** » il y a un lien de confiance qui s'instaure et peut-être un peu moins de réserve de la part du patient, et il m’expliquera un peu mieux ce qu’il peut avoir, ce qui peut lui arriver, c’est un lien de confiance.”

*(*kour : mot créole pour désigner le quartier, être local)*

b) La complicité et l’humour

Dans le même registre, on peut noter qu’il y a une complicité qui s’installe lorsque le médecin et le patient parlent créole. Parfois même, le médecin utilise l’humour pour atténuer la barrière de la langue et obtenir une meilleure adhésion thérapeutique, un rapprochement avec le patient dans une consultation moins formelle et plus chaleureuse.

P02 : “Une petite blague pour un peu l'apaiser et là l'observance du traitement sera meilleure. Si tu fermes ta consultation en faisant la tronche, tu peux être sûr que le patient n'ira pas appliquer ta prise en charge, il va penser que tu es un docteur “l’eau sucrée”.”

P04 : "Ça ne me pose pas de problème particulier de réaliser une consultation en créole, [...] et puis on en profite pour rigoler avec mes expressions créoles et parfois les gramoun m'en apprennent et ça j'adore. Il y a un côté un peu humoristique parce qu'il voit que même si je suis né à la Réunion, enfin il pense que je suis métro.

P10 : “Les avantages c'est que c'est plus convivial, plus sympathique, qu'une consultation avec un patient Métropolitain. C'est plus chaleureux je trouve.”

P12 : “L'avantage que j'ai avec une consultation avec un patient qui parle créole je dirais que c'est surtout un lien, une complicité évidemment.”

1. <u>Avantages pour le praticien</u>

a) La richesse de la consultation

Certains médecins ont fait part de leurs ressentis concernant les sujets abordés en consultation qui peuvent, en utilisant le créole, changer et devenir plus “profonds”. Les patients abordent plus facilement des sujets sensibles, tabous, moins accès sur la clinique mais plus sur l’aspect psychologique. Le créole permet de donner accès plus facilement aux sentiments et au ressenti du patient.

P03 : “Il m'arrive très souvent que les gens m'interrompent et me disent “docteur ou comprend créole? mi peu koz créole ?” Et là, il se mettent à parler, et là ils ne parlent pas de leur mal de ventre, ils se mettent à parler de leurs états d'âme, de leurs soucis, de leurs gamins qui déconnent, des choses qui les touchent. Là effectivement ils switchent sur le créole, ça c'est flagrant. Et ça effectivement oui c'est un avantage de pouvoir comprendre le créole et de parler en créole pour aborder des sujets qu’ils n'ont pas abordés sinon.”

P07 : “Je trouve qu'en termes d'avantage on peut aller, si on parle créole, plus loin dans la prise en charge, enfin dans le recueil de données parce que le patient a tendance à se livrer un peu plus.”

b) La fluidité et la simplicité

Globalement, les médecins créolophones ressentent plus de fluidité, de simplicité lors des consultations, notamment par le fait que les patients posent moins de questions. Un intervenant a aussi évoqué la transparence du patient créolophone en signalant au médecin s’il est observant ou s’il réalise ses examens complémentaires prescrits.

P03 : “Je trouve que ce sont des consultations plus faciles ou il y a moins de questions, moins de discussion. Ce ne sont pas des gens qui vont chercher la petite bête ou qui vont regarder internet pendant 3h avant de venir te voir.”

P10 : “Sur le plan des avantages médicaux je trouve qu'ils ont une plus grande honnêteté à dire je prends ça ou ça, je ne fais pas ça … Je trouve que ça simplifie un peu la prise en charge à ne pas cacher une observance.”

c) La satisfaction et l’empathie

Certains participants ont aussi évoqué une réelle satisfaction à pouvoir assurer une consultation en créole, un rapport plus agréable favorisant une empathie mutuelle.

P04 : “Les avantages je dirais quand on fait l'effort de parler créole qu'il peut y avoir plus d'empathie, et qu'on essaie de se mettre à la place du patient, oui ça facilite la relation médecin-patient.”

P07 : “Et puis pour moi c'est un exercice qui était agréable puisque c'est aussi quelque chose que d'autres médecins ne peuvent pas faire à diplôme équivalent.”

P11 : “Je suis satisfait quand j'ai l'impression que le patient a compris ce que je lui ai expliqué.”

2. Avantages pour le patient

a) Un renforcement de la relation médecin-patient et une meilleure adhésion aux soins

A travers ces résultats, les médecins nous montrent que l'usage du créole en consultation renforce leur relation et permet une prise en charge optimale avec une adhésion aux soins et une meilleure observance thérapeutique.

P06: "[..] une relation médecin-patient plus détendue, plus amicale. Et je pense que le patient pourrait mieux adhérer aux soins."

P11: "Donc peut-être plus d'adhésion aux soins et donc probablement une meilleure prise en charge. [...] il va mieux suivre le traitement, la prise en charge sera plus simple."

b) Un patient acteur de sa santé

Dès lors, lorsqu'une bonne relation médecin-patient est établie, le patient devient plus autonome dans sa santé.

P07 : "On sent que le patient s'implique plus dans sa maladie qu'il va poser des questions.[...] Ça les fait participer à la consultation, ils sont acteurs de leur santé."

C. Difficultés liées à l'utilisation du créole en consultation

1. Difficultés de compréhension

a) Le médecin qui ne maîtrise pas le créole

Notre échantillon comprenait des médecins non créolophones. Certains comprenaient partiellement la langue mais n'étaient pas capables de la parler. Ils soulignent les difficultés qu'ils rencontrent : un sentiment d'insatisfaction, la crainte de manquer des symptômes clés ou un manque de connaissance suffisante des médecines traditionnelles basées sur des croyances spirituelles.

P01: “Il y a des mots clés qui ne trompent pas. C'est vraiment unanime.Si tu ne les a pas, tu ne peux pas comprendre”

P09 : “Sur un plan purement médical et clinique oui c'était suffisant. Cela dit sur le plan social et personnel, pour rentrer dans des consultations qui relevaient de l'écoute, non c'était complètement insatisfaisant. C'était pas suffisant. C'était pas pour moi parce que mon niveau de compréhension était trop superficiel.”

b) Une multitude de créoles parlés à la Réunion

A La Réunion, il y a plusieurs créoles. Avec différentes expressions, différents accents ou vocabulaires spécifiques. Il y a donc autant de créoles parlés que de populations. Certains médecins, pourtant eux-mêmes créolophones, nous ont fait part de leurs difficultés, parfois, à comprendre correctement une consultation. Cela peut s’expliquer par l’aspect multiculturel de l'île mais aussi par sa géographie.

P05 : “J'ai un bon niveau de compréhension et de communication mais chacun a un créole différent, il existe plusieurs créoles selon les régions, chacun son vocabulaire et ses accents mais je comprends bien.”

P07 : “Tous les créoles sont un peu différents et on peut avoir compris quelque chose qui n'était pas vraiment le reflet de ce que le patient voulait exprimer.”

P08 : “Après Il est vrai que lors de mon remplacement à Salazie je peux dire que c'était un créole un peu différent donc ça m'a surpris mais sur le fond on se comprenait.”

P10 : “La satisfaction dépend du créole utilisé, il y a des créoles que je comprends d'autres que je ne comprends pas du tout. [...] et là ce n'est pas très satisfaisant.”

P11 : “Déjà, il y a plein de niveaux différents de Créole.”

c) Particularité du patient âgé de la Réunion : “Le Gramoun”

Sur l'île, le patient âgé est appelé “Gramoun”. Le “Gramoun” est très souvent exclusivement créolophone puisqu’il n’a pas pu bénéficier d’un enseignement du français à l'école. De plus, un peu comme le vieux français (ancien français), le “Gramoun” utilise un vocabulaire obsolète et des expressions désuètes pour les jeunes générations.

P05: “Disons que dans les hauts, la majorité des patients parlent créole surtout les gramoun et que c'est bien d'avoir quand même quelques notions de créole.”

P11 : “Je ne me sens pas tellement à l'aise pour le parler mais pour le comprendre il n'y a pas trop de souci sauf si je tombe sur un vieux gramoun qui mâche un peu ses mots.”

2. Difficultés de traduction

a) La retranscription des symptômes

Une des difficultés ressenties par les médecins est la retranscription de l'anamnèse et des symptômes du créole au français.

P01 : “La difficulté du patient qui parle créole, c'est la retranscription que l'on a de l'apprentissage de la médecine par le français, parce que nous on a tous appris en langue française. Convertir le ressenti et l'anamnèse du patient en symptôme français, c'est plutôt ça la difficulté.”

P02 : “Sur des choses simples il n’y a pas de problème mais par exemple pour la sensation de malaise le terme n'est pas le même qu'en français.”

P05 : “La difficulté ce serait de retranscrire en créole les termes scientifiques, le créole est limité dans ces cas-là.”

b) L’effort de traduction au détriment de la prise en charge

Un effort d’attention est souvent nécessaire pour pouvoir communiquer en créole, ce qui peut être préjudiciable à une consultation optimale.

P05 : “Le simple fait de parler créole en consultation ça fait qu'il y a une partie de mon 'attention, qui est basée sur sa façon de s'exprimer et qui est un petit peu moins basée sur la réflexion médicale.”

P08 : “Les difficultés que je ressens ça va être comment lui répondre de la meilleure des façons pour adapter mon langage créole pour qu'il comprenne.”

c) Une analogie avec l’anglais

Deux médecins ont comparé le céole avec l’anglais. Même s’ils estiment maîtriser et comprendre l’une et l’autre langue, ils pointent avec honnêteté leur doute quant à une maîtrise toutefois incomplète qui pourrait leur faire rater certaines informations importantes.

P07 : “On peut considérer que c'est une langue à part entière et que Il y a les mêmes limites de barrière de langue en créole par rapport à l'anglais”

P09 : “La prise en charge était je pense relativement superficielle. On va à l'essentiel. [..] Comme je peux avoir des consultations avec des patients anglais, ça me fait exactement la même chose.”

3. Difficultés pour partager la décision médicale

a) Risques et retard de prise en charge

Pour certains, le manque de communication et de compréhension fait qu'ils suspectent des risques d'erreurs médicales, notamment des retards de prise en charge.

P01 : "Le créole est mieux décrit, c'est plus précis. c'est beaucoup plus imagé que le français, je trouve, donc on a tout de suite une meilleure représentation de ce qu'il est, de ce qu'il veut dire et et il y a des mots clés qui ne trompent pas. C'est vraiment unanime. Si tu ne les as pas, tu risques de rater un truc."

b) Refus d'adhésion aux soins

Bien que les refus d'adhésion aux soins ne soient pas exclusivement liés à l'usage ou au mésusage du créole en consultation, il existe tout de même certaines particularités ici.

P01 : "En pensant que je n'étais pas créole et bien le patient pouvait se sentir un peu frustré et un peu limité."

P07 : "Un patient peut se braquer même si tu parles le créole. Des fois j'ai l'impression qu'ils n'ont même pas compris que tu parlais créole mais que tu as juste la posture du zoreil médecin, et quand ils ont mal compris l'importance de la prise en charge ou qu'ils sont clairement dans le refus.

c) L'absence du tiers

Un des points que nous décrirons plus bas est la présence du tiers pendant la consultation. Les participants ont ressenti des difficultés si les patients âgés et/ou uniquement créolophones venaient en consultation sans un proche aidant.

P11: "Le plus compliqué ce serait des gens qui ne parlent que exclusivement créole mais en créole costaud et qui ne fera pas d'efforts pour s'adapter et pas de personne pour essayer de traduire."

D. Au delà de la langue, l'aspect socio-culturel

1. *Un clivage littoral versus les Hauts de l'île*

Pendant les entretiens, les médecins ont fait ressortir un net clivage entre les patients des "Bas" et ceux des "Hauts". De plus, on peut noter que ce clivage s'explique par une population urbaine sur le littoral alors que les Hauts sont plus de l'ordre du rural.

P04 : "Disons que dans les hauts, la majorité des patients parle créole surtout les gramouns et que c'est bien d'avoir quand même quelques notions de créole."

P06 : "Au niveau des cabinets dans lesquels j'exerce il y a une différence de patientèle avec plus de mixité dans le cabinet du centre-ville que celui de la Plaine Saint Paul c'est-à-dire dans les hauts. Mais effectivement à St Paul par rapport au niveau socioculturel et de l'instruction c'est quand même plus facile les consultations, c'est moins vétérinaire entre guillemets que l'autre cabinet dans les Hauts."

P11 : "Après là où j'exerce c'est saint Paul centre donc je ne suis pas dans les hauts et c'est sûrement plus simple J'ai moins de gens qui parlent exclusivement créole."

2. *Un niveau d'instruction plus faible qu'en métropole*

Nous avons noté que les médecins ressentent que le niveau d'instruction influait sur la relation aux soins et sur les motifs de consultation. Le taux d'analphabétisme à La Réunion étant très important, il peut modifier leurs représentations ainsi que leurs approches et leurs prises en charge.

P03 : "Il y a plus de collaboration avec le patient métropolitain parce que généralement il y a un niveau d'instruction qui permet d'échanger des choses, que je ne pourrai peut-être pas échanger avec des patients qui ont un niveau d'instruction proche du néant."

P12 : Le niveau d'alphabétisation à la Réunion n'est pas fantastique. [...] c'est pour ça que pour les patients créoles, je suis obligé d'utiliser des images simples. D'être beaucoup plus imagé.

E. Outils pour lever la barrière de la langue

1. *Le recours à un tiers*

Pour lever la barrière de la langue, les médecins interrogés se positionnent favorablement pour l'usage du tiers pendant la consultation. Bien qu'ils soulignent la notion de secret médical mais aussi le fait que malgré cette aide, quelques patients risquent de ne pas évoquer certains sujets tabous ou délicats.

Ce tiers est très souvent un membre de la famille du patient, plus jeune, qui aide à la bonne communication dans une consultation triangulaire.

P05 : "Quand un patient a du mal à s'exprimer, un membre de la famille est souvent là, et je suis plutôt pour qu'un membre de la famille soit là pour aider, et qu'il n'y ait pas d'obligation à maintenir le secret médical évidemment."

P06 : "Je pense qu'il faut et que c'est important. Il faut, si la famille n'est pas là, ramener quelqu'un qui généralement parle créole et français, notamment les plus jeunes."

P10 : "Quand il y a de la famille qui accompagne, ça je le fais souvent, ils m'aident à traduire mais d'ailleurs, ils le font spontanément quand ils voient que je ne comprends pas.

P11 : "Si jamais je dois avoir recours à un tiers, bon ben il ne faut pas hésiter, il faut. Il vaut mieux avoir recours à un tiers que de ne pas comprendre la personne et faire semblant que tu comprends la consultation."

2. *Les techniques de communication verbale ou non verbale*

Plusieurs techniques ont été mentionnées par les médecins interviewés pour lutter contre cette barrière de la langue quand elle apparaissait. En plus de méthodes concernant le plan linguistique, ils usent aussi de schémas, dessins ou encore ont recours à des mimes.

P01 : "Reformulation, directe ou indirecte en essayant de construire comme je l'aurais fait en français d'ailleurs. C'est "same-same"."

P02 : "Alors déjà tu reformules et tu simplifies et quand tu as des questions à poser. Tu les poses en question fermée."

P04 : "Il y a aussi le dessin et les schémas pour les notions d'anatomie et de physiopathologie mais aussi pour les pathologies graves et quand il y a des annonces, je pense que c'est toujours mieux d'utiliser des schémas. Pour les autres techniques je dirais la répétition."

P10 : "J'utilise la langue des signes enfin j'utilise des signes, éventuellement montrer le nom du médicament ou montrer la boîte sur Google Images, du mime aussi.

P11 : “S'ils ne comprennent pas c'est surtout à cause des termes médicaux un peu techniques. Je dessine mal mais je fais beaucoup de schémas et de dessins pour pouvoir expliquer un peu.”

3. Une aide pour les médecins qui arrivent

Pour aider les médecins dans leurs consultations en créole, la faculté de médecine de La Réunion propose aux nouveaux internes un livret avec des termes médicaux traduits en créole (Annexe B).
Un des médecins participant à l'étude a également mentionné qu’il avait reçu une aide de ses pairs.

P01 : “Par contre, ici, ce que la faculté de médecine de La Réunion a fait c'est vraiment hyper bien et c'est capital mais quand on arrive pour son internat, dans le livret de l’interne il y a le vocabulaire de base, de qu'est-ce que vous devez savoir : un pied de cœur c'est pas un cœur, quand l'estomac ronfle c'est pas un estomac, etc… “

P12 : “C'est quelque chose que je maîtrise pas mal puisque j'avais fait un peu d'éducation thérapeutique avec des médecins dans l'Est.”

F. Facteurs influençant le temps d’une consultation tenue en créole

1. Facteurs qui augmentent le temps de consultation

a) Le relationnel

De par la proximité, il existe, d'après les médecins interrogés, un sentiment de “médecin-ami” qui peut rallonger le temps de consultation.

P05 : “La consultation sera je pense un peu plus longue quand un patient qui parle créole mais pas parce que le côté médical sera plus long mais surtout sur le côté relationnel parce que lorsqu'on va avoir un patient créole il va forcément y avoir une partie de la consultation qui va être lié au parcours personnel.”

b) La vérification d’une bonne compréhension mutuelle

Il y a un effort de compréhension, de communication, souvent il y a un interrogatoire triangulaire avec la famille. Il faut s'assurer de la bonne compréhension du patient et cela augmente le temps de la consultation.

P04 : “Si je réfléchis bien, je vais peut-être plus faire attention pour savoir s'il me comprend, ça risque de rallonger un peu la consultation.[..] Je pense que ça rallonge un peu parce qu' il y a un temps de compréhension de chaque côté qui demande plus de répétitions et plus de temps peut-être. “

P08 : “Parfois ça dépend si les gens ne me comprennent pas quand j'essaie de parler créole, avec mon créole de bas niveau, ça peut prendre quelques minutes en plus mais ça rallonge pas le planning."

P10 : “Je pense que ça va rallonger le temps de consultation si je dois faire répéter, si je mets un peu plus de temps à comprendre ce qu'il me dit.”

c) L’anxiété et la gravité

De façon générale et indépendamment de la langue, l’anxiété et la gravité sont des facteurs qui rallongent une consultation.

P02 : “Ce qui fait la différence est le niveau d’anxiété du patient et de gravité du patient mais ça ce n'est pas un problème de langue.”

2. Facteurs qui diminuent le temps de consultation

a) Motifs de consultation simples ou uniques

Une consultation peut être plus courte lorsque le médecin et le patient se comprennent plus rapidement, il n’y a pas d’effort de communication à fournir. Les médecins évoquent le fait que les patients créolophones consultent souvent pour des motifs uniques, des motifs plus simples, qu’ils possèdent un esprit de synthèse et qu’en général, ils posent moins de questions.

P01 : “Sur la population locale, la consultation dure beaucoup moins longtemps. Parce que la langue créole, même si elle est très imagée, contrairement à ce qu'on peut croire et bien ils ont beaucoup plus un esprit de synthèse.”

P02 : “A partir du moment où le patient est en confiance il me semble que ses exigences sont moindres et donc là cette consultation est plus courte.”

P03 : “Je dirais qu'il y a une différence parce que la patientèle qui vient nous voir d'origine créole vient souvent nous voir pour des motifs qui sont pas du tout chronophages.”

b) *Le mutisme du patient*

Certains médecins ont relaté dans les entretiens qu'un patient créolophone, à cause d'une grande insécurité linguistique, peut se refermer, ou adopter la posture du "Oui-Oui docteur" pour couper court à la consultation. Paradoxalement, ce "syndrome" est une forme de refus de prise en charge avec un patient qui se renferme. Une expression locale décrit bien ce phénomène : "Dan oui na pwin batay" (Dans le oui, il n'y a pas de bataille).

P06 : "Le patient va dire oui oui, mais c'est un oui pour finir la consultation et comme on dit ici "dan oui na pwin batay."

P07 : "Une fois qu'on a travaillé sur la compréhension par d'autres moyens que la communication verbale, [...] on va pouvoir lutter un peu plus contre le syndrome du Oui-Oui docteur."

P09 : "Des patients en fait qui disaient oui à tout mais je suis pas sûr qu'ils faisaient derrière ce qu'on leur demandait. Je n'ai pas le souvenir d'avoir eu des refus, c'était surtout les gens qui disaient oui oui, pour me faire plaisir et que j'arrête d'insister."

G. Un va et vient entre le créole et le français : un plus pour la consultation ?

On parle de continuum linguistique, les Réunionnais sont très fréquemment bilingues. L'immense majorité des Réunionnais s'exprime aussi bien en français qu'en créole. Il y a donc une possibilité pour les patients comme pour les médecins créolophones de passer de l'un à l'autre.

P01 : "Après les gens s'expriment aussi bien en français qu'en créole."

P03 : "Ils ont tous un niveau de français qui est très bon. [...] Globalement je pense que la population urbaine arrive toujours à s'exprimer en français moi je n'ai jamais travaillé dans les hauts ou dans les cirques donc je ne sais pas. [...]".

P11 : "Mais là où j'exerce, sincèrement, la plupart des patients parlent français."

1. *En français*

Le français est la langue d'apprentissage de la médecine, c'est la langue utilisée par les médecins dès lors qu'ils sentent que la gravité d'une pathologie ou encore l'annonce d'une pathologie grave est nécessaire. C'est souvent la langue utilisée pour avoir une posture plus professionnelle, et notamment dans l'usage de

termes techniques afin de pouvoir être le plus clair possible, quitte à s'adapter ensuite en créole.

P01 : “Quand il faut poser le diagnostic [...] on va dire de choses plus graves, quand la gravité augmente c'est vrai que le français m'a permis, en tout cas, de prendre plus de distance parce que j'ai plus d'expérience avec le français et là, il y a une bascule qui se fait du créole vers le français.”; “Plus la gravité augmente, plus j'ai l'impression qu'effectivement ça va basculer vers le français [...].”

P05 : “Il y a des médecins qui peuvent être plus formels et qui ramènent leur consultation vers le français peut-être dans l'idée comme quoi c'est peut-être plus sérieux.”

P06 : “Après quand ça devient trop compliqué et que le patient ne comprend rien là je lui parle en français.”

2. ***En créole***

Le créole permet d'accéder à d’autres facettes de la consultation. C’est une approche plus globale. Les patients se sentent en confiance et peuvent parler de sujets ou de problèmes de fond qui les touchent dans leur langue maternelle. Aussi, lorsque le médecin est en capacité d'échanger en créole, il sent que le patient s’implique davantage dans sa prise en charge, qu’il pose plus de questions, qu’il s'intéresse à sa santé de façon plus importante.

P02 : “Si je vois que la compréhension n'est pas correcte, je repasse au créole.”

P03 : “Ça m'arrive très souvent que les gens m'interrompent et me disent docteur *“ou comprend créole? mi peu koz créole”* Et là il se mettent à parler, et là ils ne parlent pas de leur mal de ventre, ils se mettent à parler de leurs états d'âme, de leurs soucis de leurs gamins qui déconnent, des choses qui les touchent.”

P07 : “On sent que le patient s'implique plus dans sa maladie qu'il va poser des questions [...]. Ça le fait participer à la consultation, il est acteur de sa santé.”

De même, lorsque la consultation se tient en créole, certains praticiens tendent vers une approche volontiers plus paternaliste car jugée plus efficace.

P08 : “En tant que professionnels de santé nos approches changent en fonction du patient qu'on a en face de nous. [...] Ça reste propre à chaque patient. Les postures qu'on peut prendre en tant que professionnel pour moi ça n'a rien à voir avec sa langue.”

P12 : “C'est pas tellement une approche paternaliste, c'est plus respectueux du savoir de l'autre, c'est comme une confiance, confiance aveugle, peut-être trop aveugle en effet. Ils ne remettent pas en question les prescriptions après est-ce qu'ils le feront c'est autre chose.”

Pour conclure, on peut avancer que les approches et les prises en charge sont avant tout inhérentes aux patients. Elles sont adaptées et centrées sur un patient pris dans sa globalité et non pas uniquement sur la langue de celui-ci.
Les médecins, comme leurs patients, trouvent un équilibre et une force entre l'usage des deux langues dans un va et vient permanent.

IV. Discussion

A. Discussion des résultats principaux en comparaison à la littérature

1. Les avantages liés à l'utilisation du créole en consultation

Les résultats de notre étude montrent que parmi les avantages cités par les médecins, il y a la notion de confiance du patient envers son médecin lorsque celui-ci parle créole. Le patient est à l'aise, il s'ouvre et s'investit dans la consultation. C'est une consultation chaleureuse et complice, moins formelle qui favorise la proximité. On peut expliquer cette proximité entre médecin/patient, parce qu'une grande partie des Réunionnais sont bilingues et qu'il y a donc une langue maternelle et une langue secondaire, le français. À La Réunion, le créole est la langue maternelle et il est pratiqué dans le cadre familial par huit Réunionnais sur dix.

Des médecins soulignent aussi leur satisfaction avec un rapport agréable lors de la réalisation d'une consultation qu'ils jugent plus approfondie et simplifiée en créole et où l'humour permet d'atténuer la barrière de langue. Une fenêtre s'ouvre et permet l'empathie et l'évocation de sentiments, de sujets sensibles que le patient n'aurait pas exprimés en Français. L'impact sur le patient est donc important : une meilleure adhésion thérapeutique, un renforcement de la relation médecin-patient et la lutte contre le syndrome du "Oui Oui docteur". Une modélisation résume ces résultats dans la figure 2.

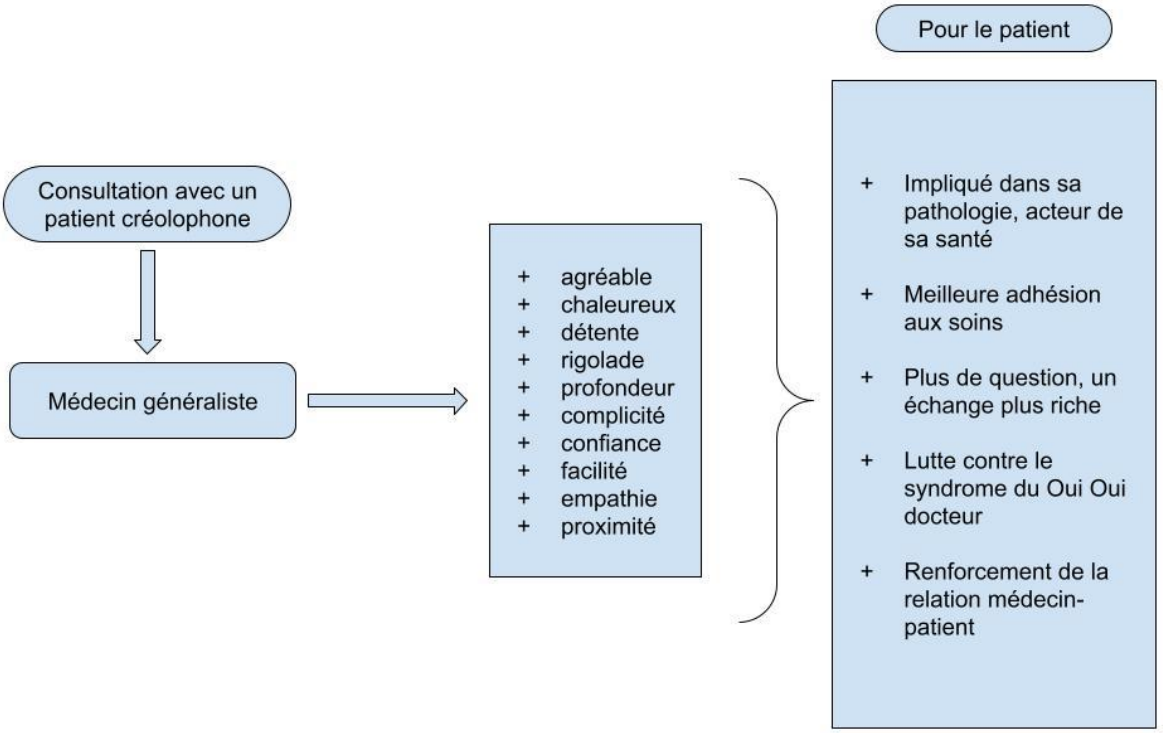

Figure 2 : Modélisation des avantages possibles à réaliser une consultation en créole pour le médecin créolophone.

Dans la littérature, la relation médecin-patient est plus forte si le patient est en confiance, et qu'il y a une proximité entre le médecin et le patient. Muzny et al. décrivent une confiance mutuelle dans la relation médecin-patient qui constitue une condition de base sur le plan du partenariat (15). Aussi, Bizouarn et al. nous proposent une étude de la confiance entre médecin et patient en expliquant que celle-ci est une exigence vulnérable et qu'il ne peut y avoir de médecine sans confiance (16).

Dans le reste du monde, on estime que presque la moitié de la population est bilingue (17). Pavlenko , démontre que la langue maternelle est beaucoup plus importante sur le plan émotionnel alors que les langues apprises sont plus détachées (18). Une étude réalisée par Ozanska-Ponikwia montre que l'agréabilité et l'ouverture de l'échange, ainsi que les traits d'expression des émotions, d'empathie, de perception, de gestion des émotions et de sociabilité sont des sentiments différents lors de l'utilisation d'une autre langue que la langue maternelle (19). On peut aussi parler de l'étude réalisée par Oakes sur l'état de diglossie à La Réunion. Elle montre qu'en termes de domaines d'utilisation, le français était clairement une langue associée à l'écrit et à la littérature, une langue apprise à l'école, une langue des autorités. En revanche, le créole était considéré comme une langue parlée, une langue du cœur, utilisée pour exprimer les sentiments (20). Dans le tableau 2, on peut voir les mots et expressions utilisés pour décrire le français et le créole.

	Français	Créole
Qualités	Complexe/compliqué/détaillé Difficile/difficulté Structuré/règles/régulier Riche/Vocabulaire riche/ Beaucoup de mots Orthophonique Utile Standardisé/Normé Beau Poétique Bien vu Rigoureux Formel Ennuyeux	Mixé A part entière Chaleureux/ Convivial/ Convivialité Divers/ Diversité/variation Facilité/facile Coloré Amusant/drôle/humour/comique Intuitif Simple/simplifié Patois Mots vulgaires/injurieux Pas de règles/structures Confuses/libres Informel Jolie
Domaines	Écriture/écrit/lecture/livre/littérature/molière Ecole/études/apprentissage/éducation/cours de français/matière/dictées Administration/administratif/établissement/langue de l'état International/monde/diplomatie	Oral/parlé Accueil/ La caz, La Kaz Langage des cœurs/ émotions Expression/ expression des sentiments
Identités	Nationalité/nationalité France Métropole Obligatoire/obligation Identité Pays République	Culturel/ Culturel Famille Identité Réunion/ Réunionnais/mon péi Origines/racines/ethniques/ancêtres Pratique/Patrimoine Traditions/Traditionnel Langue maternelle Amis Île Enfance Régional Fierté

Tableau 2 : Mots et expressions pour décrire le français et le créole d'après Oakes, traduit de l'anglais (20)

Pour finir, nous pouvons faire une analogie avec une étude réalisée en Irlande. L'anglais y est la langue officielle mais aussi la plus parlée dans le pays (95%) Pourtant, l'irlandais, langue nationale est la première langue utilisée. Cette étude visait à analyser l'opinion des patients concernant la disponibilité et l'utilisation de la langue irlandaise dans les cabinets de médecine générale. Les résultats montraient que 26 patients sur les 100 interrogés déclaraient que l'irlandais était leur langue préférée pour discuter de leur santé (21).

Savoir passer d'une langue à l'autre est donc un élément avantageux lors d'une consultation avec une population bilingue. Nous avons réalisé une modélisation concernant les usages du créole et du français (figure 3).

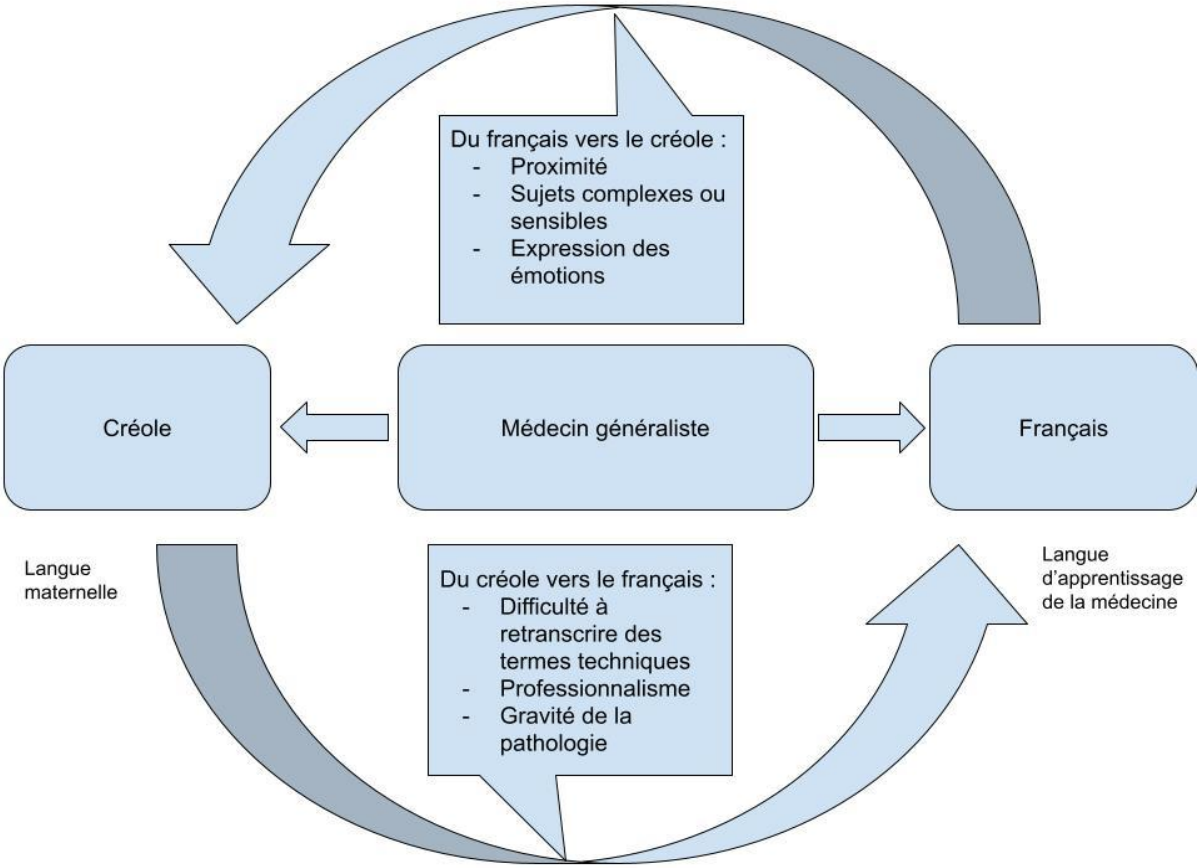

Figure 3 : Modélisation des usages du français et créole en consultation.

2. Les difficultés

Parmi les difficultés ressenties par les médecins liées à l'utilisation du créole en consultation, on peut voir qu'il y a finalement peu de différence entre médecin créolophone ou non. Cela est modélisé dans la figure 4

.

Pour les deux acteurs, la retranscription des symptômes et de l'anamnèse en français était une difficulté évoquée par une majeure partie des interviewés. Le fait qu'il y ait autant de créoles que de populations demande un effort supplémentaire qui est également ressenti par les médecins créolophones. Rappelons aussi l'importance des difficultés de compréhension rencontrées lors des consultations avec les vieux créoles de La Réunion appelés *"gramoun"*.

Un des grands problèmes mentionnés est le risque d'erreur médicale associé à une mauvaise communication, avec notamment des risques de retard de prise en charge dus à certains mots qui n'ont pas les mêmes significations qu'en français : les faux amis.

Ne pas avoir de tiers accompagnant un patient créolophone en consultation représente également un obstacle ressenti par un grand nombre de médecins de notre étude. Pour autant, la famille, souvent présente à La Réunion, constitue une

aide précieuse mais peut être à double tranchant : l'inexpérience sur le plan médical et la rupture du secret médical peuvent parfois compromettre une bonne prise en charge.

Spécifiquement, les médecins non créolophones ont exprimé des difficultés propres à leur statut et ressentent un manque de code culturel ainsi qu'un manque de complexité, de profondeur dans la consultation. Parfois, ceux-ci peuvent sentir que le patient se ferme, qu'il veut précipiter la fin de la consultation.

Enfin, certains médecins ont fait une analogie entre créole et anglais, l'anglais étant pour eux une langue parlée et comprise, mais partiellement maîtrisée pouvant induire de fausses traductions ou donner des consultations qui ne vont qu'à l'essentiel, sans prendre en compte les subtilités de la langue et la complexité des émotions transmises.

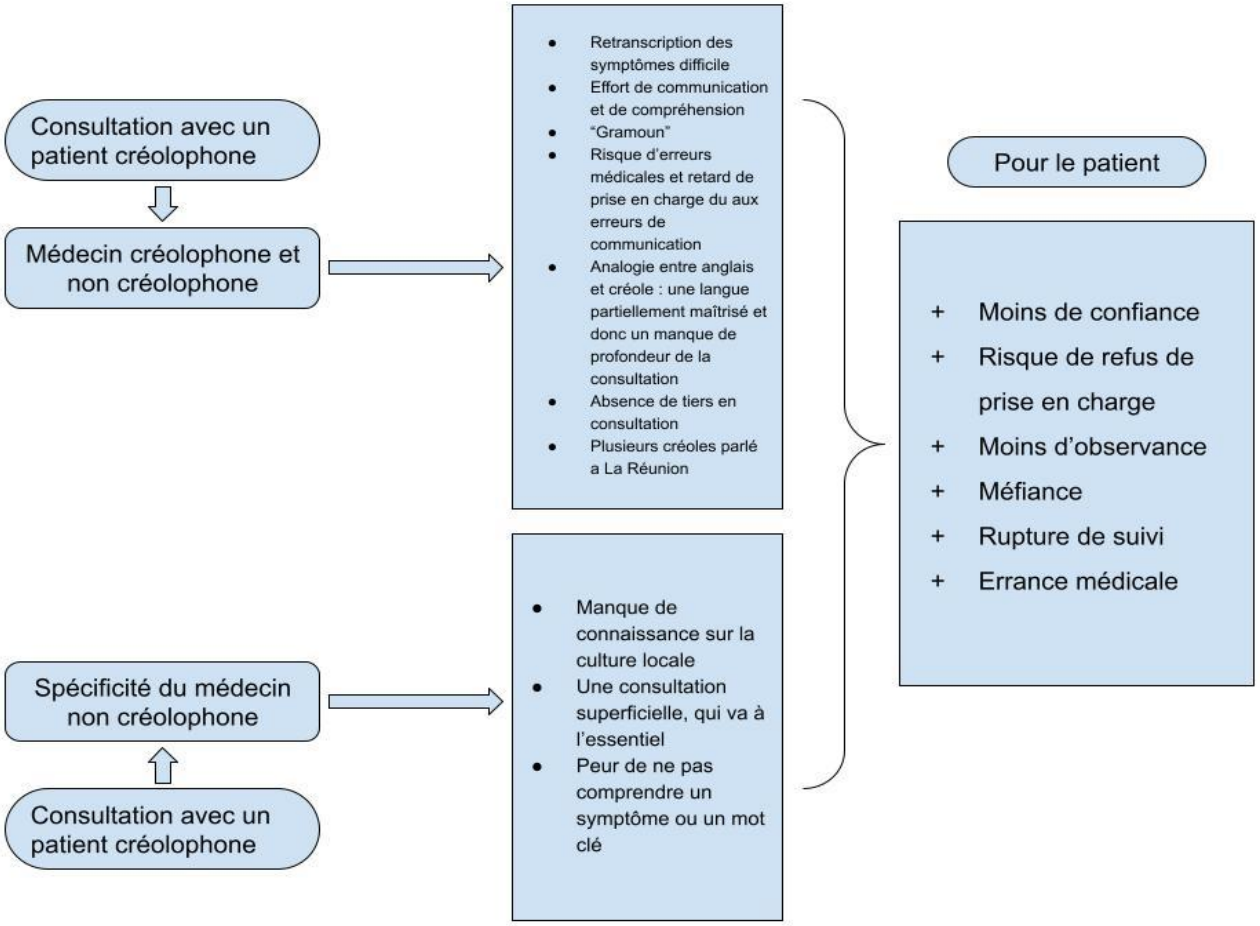

Figure 4 : modélisation des difficultés ressenties à réaliser une consultation en créole et son retentissement sur le patient.

Anderson et Kessels montrent que les patients ne retiennent et ne comprennent que la moitié des informations lors d'une consultation. Cela peut varier selon les émotions, les faibles connaissances des termes médicaux et les variations socioculturelles (22-23). Ainsi en 2001, un rapport de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (24) a porté sur les actions qui devaient être proposées pour la sécurité du patient. La communication, qui comprenait l'explication et l'information, constituait une des priorités retenues avec le plus de données scientifiques retrouvées dans la littérature. Les défauts de communication sont une cause majeure d'événement indésirable associé aux soins. Les trois objectifs de la

communication selon ONG et al. sont : créer une bonne relation interpersonnelle, échanger des informations et prendre des décisions liées au traitement (25). Un des outils proposé par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour lutter contre ce risque est “Faire dire”(26). Il est basé sur la reformulation par le patient de l’information donnée par le professionnel de santé. C’est une forme de check-list afin de s’assurer que les informations et les consignes reçues par le patient sont bien prises en compte et retenues (27).

Il faut donc être d’autant plus vigilant à La Réunion puisqu’il y a en plus le problème de barrière de la langue lié au bilinguisme.

Une étude menée par Meuter et al. était de comprendre les barrières linguistiques et les problèmes de communication dans les établissements de santé et notamment quand au moins un des locuteurs utilise une seconde langue (28). Il est déjà établi qu'une erreur de communication peut se produire lorsque les professionnels de santé utilisent une seconde langue mal maîtrisée et ne peuvent donc pas transmettre correctement certaines nuances ou subtilités (29).

De plus, les expressions, la description de la douleur ou de la détresse, les métaphores, les termes propre à la culture peuvent-être plus complexes à comprendre et ce, même si les compétences linguistiques du médecin sont élevées selon Ryder et al. (30). Aussi lorsque les praticiens n’ont pas les compétences linguistiques et la culture nécessaire, les patients se tournent vers la famille, les proches qui souvent, sur le plan médical sont parfois inexpérimentés ce qui peut compromettre la qualité des soins (31).

Ainsi l'étude de Meuter et al. propose en résumé que pour aborder avec succès le problème des barrières linguistiques, nous devons savoir quand ces problèmes sont le plus susceptibles de survenir et quelle est leur nature spécifique (28). C’est ce que nous avons essayé de faire à travers notre étude. À La Réunion, les barrières linguistiques arrivent surtout quand un patient est exclusivement créolophone. Il peut y avoir des expressions que le médecin non créolophone ne perçoit pas malgré des compétences partielles en créole.

Dans le rapport de Bowen et al. traitant de l’impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins, il établit les répercussions négatives des barrières de la langue (32). On peut citer de ce rapport, la minime participation aux activités de prévention, des risques majorés d’erreurs diagnostic, problèmes de compréhension et d’observance du traitement prescrit. Globalement, c’est un risque accru de subir des événements indésirables associés aux soins. Il est aussi mentionné dans le rapport qu’il y a une moins bonne gestion des maladies chroniques, ce qui est particulièrement intéressant à prendre en compte puisque ces dernières sont très présentes à La Réunion avec le diabète et l’hypertension artérielle notamment.

Il est donc nécessaire d'identifier et de comprendre les mécanismes d’action des barrières linguistiques afin de pouvoir les appréhender correctement et ainsi mieux les contourner.

3. Aspect socio-culturel

Au-delà des avantages et des difficultés concernant l'utilisation du créole en consultation, notre étude montre que les approches utilisées par les médecins, fluctuent en fonction des patients, de leurs origines et de leurs niveaux socio-professionnels.

Il y a un clivage entre le littoral et les Hauts de l'île. La population urbaine est fortement présente sur le littoral alors que les Hauts sont dominés par une population moins nombreuse et plus rurale. La situation géographique a donc un impact sur la situation économique et culturelle des patients.

D'après les données à notre disposition, dans les Hauts à partir de 400 mètres, ce sont les ménages, le plus souvent natifs de l'île, les plus représentés. Ils sont les plus modestes et les plus impactés par la pauvreté. La proportion d'ouvriers, d'agriculteurs et de retraités y est également plus nombreuse (33).

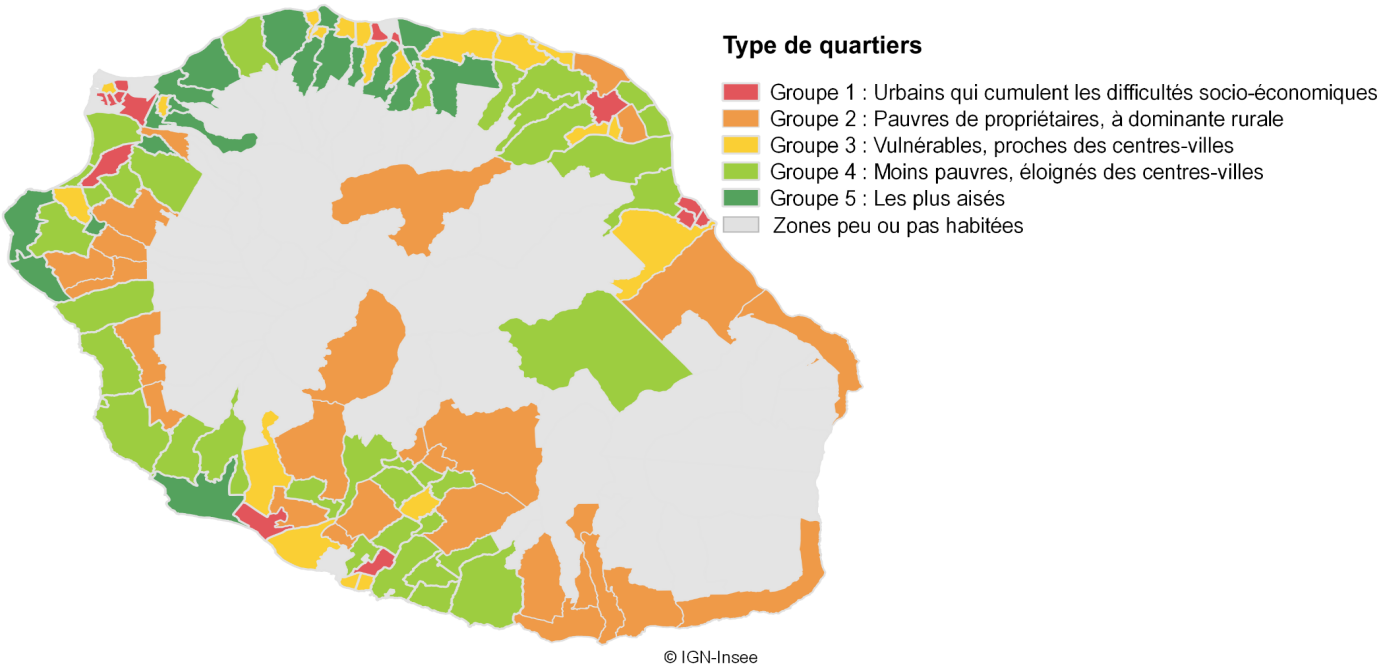

Figure 5 : Cinq groupes de quartiers au regard de la précarité

Cette carte illustre les inégalités de La Réunion. Les situations de précarité peuvent entraver la prise en charge des patients, influer sur la relation aux soins et sur les motifs de consultation d'après les médecins interviewés.
Notons que depuis le 23 juillet 2002, il n'y a plus, à la Réunion, d'avance des frais de consultation (majorité de patients CMU et tiers payant généralisé).

Les médecins ont insisté sur le niveau d'éducation de leurs patients En 2011 on recensait 116 000 personnes en situation d'illettrisme soit 22,6% des 16-65 ans (34). Ce taux est donc trois fois supérieur à celui de la France métropolitaine. La Réunion est donc une des régions françaises où ce taux est le plus élevé (figure 6). À l'écrit, les personnes âgées sont les plus en difficulté. Ces "gramounes" de la Réunion, contrairement à leurs enfants, éprouvent des difficultés à lire, à écrire et à

parler le français car les générations scolarisées avant 1970 n'ont pas pleinement bénéficié du système éducatif.
La dimension médico-sociale est alors indissociable puisque langue et culture sont intimement liées.

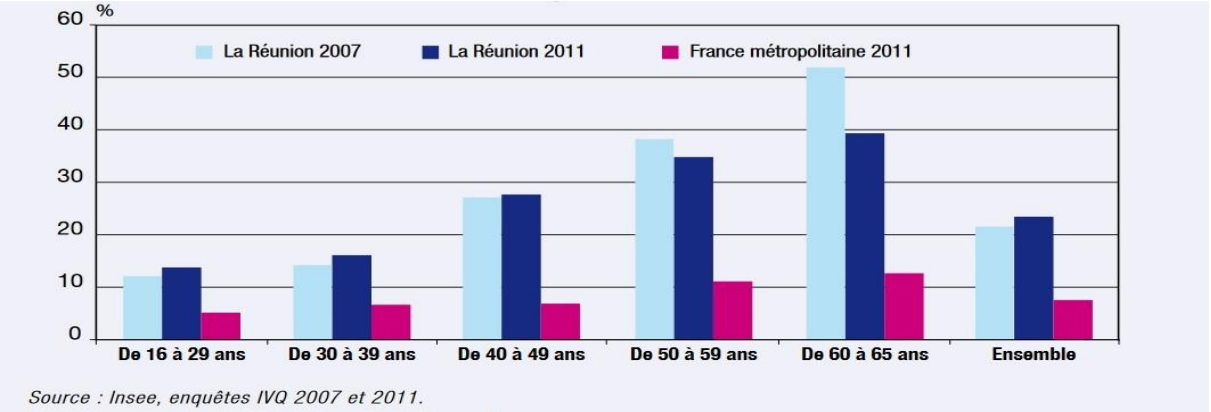

Figure 6 : Pourcentage d'illettrisme par tranche d'âge de La Réunion et de la métropole.

4. Des approches médicales différentes

Selon nos résultats, les médecins utilisaient des approches différentes en fonction du patient qu'ils recevaient en consultation. Dans la majeure partie des cas, c'est la décision médicale partagée qui s'impose.

Cependant, certains médecins ont évoqué une approche paternaliste bienveillante souvent à destination de patients âgés, d'origine créole, même si les approches médicales étaient avant tout inhérentes au patient, à son niveau d'instruction et non pas à sa langue.

Dans la littérature, Loignon et al. (35) mentionnent le fait que l'approche centrée sur le patient est devenue l'idéologie prédominante de la médecine, l'anti paternalisme. Pourtant, le paternalisme semble plus complexe qu'envisagé. Ils proposent un nouveau modèle de soins avec l'adoption d'une forme bienveillante d'encadrement par les médecins en donnant aux patients les clés nécessaires pour affronter les problèmes de santé qui les ont conduits à consulter. C'est une approche flexible, une compréhension approfondie des problèmes et du contexte social du patient, particulièrement adapté aux populations vulnérables de La Réunion. Ainsi, les résultats obtenus auprès des omnipraticiens de notre étude sont comparables à ce qui est défini ici.

5. Impact sur le temps de consultation

Nous avons pu déterminer les facteurs pouvant influencer la durée d'une consultation. (figure 7).

Dans la littérature, Anderson et al.(36) ont étudié les facteurs associés à la durée de la consultation et les caractéristiques d'une consultation courte ou longue. Les consultations courtes étaient souvent uniquement liées au biomédical, avec des patients plus jeunes et de sexe masculin. Médecins et patients étaient satisfaits sur ce format court de consultation. Pour les consultations longues, les patients plus

âgés dominaient, médecins et patients trouvaient que les consultations étaient souvent trop longues et ils étaient moins satisfaits de ce genre de consultation. Les motifs de consultations étaient plus souvent de l'ordre du bio-psycho-social.

Il y a aussi une notion de complexité et l'adaptabilité du médecin. Le motif, l'age et le sexe du patient n'expliquent pas tout. La durée d'une consultation résulte d'un phénomène complexe, qui comprend la façon d'exercer du médecin, ses valeurs, ses compétences et ses intérêts. Finalement, c'est avant tout le médecin qui a la plus grande influence sur le temps que prend sa consultation. Une autre étude multicentrique et internationale européenne est en accord avec ses résultats. La durée des consultations est déterminée par des variables liées au médecin et au pays dans lequel il exerce. Cette étude conclut que les consultations perçues comme psychosociales sont des consultations plus longues, surtout pour la patientèle urbaine et féminine (37).

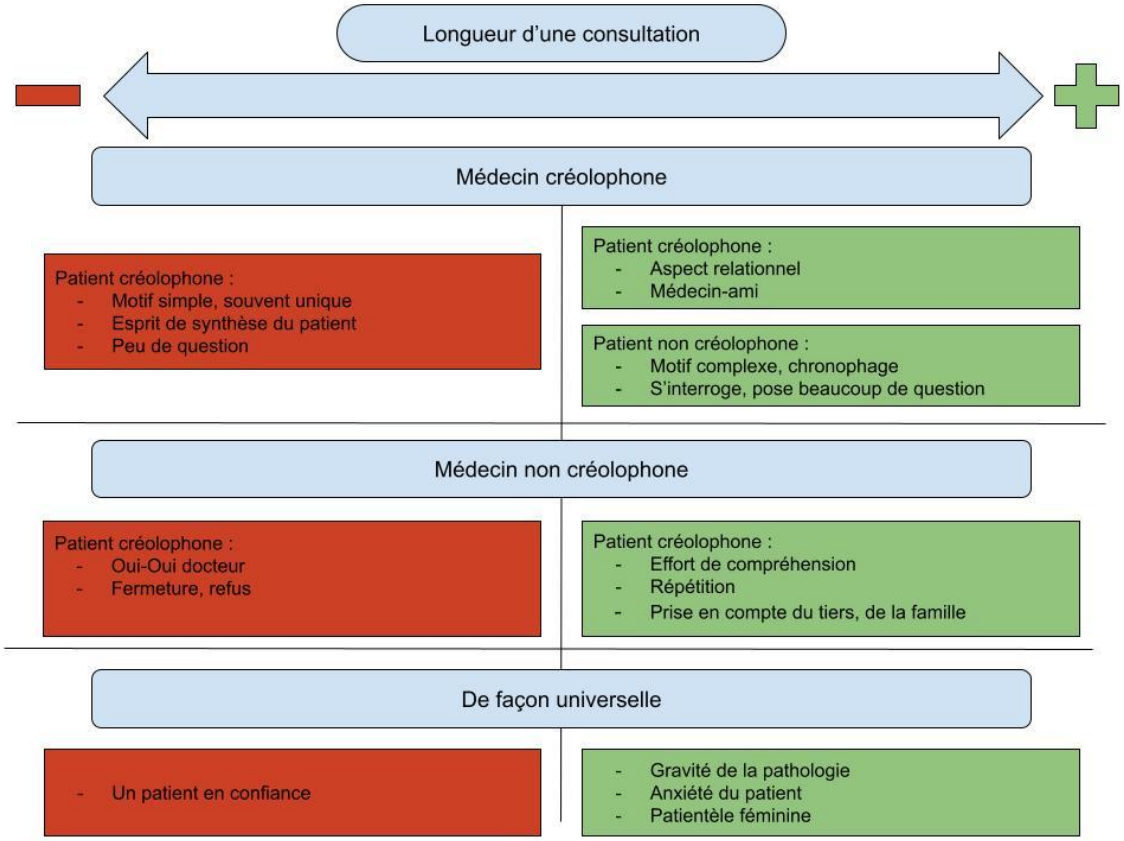

Figure 7 : Modélisation des facteurs pouvant influencer le temps d'une consultation à La Réunion

6. Outils pour lever la barrière de langue

L'utilisation des techniques de communication réalisée par les médecins comportait plusieurs éléments : de la reformulation, des questions fermées, mais aussi de la communication non verbale, des schémas et dessins.

La communication non verbale a été étudiée par Kacperek et montre que l'utilisation habile de la communication non verbale est claire et ne doit pas être sous-estimée dans le cadre de la pratique des professionnels de santé (38).

Le recours à un tiers, très fréquent à La Réunion, est un levier pour lever la barrière de la langue. Or, ce tiers n'est pas un interprète professionnel dans le domaine de la santé, et cela peut comporter des risques d'erreur. Une étude de l'interprétation en pédiatrie de Flores et al. à montré que les interprètes non professionnels avaient mal traduit les directives données par le médecin (39). Dans la même lignée, Laws et al. ont observé que pour deux tiers des segments de communication analysés, l'information par le tiers présentait des erreurs majeures ou des omissions (40). Il est donc nécessaire parfois, d'avoir recours à un interprétariat professionnel dans le domaine de la santé pour réellement lever la barrière de la langue afin d'éviter ces aléas.

B. Forces et faiblesses

1. Force de l'étude

Concernant la validité interne de l'étude, nous avons utilisé la grille de critères COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research). Cette grille nous a permis de concevoir l'étude mais aussi de réaliser le protocole et l'analyse des résultats (41). Notre étude valide 29/32 critères, respectant ainsi les normes internationales méthodologiques des études qualitatives, ce qui lui permet d'avoir une validité interne forte.

Le recrutement des médecins inclus dans cette étude a été réalisé auprès d'un effectif représentatif de médecins généralistes avec des caractéristiques différentes. Grâce à ce type d'échantillonnage nous avons pu avoir des résultats diversifiés afin de maximiser les points de vue, les ressentis et les opinions des différents médecins interrogés.

Nous nous sommes référés au principe de suffisance de données pour cet échantillonnage et celle-ci a été obtenue au bout de 11 entretiens. Le douzième respectait les informations déjà émises par les précédents médecins, sans en apporter de nouvelles lors du codage.

Notre étude a été réalisée selon les principes de la théorisation ancrée, ainsi la retranscription et l'analyse ont été faites en comparaison constante et à chaque entretien, ce qui a permis d'adapter et de construire progressivement les hypothèses de l'étude.

Pour l'analyse des données, nous avons réalisé une triangulation avec un tiers, étranger à notre étude, interne de médecine générale, afin de garantir la qualité de celui-ci et permettre une analyse plus objective.

2. *Faiblesse de l'étude*

Le manque d'expérience du doctorant qui effectuait son premier travail en thèse qualitative était l'une des limites de l'étude. Bien que nous ayons fait des efforts pour adapter au mieux le protocole de recherche et éviter la survenue de biais, il est évident qu'il persiste certains biais. Il est donc nécessaire de les identifier et de les expliquer.

Comme le dit A. Blanchet et al.(42), la reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique.

Au niveau de la population de l'étude :

- Biais de sélection : notre échantillon n'est pas représentatif mais il est malgré tout diversifié afin d'obtenir le plus de résultats possibles et d'optimiser les différents points de vue. Nous pouvons aussi dire que le doctorant connaissait personnellement une majorité des médecins interviewés.

Au niveau du recueil des données :

- Biais de mémorisation : pour quatre des médecins interrogés lors de notre étude, leurs ressentis et représentations étaient décrits à travers des souvenirs de remplacements effectués sur les trois à quatre dernières années.

- Effet de cadrage : c'est l'influence que peut avoir la formulation d'une question sur la réponse qui y est apportée. Pour lutter contre l'effet de cadrage nous avons suivi le guide d'entretien évolutif semi-dirigé en restant le plus neutre possible.

- Biais d'intervention-biais d'investigation : le manque d'expérience du doctorant a pu avoir un impact sur la qualité du recueil des données. De plus, il n'y a pas eu d'entretien test pour lutter contre ce biais.

- Biais de déclaration : certains médecins n'ont peut-être pas osé discuter de certains ressentis et représentations possibles lors de l'usage du créole en consultation. Pour lutter contre ce biais, le doctorant a eu une attitude d'écoute active en évitant, le plus possible, tout jugement.

- Biais de désirabilité sociale : il s'agit d'un comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé (43). Des réponses ont pu être orientées afin de satisfaire l'enquêteur. En rappelant aux participants le caractère anonyme et confidentiel des entretiens et en instaurant un climat de confiance nous avons pu limiter ce biais.

Au niveau de l'analyse des données :

Biais d'interprétation : c'est l'erreur dans le mode d'analyse des résultats. Effectivement, de part la subjectivité des données, il a fallu une triangulation des données avec une tierce personne étrangère à l'étude. Ainsi, nous avons pu échanger et discuter du codage de nos données afin d'améliorer la validité interne de l'étude.

C. Perspective

Les médecins à La Réunion peuvent exercer en médecine générale, qu'ils soient créolophones ou non. Dans la majorité des cas, les praticiens comme leurs patients sont satisfaits lors de leurs consultations à La Réunion. La thèse du Dr Forin montre que l'offre de soins en médecine générale à La Réunion répond aux attentes des patients, en termes de qualité de soins, mais qu'une meilleure compréhension des besoins réels des patients est nécessaire afin d'aborder la totalité des attentes du patient (44).

La confiance et la relation médecin-patient sont favorisées lors de l'usage de la langue maternelle en consultation. Nous pourrions sensibiliser les médecins sur ce constat au moyen de journées de formation afin qu'au sein de leurs cabinets, ils puissent être en mesure de proposer au patient en difficulté de s'exprimer en créole de savoir faire appel à un tiers ou encore d'utiliser les techniques de communication non verbale.

Nous souhaiterions proposer à l'Ordre des médecins de La Réunion de fournir un lexique d'aide à la communication médicale créole-francais, non disponible actuellement. La faculté de médecine de la Réunion propose aux internes arrivant sur l'île un livret d'accueil comprenant quelques traductions élémentaires (45). Or, il nous semble également intéressant de proposer un dictionnaire médical complet français/créole aux médecins n'ayant pas fait leur internat ici.

Enfin, il paraît important d'encourager l'utilisation de l'outil "Faire dire" proposé par la HAS. De façon intuitive, les médecins de notre étude l'appliquent déjà alors qu'aucun ne l'a mentionné pendant nos entretiens.

V. Conclusion

Cette étude a tenté d'aborder le sujet de la communication en santé lors de consultations avec deux langues : le français et le créole. Médecins comme patients utilisent l'une ou l'autre en fonction de la situation. Chacune de ces langues a ses avantages et ses inconvénients pour mener à bien une consultation de médecine générale.

Les médecins généralistes interrogés ont pu relater des difficultés liées à ce contexte bilingue français/créole langue maternelle. Le risque d'événement indésirable associé aux soins en rapport avec des erreurs de communication était l'une des principales difficultés rencontrées. Certains médecins, qui ne maîtrisent pas suffisamment le créole, risquent d'être entravés dans leurs consultations par une mauvaise communication avec leurs patients. Une formation ponctuelle et un dictionnaire médical pourraient alors leur être proposés.

Au terme de cette étude,nous pouvons toutefois affirmer que les ressentis et les représentations du médecin généraliste quant à l'usage du créole ont finalement peu d'influence pour réussir la majeure partie de leurs consultations biomédicales. En effet, même si la langue est un pilier majeur de la communication, elle ne représente qu'une facette du profil du patient. L'omnipraticien saura prendre en compte le patient dans sa globalité pour assurer une consultation optimale, y compris dans le cas où les interlocuteurs ne partageraient ni la même langue ni les mêmes codes.

Ce travail nous a aidé à appréhender la richesse et la multiplicité des aspects du soin.
Avec les migrations de populations climatiques et politiques redoutées en Europe et ailleurs, les médecins généralistes se doivent de questionner et de repenser la notion de communication au sein de leurs cabinets pour maximiser les chances de compréhension mutuelle. C'est dans ces conditions que la médecine centrée sur le patient dans sa globalité peut s'exercer.

VI. Bibliographie

1. Texte intégral de la Constitution du 4 octobre 1958 en vigueur | Conseil constitutionnel [Internet]. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur : https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/texte-integral-de-la-constitution-du-4-octobre-1958-en-vigueur

2. LOI n° 94-665 du 4 août 1994 relative à l'emploi de la langue française - Légifrance [Internet]. [cité 5 juillet 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005616341/2021-02-02/

3. LOI n° 2021-641 du 21 mai 2021 relative à la protection patrimoniale des langues régionales et à leur promotion (1). 2021-641 mai 21, 2021. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043524722

4. Plus de 8 Réunionnais sur 10 sont natifs de l'île - Insee Flash Réunion - 73 [Internet]. [cité 1 juill 2022]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2129130

5. Le créole encore très largement majoritaire à La Réunion - Revue économie de La Réunion - 137 | Insee [Internet]. [cité 13 juin 2022]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1292364

6. Georger F. Créole et français à La Réunion : une cohabitation complexe [Internet] [phdthesis]. Université de la Réunion; 2011 [cité 23 déc 2022]. Disponible sur: https://theses.hal.science/tel-01279041

7. Bavoux C, Robillard D. Linguistique et créolistique. Anthropos; 2002. 244 p.

8. Glottolog 4.6 - Réunion Creole French [Internet]. [cité 29 nov 2022]. Disponible sur: https://glottolog.org/resource/languoid/id/reun1238#refs

9. Carayol M, Chaudenson R. Essai d'analyse implicationnelle d'un continuum linguistique: français - créole. Collection IDERIC. 1979;1(1):129-72.

10. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031972276/2016-02-04

11. Michael Balint, Le Médecin, son malade et la maladie, Payot, 2003

12. Haute Autorité de Santé - Patient et professionnels de santé : décider ensemble [Internet]. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble

13. Paillé P, Mucchielli A. Bibliographie. In: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Paris: Armand Colin; 2012 [cité 5 déc 2022]. p. 407-15. (Collection U). Disponible sur: https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-p-407.htm

14. Google Maps [Internet]. Google Maps. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: https://www.google.com/maps/@-21.1352846,55.3868789,11z

15. Muzny P. Revue Médicale Suisse : La confiance mutuelle entre le médecin et son patient : pas seulement un principe, mais aussi une réalité. Revue Médicale Suisse. 2007;3(136):2806-8.

16. Bizouarn P. Le médecin, le malade et la confiance. Éthique & Santé. 1 sept 2008;5(3):165-72.

17. Grosjean F. Individual bilingualism. In : Asher RE, éd. The encyclopedia of language and linguistics.. Oxford : Pergamon Press, 2004, p. 1656-60

18. Pavlenko A. Bilingualism and emotions. Multilingua - Journal of Cross-Cultural and Interlanguage Communication. 2002;21(1):45.

19. Ożańska-Ponikwia K. What has personality and emotional intelligence to do with 'feeling different' while using a foreign language? International Journal of Bilingual Education and Bilingualism. mars 2012;15(2):217-34.

20. Oakes L. Beyond diglossia? Language attitudes and identity in Reunion. Journal of Multilingual and Multicultural Development. févr 2013;34(1):30-45.

21. Houston J. The Irish Language in General Practice in the Donegal Gaeltacht. Ir Med J. 6 déc 2018;111(10):844.

22. Anderson JL, Dodman S, Kopelman M, Fleming A. PATIENT INFORMATION RECALL IN A RHEUMATOLOGY CLINIC. Rheumatology. 1979;18(1):18-22.

23. Kessels RPC. Patients' Memory for Medical Information. J R Soc Med. mai 2003;96(5):219-22.

24. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM, Markowitz AJ. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Evid Rep Technol Assess (Summ). 2001;(43):i-x, 1-668.

25. Ong LML, de Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. Social Science & Medicine. avr 1995;40(7):903-18.

26. FAIRE DIRE [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2612334/fr/faire-dire

27. Amalberti R. La méthode Teach-back, pour mieux se faire comprendre des patients. Concours Méd 2013;135(7):1-3.

28. Meuter RFI, Gallois C, Segalowitz NS, Ryder AG, Hocking J. Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. BMC Health Serv Res. juin 2015;15(1):371.

29. Roberts GW. Nurse/patient communication within a bilingual health care setting. Br J Nurs. 1994;3(2):60–7.

30. Ryder AG, Ban LM, Chentsova-Dutton YE. Towards a Cultural-Clinical Psychology: Cultural-Clinical Psychology. Social and Personality Psychology Compass. déc 2011;5(12):960-75.

31. Gany F, Yogendran L, Massie D, Ramirez J, Lee T, Winkel G, et al. “Doctor, What Do I have?” Knowledge of Cancer Diagnosis Among Immigrant/Migrant Minorities. J Canc Educ. mars 2013;28(1):165-70.

32. Bowen S, Health Canada, Health Canada, Canada, Santé Canada. Barrières linguistiques dans l’accès aux soins de santé. Ottawa: Santé Canada; 2001.

33. Cartographie de la pauvreté à La Réunion - Insee Analyses Réunion - 34 [Internet]. [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3619236

34. 116 000 personnes en situation d’illettrisme en 2011 à La Réunion - Insee partenaires [Internet]. [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1291760

35. Loignon C, Boudreault-Fournier A. Du paternalisme à l’encadrement bienveillant. Can Fam Physician. nov 2012;58(11):e618-9.

36. Andersson SO, Ferry S, Mattsson B. Factors associated with consultation length and characteristics of short and long consultations. Scandinavian Journal of Primary Health Care. janv 1993;11(1):61-7.

37. Deveugele M. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ. 31 août 2002;325(7362):472-472.

38. Kacperek L. Non-verbal communication: the importance of listening. Br J Nurs. 13 mars 1997;6(5):275-9.

39. Flores G, Abreu M, Barone CP, Bachur R, Lin H. Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A Comparison of Professional Versus Ad Hoc Versus No Interpreters. Annals of Emergency Medicine. nov 2012;60(5):545-53.

40. Laws MB, Heckscher R, Mayo SJ, Li W, Wilson IB. A New Method for Evaluating the Quality of Medical Interpretation. Medical Care. janv 2004;42(1):71-80.

41. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. 1 janv 2015;15(157):50-4.

42. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. 2007;

43. Sedgwick P, Greenwood N. Understanding the Hawthorne effect. BMJ. 4 sept 2015;h4672.

44. Forin CJH. Pratique de la médecine générale: perceptions et attentes des patients de l'île de La Réunion. :123.

45. Darblade C, François V, Gasque C, Moutama G. Gestionnaires administratives. :29.

VII. Annexes

A. Questionnaire semi-dirigé des entretiens

Bonjour, je m'appelle Adrien PALY, interne de médecine générale de la faculté de médecine de Poitiers. Je réalise une thèse qualitative sur le ressenti et les représentations des médecins généralistes exerçant à La Réunion concernant l'utilisation du créole en consultation.
Merci d'avoir accepté cet entretien aujourd'hui. Cet entretien comporte plusieurs questions ouvertes pour notre échange, vous pouvez donc répondre comme vous le souhaitez.
Évidemment, je vais enregistrer notre échange et le retranscrire de façon anonyme pour l'étude.
Etes vous d'accord de participer à notre étude ? Avez-vous des questions pour commencer ?

1. Quel est votre mode d'exercice de la médecine générale ?

2. Comment faites-vous lorsqu'un patient parle créole lors d'une consultation ?
   → relance : si un patient commence à parler créole, comment lui répondez vous ?

3. Que pensez-vous de votre niveau de compréhension et de communication en créole ?
   → relance : êtes-vous satisfait de votre consultation avec un patient parlant créole ?

4. Quelles sont les difficultés que vous ressentez quand un patient parle en créole ?
   → relance : que faites vous en cas de refus de votre prise en charge ?

5. Au contraire, quels sont les avantages pour vous, à réaliser une consultation avec un patient parlant créole ?

6. Quelles sont les techniques de communication que vous utilisez lorsqu'un patient parlant créole a des difficultés à se faire comprendre ?
   → relance : sentez-vous le patient "s'ouvrir" lorsque vous parlez créole avec lui ? Ou inversement ?

7. Quel est votre ressenti sur la différence de prises en charge entre un patient qui ne parle pas créole et l'autre oui ?
   → relance : pouvez-vous me parler des approches utilisées en fonction des patients (paternaliste ou décision médicale partagée) ?

8. Quel est l'impact sur votre temps de consultation si un patient parle créole ?

9. Quand vous ne comprenez pas votre partient parlant créole, que pensez-vous d'avoir recours à un tiers (ou autre ressource) ?

10. Quelles ont été vos expériences face à d'autres dialectes dans votre parcours ?

B. Extrait du livret d'accueil des internes Océan Indien

“Sur le plan linguistique, on compte trois communautés importantes : les créolophones, les Indiens tamouls et les francophones. On doit ajouter aussi les petites communautés d’origine chinoise, comorienne et indo-musulmane. La langue maternelle de la majorité de la population n'est pas le français mais le créole réunionnais. La plupart des créolophones sont bilingues, parlant le créole et le français, ou le créole et le tamoul. Le créole réunionnais reste un puissant catalyseur de l'identité réunionnaise.

Notions de créole réunionnais

Etat de santé
Lé faille, lé maf : je suis fatigué, endormi, ramolli
Na pu l’appétit, mi mange pi, li mange pas rien : je n’ai pas d’appétit, je ne mange plus
Tombe faible : avoir un malaise
Lu la gagn’saississement : il ou elle a eu peur, a fait un malaise
Li la tombe faible : il ou elle a eu un malaise

Organes et maladies
Mon pied d’cœur y fait mal : mon estomac fait mal
L’estomac y ronfle : les bronches sont encombrées
Le rhume sur l’estomac : vomissements séreux ayant l’aspect du rhume ou sécrétions bronchiques abondantes
Batt’ment de flanc : respiration particulière de la crise d’asthme
Mi gaingne (gagne) pu respirer : j’ai des difficultés pour respirer
Un l’attack : une attaque cérébrale, un infarctus du myocarde
Mon tête (mon coco) y fait mal : j’ai mal à la tête
Mon ker y fait mal = envie de vomir
Mal mouton : les oreillons
Mon zié : mes yeux
Le pylor : l’estomac
Ma pate, mon pate : ma jambe
La pissa : le pipi, les urines
Bonbon la fesse : suppositoire
Un coup d’cogne : un coup
Sérum : perfusion
Le râle l’es d’ssus : il gaspe ou il agonise
Douleur Doulèr a terre la : douleur ici, à cet endroit
Y fait mal : ça me fait mal
I brile : ça brûle
Largue à moin : lâche moi, ne me touche pas
Dèf à li : détache ça, enlève ça
Tire ça : enlève ça
Coupe pas moin – mi vé pas i coupe à moin : je ne veux pas de chirurgie

C. Grilles COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquête/Animateur	Adrien PALY
2.	Titre académique	Aucun
3.	Activité	Interne de médecine générale, médecin généraliste remplaçant
4.	Genre	Masculin
5.	Expérience et Formation	Première enquête
Relation avec les participants		
6.	Relation antérieure	L'enquêteur connaissant certains médecins
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Connaissance du statut de l'enquêteur et du thème de l'enquête, thèse d'exercice pour le diplôme de médecine générale
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Motivations et intérêt pour l'objectif de l'étude énoncés lors des entretiens
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Analyse par théorisation ancrée
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Échantillonnage réalisé sur critères définis a priori (âge, genre, local,..)
11.	Prise de contact	Téléphone et face-à-face
12.	Taille de l'échantillon	12 participants inclus
13.	Non-participation	2 participants n'ont pas de nouvelle malgré les relances téléphoniques
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Majoritairement aux domiciles des médecins par téléphone, face-à-face au domicile
15.	Présence de non-participants	Non
16.	Description de l'échantillon	- 8 hommes et 4 femmes ont participé

		à l'étude. - 9 médecins exerçaient en milieu urbain, 3 en semi-rural - 4 ont exercés sur une période de remplacement courte entre 2019 et 2021 - 2 médecins n'avaient aucune connaissance en créole, 5 étaient parfaitement bilingues et 5 avaient un bon niveau de compréhension mais peu voir pas capable de parler créole.
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Réalisé au préalable, suite d'une bibliographie sur le thème de l'étude. Il n'a pas été testé au préalable. Les médecins interrogés n'ont pas eu accès au guide d'entretien.
18.	Entretiens répétés	Un entretien a dû être répété car l'enregistrement n'a pas fonctionné
19.	Enregistrement audio/visuel	Enregistrement audio par smartphone
20.	Cahier de terrain	Un cahier était tenu. Il comprenait les notes relatives aux différents entretiens, aux recherches, aux séminaires relatifs à la thèse.
21.	Durée	L'enregistrement des entretiens durait entre 16 à 38 minutes, avec une durée moyenne de 23 minutes par entretien.
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a été atteint au bout de onze entretiens. Au total, douze entretiens ont été réalisés.
23.	Retour des retranscriptions	Les verbatims n'ont pas été transmis aux participants.
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	L'enquêteur et une tierce personne ont codé les données. Les codes ont ensuite été mis en commun et discutés afin de trouver un consensus.
25.	Description de l'arbre de codage	Un exemple du codage via RQDA a été mis en annexe
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes abordés ont été déterminés par la recherche bibliographique, la

		connaissance du terrain par l'enquêteur. Cependant, certains thèmes émergeant des entretiens ont été ajoutés au guide d'entretien.
27.	Logiciels	L'application Callapp® a été utilisée pour enregistrer les appels téléphoniques. Puis l'application Recorder d'Android pour les enregistrements audio lors des entretiens en présentiel. Le logiciel Drive de Google® a été utilisé comme logiciel de traitement de texte. Le logiciel RQDA a été utilisé pour coder les différents verbatims.
28.	Vérification par les participants	Aucune vérification n'a été effectuée par les participants
Rédaction		
29.	Citations présentées	Les citations ont été utilisées pour illustrer les résultats. Ils ont été anonymisés et précédés de la lettre "P" suivie du numéro attribué aléatoirement à chaque médecin.
30.	Cohérence des données et des résultats	Les résultats ont été obtenus par analyse thématique à partir des verbatims. L'ensemble est donc cohérent.
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux donnaient les titres des principales parties. Ils sont donc clairement identifiés dans les résultats.
32.	Clarté des thèmes secondaires	Les thèmes secondaires donnaient les sous-titres des parties. Ils sont donc clairement identifiés dans les résultats.

D. 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 !

E. Résumé

Ressentis et représentations des médecins généralistes de La Réunion concernant l'usage des langues régionale en consultation : cas particulier du Créole Réunionnais

Introduction : Sur l'île de La Réunion, la langue maternelle et vernaculaire est le créole réunionnais. Cette étude s'intéresse aux ressentis et aux représentations des médecins généralistes de La Réunion concernant l'usage du créole en consultation.
Matériel et Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés chez 12 médecins généralistes exerçant ou ayant exercé à La Réunion du mois d'octobre à novembre 2022. Selon la méthode de la théorisation ancrée, les entretiens ont été enregistrés, retranscrits, codés, triangulés puis analysés jusqu'à suffisance théorique des données.
Résultats : Les médecins ont souligné plusieurs situations de communication dans lesquelles ils se sentaient soit avantagés soit en difficulté. Les avantages liés à l'utilisation du créole pendant une consultation étaient de l'ordre d'un renforcement de la relation médecin patient pour une meilleure adhésion aux soins et une décision médicale partagée. En effet, le patient s'exprime plus volontiers dans sa langue maternelle y compris pour évoquer des maux de l'ordre du psychosocial. Les difficultés relatées par les médecins étaient souvent des difficultés de compréhension, de traduction notamment de l'anamnèse mais aussi des symptômes du créole au français, pouvant induire des risques pour la sécurité du patient. Les médecins ont aussi souligné l'importance de la globalité du patient, en prenant en compte l'aspect socioculturel et les situations parfois précaires des patients pris en charge à La Réunion.
Conclusion : Cette étude nous a permis de dresser une liste non exhaustive des facteurs handicapant ou favorisant la consultation lorsque le patient est bilingue ou uniquement créolophone. Elle a recensé quelques outils pour lever la barrière de langue. Ce travail a montré la multiplicité des aspects du soin pour le médecin généraliste et à révélé l'importance de prendre le patient dans sa globalité.

Discipline : Médecine Générale

Mots-clefs : Communication en santé, bilinguisme, bio-psycho-social, précarité, illettrisme, diglossie, Réunion

Feelings and representations of general practitioners in Reunion Island concerning the use of regional languages in consultations: the particular case of Reunionese Creole

Introduction : In Reunion Island, the first language and vernacular is Reunionese Creole. This study focuses on the feelings and representations of general practitioners in Reunion Island concerning the use of Creole in consultations.
Material and Method : Qualitative study by semi-directed interviews with 12 general practitioners practicing or having practiced in Reunion Island from October to November 2022. According to the method of anchored theorization, the interviews were recorded, transcribed, coded, triangulated and then analyzed until theoretical sufficiency of the data.
Results : Practitioners identified several communication situations in which they felt either at an advantage or in difficulty. The advantages of using Creole during a consultation were that it strengthened the doctor-patient relationship and led to better adhesion to care and a shared medical decision. Indeed, patients were more likely to express themselves in their mother tongue, including when discussing psychosocial problems. The difficulties reported by the physicians were often difficulties in understanding and translating the history and symptoms from Creole to French, which could lead to risks for the patient's safety. The doctors also stressed the importance of the patient's globality, taking into account the socio-cultural aspect and the sometimes precarious situations of the patients treated in Reunion.
Conclusion : This study has enabled us to draw up a non-exhaustive list of factors that handicap or help the consultation when the patient is bilingual or only Creole-speaking. It has identified some tools for overcoming the language barrier. This work has shown the multiplicity of aspects of care for the general practitioner and has revealed the importance of taking the patient in his or her entirety.
Discipline : General Practice

Keywords : Communication in health, bilingualism, bio-psycho-social, precariousness, illiteracy, diglossia, Réunion