

Faculté de santé publique

Les discriminations involontaires envers les patients migrants : le rôle des médecins généralistes dans la relation thérapeutique, le diagnostic et le suivi des troubles de santé mentale

Mémoire réalisé par
Romina Gentili

Promoteur(s)
Vincent Lorient
Camille Duveau

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Les discriminations involontaires envers les patients migrants : le rôle des médecins généralistes dans la relation thérapeutique, le diagnostic et le suivi des troubles de santé mentale

Mémoire réalisé par
Romina Gentili

Promoteur(s)
Vincent Lorient
Camille Duveau

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon promoteur Monsieur Lorant et ma co-promotrice Camille Duveau. Je les remercie pour leur disponibilité et leur aide précieuse.

Je remercie déjà le lecteur, Brice Lepièce, du temps qu'il consacrera à la lecture de ce travail.

Je remercie tout particulièrement Camille Wets, doctorante à l'Université de Gand, pour son investissement et son soutien durant l'analyse.

Je voudrais également remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail, que ce soit pour la relecture, pour leurs conseils ou pour leur soutien.

Enfin, j'adresse mes remerciements les plus sincères à ma famille : mes parents Graziella et Franco et ma sœur Cinzia qui m'ont accompagnée et soutenue durant ces deux années et que je ne remercierai jamais assez.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Liste des abréviations

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CPAS : Centre Public d'Action Sociale

EBM : Evidence Based Medicine (Médecine fondée sur des données probantes)

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale (Échelle d'anxiété et de dépression)

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance

PTSD : Post-Traumatic Stress Disorder (Trouble de stress post-traumatique)

RBPM : Recommandations des Bonnes Pratiques Médicales

REMEDI : GPs' REcommendations to patients with MEntal health problems and DIverse migration backgrounds (Recommandations des médecins généralistes aux patients atteints de problèmes de santé mentale et ayant des antécédents migratoires divers)

Table des matières

I.	Introduction	7
II.	Revue de littérature	8
	<u>Chapitre 1 – Etat de santé des migrants</u>	8
	1. Définition ‘migrants’	8
	2. Épidémiologie des iniquités ethniques de santé	9
	<u>Chapitre 2 - Les discriminations</u>	11
	1. Définition de la notion de discrimination	11
	2. Conséquences sur la santé	13
	<u>Chapitre 3 – Les principaux mécanismes explicatifs des discriminations et les interventions correspondantes pour réduire les discriminations</u>	14
	1. Obstacles organisationnels et structurels	14
	1.1 Manque de temps	14
	2. Obstacles liés à l’interaction patient-médecin	15
	2.1.Barrières linguistiques	15
	2.2.Barrières culturelles	16
	3. Obstacles au niveau individuel	19
	3.1.Obstacles liés aux patients	19
	3.1.1. Littératie en santé	19
	3.2.Obstacles liés aux médecins généralistes	20
	3.2.1. Biais cognitifs	20
	3.2.2. Expérience	21
III.	Questions de recherche	23
IV.	Matériel et méthode	24
	1. Projet REMEDI	24
	2. Type d’étude	24
	3. Méthode de collecte des données	24
	4. Stratégie d’échantillonnage des participants	25
	5. Méthode d’analyse	26
	6. Considérations éthiques	26

V.	Résultats	27
-----------	------------------	----

Chapitre 1 - Comment les médecins généralistes expliquent-ils les potentielles différences dans la prise en charge d'un patient migrant et souffrant de troubles de santé mentale ?.....27

1.	Obstacles organisationnels et structurels.....	28
1.1	Surcharge de travail des médecins généralistes.....	28
1.2	Indisponibilité des psychologues.....	29
1.3	Avenir incertain des demandeurs d'asile.....	30
1.4	Manque d'antécédents médicaux.....	31
1.5	Barrières financières.....	31
2.	Obstacles liés à l'interaction patient-médecin.....	33
2.1.	Barrières linguistiques.....	33
2.2.	Représentations différentes des troubles de santé mentale.....	34
2.3.	Attentes des patients envers les médecins.....	37
3.	Obstacles au niveau individuel.....	38
3.1	Obstacles relatifs au patient.....	38
3.1.1.	Communautarisme.....	38
3.1.2.	Niveau de littératie en santé.....	39
3.2	Obstacles relatifs au médecin.....	40
3.2.1.	Formation universitaire insuffisante.....	40

Chapitre 2 - Comment le développement des compétences interculturelles des médecins généralistes peut-il être une solution aux discriminations involontaires envers les patients migrants ?.....41

1.	Réduire la surcharge de travail des médecins généralistes.....	41
2.	Remédier à l'indisponibilité des services de santé mentale.....	42
3.	Surmonter les barrières linguistiques.....	43
4.	Comprendre les différences culturelles.....	47
5.	Augmenter la littératie en santé des patients.....	52

VI.	Discussion	53
------------	-------------------	----

	<u>Limites de l'étude</u>	60
--	---------------------------	----

VII.	Conclusion	62
-------------	-------------------	----

VIII.	Bibliographie	63
--------------	----------------------	----

IX.	Annexes	76
------------	----------------	----

Annexe 1. Guide d'entretien.....	76
Annexe 2. Protocole de retranscription.....	77
Annexe 3. Arbre thématique.....	78

I. Introduction

L'ampleur et la fréquence des migrations ont fortement augmenté ces dernières années. Ces flux migratoires ont soulevé de nombreux problèmes dont l'état de santé inquiétant des migrants (Brijnath B. 2011, Iqbal M.P. 2021). En effet, un constat alarmant est dressé concernant leur santé mentale. Pourtant, cette population est sous-représentée dans les services de santé mentale (Fauk NK., 2021).

Pour mieux comprendre cette problématique, nous commencerons par une revue de littérature. Elle se divisera en trois chapitres. Dans le premier chapitre relatif à l'état de santé des migrants, nous définirons ce qu'englobe le terme « migrant », et nous exposerons les différentes iniquités ethniques en santé. Dans le second chapitre, nous essayerons de comprendre ces iniquités ethniques en nous intéressant à l'une de ses causes : les discriminations ethniques. Nous définirons ce terme, présenterons quelques exemples et leurs conséquences sur la santé mentale. Dans le troisième chapitre, nous mettrons en évidence les principaux mécanismes explicatifs des discriminations ainsi que les interventions correspondantes pour réduire ces discriminations. Nous diviserons ce chapitre en trois niveaux : organisationnel/structurel, interpersonnel et individuel.

Il ressort de la littérature que les médecins généralistes sont un pilier indispensable à l'accès de soins de qualité particulièrement pour cette population spécifique, mais que leur point de vue est rarement documenté (Delaruelle C. 2021, Iqbal MP. 2021). Cette revue a donc fait émerger deux questions de recherche : La première concernant les explications relatives aux différences de prise en charge : *Comment les médecins généralistes **expliquent-ils** les potentielles **différences dans la prise en charge** d'un patient migrant et souffrant de troubles de santé mentale ?* La seconde abordant les solutions : *Comment le **développement des compétences interculturelles** des médecins généralistes peut-il être une **solution** aux discriminations involontaires envers les patients migrants ?*

Afin d'y répondre, la deuxième partie du mémoire consistera en l'analyse d'interviews de médecins généralistes ayant des patients migrants dans leur patientèle. Elle aura deux objectifs. Premièrement, mettre en lumière la manière dont les médecins généralistes expliquent les différences dans la prise en charge des patients migrants souffrant de troubles de santé mentale. Deuxièmement, analyser l'utilisation et la recommandation des soins culturellement compétents pour réduire les discriminations.

Nous poursuivrons en confrontant nos résultats pertinents à la littérature.

Enfin, nous tirerons une conclusion et tenterons de soulever de nouvelles orientations pour les futures recherches.

II. Revue de littérature

Le premier chapitre sera dédié à l'état de santé des migrants. Ensuite, nous définirons les discriminations et parlerons de leurs conséquences sur la santé. Enfin, nous terminerons par les principaux mécanismes explicatifs des discriminations et les interventions correspondantes pour réduire les discriminations.

Chapitre 1 – Etat de santé des migrants

Avant toute chose, nous allons commencer par définir la population à laquelle nous allons nous intéresser tout au long de ce mémoire.

1. Définition 'migrants'

Le terme '**migrant**' désigne « une personne qui s'installe durablement dans un pays qui n'est pas celui dont elle est originaire » (Oxfam, 2021). Deux notions sont associées à cette définition.

D'une part, le '**migrant en situation irrégulière**' est défini comme une « personne qui franchit ou a franchi une frontière internationale sans autorisation d'entrée ou de séjour dans le pays en application de sa législation ou d'accords internationaux. » (Organisation internationale pour les migrations, 2021). Dans son article, Straßmayr C. (2012) explique que ce statut peut être acquis si la personne entre illégalement sur le territoire, si elle dépasse la durée de séjour autorisée, ou si on lui retire son statut légal.

D'autre part, le '**migrant en situation régulière**' est défini en opposition au concept précédemment cité. Il décrit une personne étant autorisée à entrer ou séjourner sur le territoire. Cette catégorie englobe les '**demandeurs d'asile**' sous certaines conditions et les '**réfugiés**'. Le demandeur d'asile, aussi appelé demandeur de protection internationale, est défini comme « une personne sollicitant la protection internationale en raison des risques de persécution qu'elle encourt dans son pays d'origine et dont la demande n'a pas encore fait l'objet d'une décision définitive de la part du pays d'accueil potentiel » (Oxfam, 2021 ; Organisation internationale pour les migrations, 2021). Si la demande est acceptée, la personne obtient le statut de réfugié.

Dans ce mémoire, nous emploierons « migrant » ou « personne ayant des antécédents migratoires » de manière interchangeable. Nous préciserons lorsque nous parlerons d'une catégorie particulière mentionnée précédemment.

Nous avons décidé d'axer notre réflexion sur cette population car les flux migratoires se sont intensifiés ces dernières années, notamment en Europe. Ils ont conduit à une population diversifiée sur le plan ethnique (Ledoux C., 2018). L'ethnicité faisant référence à l'ethnie, autrement dit à un ensemble de personnes partageant un même patrimoine culturel (Vinsonneau G., 2002).

En réponse aux flux importants, l'OMS a fait de l'équité en santé une de ses préoccupations principale. En effet, elle a créé la Commission des Déterminants sociaux de la santé et élaboré un nouveau programme mondial pour promouvoir l'équité en santé. (Commission des Déterminants sociaux de la Santé, 2008). Ce concept d'équité en santé est défini comme le fait de « s'assurer que tout un chacun reçoit des soins de qualité qui répondent aux besoins, aux valeurs et aux ressources de l'individu » (Commission de la santé mentale, 2008).

Pourtant, certaines études démontrent qu'il reste encore beaucoup d'iniquités ethniques de santé (Berchet C. 2021, Fauk NK. 2021, Heeren M. 2014, Jusot F. 2009, Lezano A. 2020, Luca G. 2013). Dans le point suivant, nous allons parcourir la littérature abordant cette problématique.

2. Épidémiologie des iniquités ethniques de santé

D'une part Mc Donald J.T. (2004) démontre que la population migrante bénéficie d'un meilleur état de santé comparativement à la population native du pays d'accueil. Ce paradoxe du '*migrant en bonne santé*' est expliqué par l'effet de sélection de la migration. En effet, généralement ce sont les individus ayant un bon état de santé qui migrent (Safon MO., 2018).

D'autre part, Jusot F. (2009) va à l'encontre de cette théorie. Il met en évidence une moins bonne santé de la population migrante en comparaison à la population française. Selon Berchet C. (2010), l'effet de sélection peut être compensé « avec le temps par les effets délétères de la migration ». Dans les faits, la migration peut mener à un isolement, un déracinement, une précarité économique, une perte du réseau social ainsi qu'à des discriminations qui impactent négativement la santé (Berchet C., 2010).

Dans cet état de santé, les troubles de santé mentale sont reconnus comme étant un problème majeur chez les migrants (Fauk NK., 2021). D'après l'OMS (2022), un trouble de santé mental « se caractérise par une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ». Ils englobent entre autres la dépression et les troubles de stress post-traumatique étant les problèmes les plus courants observés chez les migrants (Lebano A., 2020).

Heeren M. (2014) constate une « morbidité psychiatrique alarmante » dans cette population spécifique. Il explique que les réfugiés s'avèrent particulièrement touchés. En effet, Fazel M. (2005) affirme que « les réfugiés réinstallés dans les pays occidentaux sont environ dix fois plus susceptibles d'avoir un trouble de stress post-traumatique que la population générale dans ces pays ». Il explicite ce constat par la migration forcée qu'ils doivent subir. Au-delà des traumatismes pré-migratoires, leurs troubles de santé mentale peuvent également être accentués par des facteurs de stress post-migration (Fauk NK., 2021).

Outre ce constat préoccupant, De Luca G. (2013) étudie les différences d'utilisation des services de soins entre les migrants et les italiens natifs. Il démontre que les migrants utilisent plus les urgences que les autres services de santé. Une mauvaise accessibilité et une sous-utilisation des services de santé mentale disponibles sont signalées par Fauk NK. (2021).

De son côté, Bhui K. (2001) s'intéresse au diagnostic de ces troubles. Il s'avère que les patients d'origine britannique ayant des idées dépressives ont plus de chance d'être diagnostiqués correctement comparativement aux migrants pendjabis. Effectivement, il révèle dans son étude que les migrants souffrant d'un trouble de santé mentale sont la plupart du temps diagnostiqués comme ayant uniquement un problème physique.

Pour essayer de comprendre ces iniquités ethniques, nous allons nous intéresser à l'une de ses causes : les discriminations ethniques (Berchet C., 2010). En outre, nous allons porter notre attention sur les médecins généralistes qui sont décrits comme le premier et le principal accès aux soins de santé pour les patients migrants (Iqbal MP., 2021). Ils sont également définis comme étant la porte d'entrée vers les services de santé mentale (Jensen NK., 2013).

Chapitre 2 - Définition des discriminations et leurs conséquences sur la santé

Sur base de l'enquête *Trajectoire et Origines*, Beauchemin C. (2010) met en lumière les discriminations ethniques. Il constate que les personnes ayant des antécédents migratoires sont plus souvent victimes de discriminations que les personnes qui n'en ont pas.

1. Définition des discriminations

Selon Fibbi R. (2021), la discrimination est « une forme de comportement, de procédure ou de politique qui désavantage directement ou indirectement les membres de certaines catégories par rapport à d'autres, simplement parce qu'ils sont membres de cette catégorie ».

Les discriminations sont souvent basées sur les stéréotypes et les préjugés mais ce sont néanmoins des concepts distincts. D'après Dixon J. (2012), les stéréotypes sont « des croyances ou des généralisations sur les traits des groupes sociaux ». Ils peuvent être positifs ou négatifs. Les préjugés sont « des réponses affectives ou évaluatives négatives à l'égard des membres des groupes sociaux » (Dixon J., 2012).

Dans son article, Krieger N. (2014) décrit 2 types de discriminations : la discrimination structurelle et la discrimination interpersonnelle.

Premièrement, la discrimination structurelle « fait référence à l'ensemble des manières dont les sociétés favorisent la discrimination » (Krieger N., 2014). L'institut pour l'égalité des hommes et des femmes la décrit comme « une conséquence de certaines dispositions légales ».

Par exemple, des réglementations mises en place qui désavantagent un groupe d'individus comme les demandeurs d'asile qui n'ont pas droit à une assurance maladie complète (AVCB., 2018).

Deuxièmement, la discrimination interpersonnelle renvoie « aux interactions discriminatoires perçues directement entre les individus » (Krieger N., 2014). Des discriminations à tous les niveaux de la prise en charge des minorités ethniques sont répertoriées dans la littérature.

Tout d'abord au niveau du diagnostic, Hofman KM. (2016) relève que « les noirs américains sont systématiquement sous-traités pour la douleur » comparativement aux américains blancs. Lepièce B. (2014) démontre que le temps consacré par les médecins généralistes pour l'examen des antécédents médicaux est moindre pour les patients issus de minorités ethniques.

Ensuite, les traitements différents, les retards de traitement ou le refus de traitement sont souvent cités. À titre d'exemple, Spencer (2016) montre que « les hommes noirs sont environ 20 % moins susceptibles de recevoir des recommandations pour un pontage aortocoronarien par rapport aux hommes blancs et hispaniques ». Das-Munshi J. (2018) met en évidence que les patients issus de minorités ethniques et atteints de psychose « sont moins susceptibles de recevoir des interventions psychologiques ou des antidépresseurs ».

Pour finir, l'orientation vers des services de santé mentale spécialisés est moins fréquente pour les migrants (Betancourt J.R. 2003, Lindert J. 2008).

Par ailleurs, un autre concept, celui des 'discriminations dites multiples' est aussi abordé dans la littérature. Cette notion comprend toute distinction sur base de plusieurs critères. Par exemple, une femme issue de minorités peut être victime de discrimination multiple en raison de son origine ethnique et de son genre (De Keyzer, 2017). L'enquête *EU-MIDIS* réalisée par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (2010) souligne que « les personnes issues de minorités ethniques sont en moyenne presque cinq fois plus susceptibles de subir de multiples discriminations que celles de la majorité de la population ».

Il y a néanmoins eu peu de recherches relatives à la discrimination ethnique dans la pratique générale. Les quelques études qui existent évoquent la relation entre le patient et le médecin généraliste (Lepièce B., 2014).

Tout d'abord, Johnson MD. (2004) affirme que la communication patient-médecin diffère entre les patients afro-américains et les patients blancs lors des consultations. Il met en évidence une dominance verbale du médecin, autrement dit une monopolisation du temps de parole par le médecin lors d'une consultation avec un patient afro-américain.

Ensuite, une communication peu centrée sur les patients afro-américains est également mise en avant, c'est-à-dire moins de questions ouvertes, peu d'intérêt pour les renseignements psychosociaux, etc. (Johnson MD., 2004).

De plus, le ton affectif des médecins est aussi évalué comme moins positif lors des consultations. Le médecin est caractérisé comme moins chaleureux, moins sympathique et moins empathique envers les patients afro-américains (Johnson MD., 2004).

Les patients issus de minorités ethniques ressentent cette distinction et évaluent la prise de décision comme moins participative comparativement aux patients non minoritaires (Kaplan SH. 1995).

La majorité des études se concentrent sur les expériences à un moment précis. Or, cette manière de faire ne permet pas de saisir le principe d'accumulation des discriminations. En effet, l'exposition passée à la discrimination ethnique « peut continuer à affecter la santé mentale des personnes appartenant à des minorités ethniques, même après l'exposition initiale » (Wallace S., 2016). Par la suite, nous allons donc exposer les conséquences de ces discriminations sur la santé des patients migrants.

2. Conséquences sur la santé

Castaneda AE. (2015) affirme que la discrimination perçue menace grandement le bien-être psychologique et social des migrants. Cette discrimination ethnique impacte les individus qui la subissent. En effet, une diminution de la confiance envers les institutions, dans lesquelles les migrants russes et kurdes ont subi des discriminations, a été observée. Mais aussi un sentiment d'insécurité qui engendre l'évitement des lieux à l'avenir. Cela met en évidence le possible renoncement aux soins de la part des migrants.

Broudy R. (2007) met en lumière l'impact de la discrimination ethnique sur les expériences futures. Avoir subi des discriminations provoque un stress chronique pouvant modifier la perception des situations à venir. En effet, une tendance à évaluer les nouvelles situations « comme potentiellement menaçantes et nuisibles » est soulignée.

En outre, la discrimination ethnique influe également sur l'humeur et les interactions sociales. Les niveaux d'humeur des individus s'avèrent beaucoup plus négatifs à la suite des discriminations. Les interactions sociales sont également touchées (Broudy R., 2007).

De plus, Nazroo JY. (2003) s'appuie sur la quatrième enquête nationale relative aux minorités ethniques au Royaume-Uni pour établir une relation entre les perceptions de la discrimination ethnique et la mauvaise santé auto-déclarée. Dans son étude, Karlsen S. (2005) affirme que « le risque de psychose a doublé chez les personnes qui ont signalé avoir été victimes de discrimination ethnique ».

Comme le soulignent Delaruelle C. (2021) et Priebe S. (2011, 2012), il n'existe pas d'information disponible concernant le point de vue des médecins généralistes sur ce qu'ils estiment être les problèmes dans la prise en charge en matière de santé mentale des patients migrants ni les solutions pour les surmonter. La plupart des articles ne se concentrent pas sur ces 3 variables : médecins généralistes, patients migrants et santé mentale.

Chapitre 3 – Les principaux mécanismes explicatifs des discriminations et les interventions correspondantes pour réduire les discriminations

Dans ce chapitre, nous allons nous concentrer sur les 3 niveaux les plus cités dans la littérature et sur lesquels les médecins généralistes peuvent agir (Duric P. 2018, Smedley B. 2003). Premièrement, nous aborderons le niveau méso regroupant les barrières organisationnelles. Deuxièmement, nous continuerons avec le niveau interpersonnel où l'on retrouve les barrières linguistiques et culturelles. Et pour finir, nous détaillerons le niveau individuel reprenant la littératie en santé dans un premier temps, et les biais cognitifs et l'expérience des médecins généralistes dans un second temps.

1. Obstacles organisationnels

1.1 Manque de temps

Tout d'abord, le manque de temps est cité comme un des obstacles majeurs à la détection des troubles de santé mentale (Duric P. 2018).

Il empêche les médecins d'explorer en profondeur la dimension psychosociale de la maladie (Kai J., 2007). Mais aussi d'assurer un suivi nécessaire aux troubles de santé mentale. Or, selon Giacco D. (2018), 5 ans après l'installation, les troubles dépressifs et anxieux augmentent fortement chez les migrants notamment dû à leurs conditions de vie. Un suivi est donc primordial.

Dans le rapport des bonnes pratiques, la flexibilité organisationnelle est mentionnée comme une ressource nécessaire pour une meilleure prise en charge. Pour permettre cela, certains médecins déclarent qu'être soulagés de la surcharge administrative leur permettrait de consacrer plus de temps aux patients (Priebe S., 2011).

De plus, c'est une variable indispensable pour surmonter les barrières linguistiques (Robertshaw L., 2017) et établir une relation de confiance avec le patient (Constans, 2019). Pour aborder ce niveau interpersonnel, nous allons nous intéresser aux barrières linguistiques et culturelles.

2. Obstacles liés à l'interaction patient-médecin

2.1. Barrières linguistiques

Les barrières linguistiques impactent aussi bien l'accès aux soins que la qualité des soins. Elles exposent les patients à des erreurs de médications, des complications, etc. Elles entravent également l'obtention du consentement éclairé (Bowen S., 2015).

Ces barrières posent particulièrement problème pour les personnes souffrant de problèmes psychosociaux. En effet, la mauvaise communication entrave la bonne prise en charge étant donné que « la psychothérapie et les tests cognitifs doivent généralement être effectués dans la langue maternelle du patient » (FRA, 2013).

Il ressort des études que les migrants et les médecins généralistes préfèrent être en présence d'un interprète lors de la consultation car parler la même langue permet de créer un lien déterminant pour déceler, entre autres, les problèmes de santé mentale.

Néanmoins, la participation d'un tiers à la consultation amène une certaine réserve au sujet de l'exactitude de la traduction et de la confidentialité. Les interprètes peuvent être formels ou, en l'absence de ressources de traduction adéquates, informels. Les préférences varient. Cette solution, bien qu'indispensable, d'après la Fédération des maisons médicales (2010) « est ambivalente car la présence d'un interprète, professionnel ou non, peut interférer, consciemment ou inconsciemment, avec la relation thérapeutique ». En effet, Taylor SL. (2004) mentionne la réticence du patient à se confier en présence d'une tierce personne. Outre la réserve des patients, s'ajoute celle des médecins. Ils remettent en question le sérieux de l'interprète, lorsqu'il s'agit d'un membre de famille, pouvant être sélectif dans les propos qu'il traduit (Priebe S., 2011). Certaines études s'appuient sur le même argument pour les interprètes professionnels.

Flores G. (2003) a répertorié environ vingt-neuf erreurs d'interprétation par consultation dont 63% pouvant avoir des conséquences cliniques. Les différents types d'erreurs relevés sont : la sélection d'information, l'ajout d'informations non données par le prestataire, les explications erronées, les interprétations subjectives.

Dans les faits, la difficulté organisationnelle à obtenir des services d'interprétation pousse les médecins à recourir à d'autres types de traductions, comme l'entourage du patient ou des traducteurs en ligne (Robertshaw L., 2017).

Malgré les constatations négatives de la présence d'un interprète, soulignons que s'en passer alors que les barrières linguistiques sont bien présentes, n'est pas une solution. En effet, cela

peut créer une illusion de communication et avoir de nombreuses conséquences négatives (Bowen S., 2015).

Par ailleurs, certains professionnels considèrent que la solution incombe aux patients. En effet, Priebe S. (2011) affirme que « l'amélioration de la maîtrise de la langue nationale par les patients migrants est la meilleure réponse possible à long terme pour réduire les barrières linguistiques ».

L'interaction patient-médecin repose sur une relation de confiance et une bonne communication. Les barrières linguistiques impactent fortement cet échange mais également les barrières culturelles (Iqbal MP. 2021).

2.2.Barrières culturelles

Selon la Fédération des maisons médicales (2010), les différences culturelles se traduisent par « des modes d'expression, facteurs explicatifs des maladies et des représentations de la santé différents ».

De manière générale, les barrières culturelles sont moins prises en compte dans les échanges patient-médecin que les barrières linguistiques. La plupart du temps, les médecins mènent leurs consultations avec les patients migrants de la même manière qu'ils mènent toutes leurs consultations. Wachtler C. (2006) développe cet aspect et indique « qu'il n'y a pas d'accent particulier mis sur la culture. Au lieu de cela, les médecins généralistes ont tendance à éviter d'aborder les différences culturelles ». Kai J. (2007) explique cette ignorance perçue par la crainte d'avoir un comportement inadéquat voire discriminatoire. Au final, par peur, ils n'adoptent pas le meilleur comportement pour le patient.

Or, il est prouvé que la considération des aspects culturels est la clé d'une prise charge optimale (Paternotte E., 2016). Étant donné que la population devient de plus en plus multiculturelle, l'adaptation culturelle des services devrait être une priorité (Constats, 2019). Les compétences culturelles des professionnels de la santé sont évoquées comme le fondement de soins de qualité pour les migrants et le moyen de réduire les discriminations (Iqbal MP. 2021).

Alizadeh S. (2016) définit les compétences culturelles comme « la capacité à interagir, communiquer et travailler efficacement avec des personnes issues d'ethnies différentes ». Taylor S.L. (2004) appuie ce concept en impliquant les institutions et le système de santé : « la communication culturellement compétente n'est pas simplement un attribut de la rencontre

patient-médecin. C'est également un attribut de l'établissement de santé et du système plus large dans lequel les soins sont financés et dispensés ».

Seeleman C. (2009) a élaboré un cadre conceptuel des compétences culturelles. Il se compose de 6 points.

Premièrement, la « **connaissance de l'épidémiologie et de la manifestation de maladies dans divers groupes ethniques** ». Ce point englobe les connaissances sur l'incidence des maladies qui peut varier d'un groupe ethnique à l'autre ; mais également sur la manifestation de certaines maladies.

Par exemple, dans le cas de troubles de santé mentale, les médecins doivent comprendre la signification des symptômes somatiques qui correspondent à un langage de détresse. Les douleurs musculo-squelettiques et la fatigue font partie des symptômes somatiques les plus fréquents (Kirmayer L.J. 2001, Seeleman C. 2009, Sinnema H. 2018). Si les médecins ne sont pas attentifs aux représentations de la maladie, ils risquent de se tromper dans leur diagnostic (Maccioni J., 2016).

Deuxièmement, la « **conscience de la façon dont la culture façonne le comportement et la pensée individuels** ». L'influence de la culture diffère d'un individu à un autre (Seeleman C., 2009). Il est donc important d'avoir une approche plus ethnographique qui consiste à demander individuellement les représentations de la maladie et du traitement, autrement dit, « ce qui compte le plus pour eux en tant qu'individus au sujet de leur maladie et de leur traitement » (Kai J., 2007). Cette façon d'agir permet de mettre en lumière les attentes mutuelles de la relation, du diagnostic, et du suivi (Seeleman C., 2009). Par exemple, la préférence du patient quant au genre du professionnel de la santé peut être un frein majeur aux soins si elle n'est pas prise en compte (Agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne, 2013).

Dans certaines cultures, la détresse psychologique est un problème que l'on aborde avec ses proches, ou bien un chef spirituel mais pas avec son médecin généraliste. Demander l'aide d'un professionnel est culturellement différent notamment dû à la stigmatisation entourant la détresse psychologique et la maladie mentale (Franks W. 2007, Kirmayer L.J. 2001, Sinnema H. 2018).

Troisièmement, la « **prise en considération du contexte social dans lequel vivent des groupes ethniques spécifiques** ». Kirmayer L.J. (2001) explique que « la stratégie est d'adopter une attitude ouverte, intéressée et respectueuse envers l'environnement du patient ». L'influence des facteurs sociaux est souvent oubliée dans la pratique. Par exemple, la précarité économique,

l'état des logements, la littératie en santé, le réseau social, etc. Or, cela peut apporter des renseignements essentiels pour comprendre le patient et le prendre en charge de manière optimale (Berchet C. 2010, Kirmayer L.J. 2001, Seeleman C. 2009).

L'association Constats déclare que les migrants sont peu réceptifs à une aide potentielle en cas de troubles de santé mentale. Ils expliquent cela par la méconnaissance des aides, la crainte de stigmatisation mais également les priorités des patients. En effet, vu la situation sociale souvent précaire des migrants, l'aide psychologique « n'est pas une priorité pour eux » (Constats, 2019).

Quatrièmement, la « **conscience de ses propres préjugés et tendance aux stéréotypes** » (Seeleman C., 2009). Horner R.D. (2004) explique que le concept de compétence culturelle comprend la prise de conscience « de son propre système de valeurs ou perspective culturelle » et de son impact sur sa manière d'entrer en relation avec le patient. En effet, comme l'explique Maccioni J. (2016), « le professionnel n'entre pas en relation de manière culturellement neutre avec autrui, mais bien avec sa propre culture individuelle et professionnelle ». Les biais cognitifs seront abordés plus en profondeur dans le point relatif aux obstacles liés aux médecins généralistes.

Cinquièmement, la « **capacité de transférer l'information de telle manière qu'elle soit comprise par le patient et d'utiliser une aide externe si nécessaire** ». Les différences culturelles, le niveau de littératie ainsi que les barrières linguistiques impactent la communication et la compréhension entre le patient et son médecin (Seeleman C., 2009). Pour améliorer cette situation, le médecin peut faire appel à une tierce personne avec les désavantages que cela comporte comme abordés dans le point précédent relatifs aux barrières linguistiques (Flores G., 2003). Les interprètes ou des médiateurs interculturels seront capables de fournir la traduction, le contexte social ainsi que culturel manquant (Kirmayer L.J., 2001).

Sixièmement, la « **capacité à s'adapter à de nouvelles situations de manière flexible et créative** ». Les 5 compétences précédemment énoncées sont des solutions standards. Néanmoins, le médecin doit pouvoir les transposer dans la réalité. Il doit être capable de s'adapter à la situation présente et ne pas prendre ses conseils comme une check list à remplir (Seeleman C., 2009).

Malgré l'élaboration de plus en plus fréquente de cadres conceptuels, Mollah T.N., (2018) affirme qu'il existe peu de preuves sur ce que les médecins généralistes « considèrent comme des soins culturellement compétents » et « ce qui les aide ou les empêche de fournir de tels soins dans leur pratique quotidienne ».

Comme dit plus haut, la littératie en santé est un facteur social indispensable à ne pas oublier pour permettre une prise en charge adaptée. Dans le point suivant, nous allons approfondir ce concept.

3. Obstacles au niveau individuel

3.1. Obstacles liés aux patients

3.1.1. Littératie en santé

La littératie en santé est définie par l'OMS comme « les caractéristiques personnelles et les ressources sociales nécessaires aux individus et aux communautés pour accéder à l'information, la comprendre, l'évaluer et l'utiliser afin de prendre des décisions en santé » (Gerolimich S., 2019).

Gerolimich S. (2019) explique qu'un lien évident existe entre un faible niveau de littératie et une multitude de situations : « un moins bon état de santé général, une faible compréhension de la prescription et une communication moins efficace avec les professionnels de santé, etc. ». Bergman L. (2021) allonge la liste en ajoutant une sous-utilisation des services disponibles de manière appropriée.

Cette problématique est sensiblement évoquée par les professionnels de la santé mais rarement prise en compte ou solutionnée (Henrard G., 2018).

Ingleby D. (2009) note que la plupart du temps, les patients migrants sont vus comme ayant un niveau de littératie « restreint ». Il qualifie cette vision « d'ethnocentrique ». En effet, il argumente en expliquant qu'il existe plusieurs types de connaissances en matière de santé. Les points de vue des médecins et des migrants sont juste différents, mais l'un n'est pas supérieur à l'autre. Il prend l'exemple des migrants qui viennent d'arriver dans un nouveau pays qui se réfèrent à leurs croyances et au système de santé de leur pays d'origine.

Quelques initiatives voient le jour pour essayer de faciliter l'échange entre le patient et le médecin généraliste. Premièrement, des modules de formations pour les professionnels ainsi que des modules d'accompagnement à la consultation pour les patients. Certes, ces démarches ont le mérite d'être à la portée du plus grand nombre. Néanmoins, les bonnes intentions sont rapidement mises de côté, compte tenu des contraintes dans la pratique (Henrard G., 2018). Deuxièmement, une approche plus globale visant les institutions de soins et non les individus. Cette approche de santé publique s'intéresse aux facteurs sociaux derrière le niveau de littératie. Elle consiste en actions de promotion de la santé. Par exemple, l'élaboration « d'un

questionnaire d'auto-évaluation des institutions de soins en matière de littératie en santé ». Ce dispositif pensé par The International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services a pour objectif de produire une analyse mettant en lumière les forces et faiblesses en matière de littératie en santé de l'institution (Henrard G., 2018).

Le préjugé « les patients issus de l'immigration ont un faible niveau de littératie » peut impacter la manière d'agir des médecins (Ingleby D., 2009). En effet, les patients font remarquer que certains professionnels de la santé ne leur donnent pas toutes les informations nécessaires. Ils expliquent cela par la barrière de la langue ainsi que l'idée préconçue que ces patients sont « trop peu instruits » pour comprendre (FRA, 2013). Par conséquent, nous allons approfondir les biais cognitifs des médecins.

3.2.Obstacles liés aux médecins généralistes

3.2.1. Biais cognitifs

Les préjugés des médecins, qu'ils soient explicites ou implicites, sont susceptibles de favoriser les discriminations dans les soins santé. Ils reposent sur le principe d'étiquetage. La catégorisation réduit la singularité des individus à un groupe homogène. Il y a une assignation des comportements d'un groupe à un individu. De plus, ils influencent le comportement des médecins et impactent négativement les consultations (Spencer K.L. 2016, Nacu A. 2011).

D'une part, on retrouve les attitudes explicites, plus évidentes, conscientes et réfléchies. Les individus reconnaissent leurs préjugés et leurs comportements envers un groupe (Dovidio J.F., 2008).

D'autre part, les préjugés implicites sont inconscients. Dovidio J.F. (2008) nous fait remarquer que les préjugés inconscients touchent également les personnes bien intentionnées. En outre, ils sont renforcés dans certaines situations où « la capacité cognitive diminue : la pression du temps, la fatigue et la surcharge d'information ». Ces conditions sont souvent rencontrées dans les soins de santé (Burgess D.J., 2004). Mais également lorsque les médecins associent les patients à des « membres extérieurs au groupe ». En effet, le simple fait de dissocier les patients « en *nous* et *eux* conduit à des biais » (Burgess D.J., 2004).

Plusieurs études mettent en évidence l'influence de ces préjugés implicites sur les attitudes des médecins. Oliver M.N. (2014) constate les préjugés de certains professionnels de santé quant à la compliance de certaines minorités ethniques. Il souligne que ces derniers peuvent éventuellement impacter les décisions de traitement. Sabin J.A. (2009) observe également leur

influence sur les recommandations de traitement. Dans son étude qualitative, Cooper L.A. (2012) associe les préjugés à une mauvaise communication, insuffisamment centrée sur le patient.

Néanmoins, Chapman E.N. (2013) n'abonde pas dans ce sens. En effet, il soutient que prouver l'existence de biais implicites, ne signifie pas que ces derniers nuisent aux prises de décision ou interactions patient-médecin.

Par contre, ces préjugés sont souvent perçus par les patients. En réponse, ils pourraient changer leur manière d'agir. Autrement dit, réduire leur compliance, diminuer leur fréquence de rendez-vous, perdre la confiance donnée aux médecins, ... (Chapman E.N., 2013).

Pour réduire ces préjugés, les médecins doivent avant tout en prendre conscience. Se rendre compte des domaines et des situations dans lesquels ces idées préconçues se révèlent.

Tout d'abord, l'individualisation des soins peut être une stratégie comme énoncée dans les compétences culturelles. Elle nécessite de se focaliser sur les informations spécifiques de l'individu. Le but étant, que ces dernières prennent le pas sur les informations associées à la catégorie de la personne (Burgess D., 2007).

Ensuite, la mise en place de soins en équipe permettant une prise de décision partagée, est une autre solution (Chapman E.N. 2013, Sabin J.A 2012).

En outre, l'amélioration des aptitudes de communication est également indiquée (Chapman E.N. 2013, Sabin J.A 2012).

Par ailleurs, Pettigrew TF. (2011) affirme qu'augmenter la fréquence des contacts avec des patients ayant des antécédents migratoires peut potentiellement réduire les biais du médecin. Nous allons donc nous pencher sur l'expérience des médecins généralistes.

3.2.2. Expérience

Etant donné que les médecins ont un rôle à jouer dans l'identification et la gestion des troubles de santé mentale, il est important de s'intéresser à leurs attitudes. Selon Haddad M. (2012), les troubles de santé mentale sont courants mais peu reconnus, et surtout traités de manière sous optimale dans les soins primaires.

Sinnema H. (2018) explique cette problématique en attestant des difficultés rencontrées concernant l'évaluation des symptômes. En effet, « certains médecins généralistes ont du mal à faire la distinction entre la détresse dite normale et la dépression nécessitant un traitement ».

En outre, ils éprouvent des difficultés à s'engager dans une relation pour essayer de mieux comprendre le patient. Ils se sentent impuissants et pensent ne pas avoir les compétences nécessaires pour répondre aux besoins psychologiques de cette patientèle (Robertshaw L., 2017). Kai J. (2007) révèle dans son étude que les professionnels ne se sentent pas aptes à prendre en charge les migrants. Ils éprouvent une incertitude concernant la manière d'agir ce qui conduit la plupart du temps à une inerte d'action.

Par ailleurs, les difficultés d'accès aux services de santé mentale sont d'autant plus importantes pour les patients migrants. En effet, Carde E. (2007) démontre la réserve des psychiatres à prendre en charge ce type de patient. Premièrement, ils justifient leur réticence par leur manque de « spécialisation en exilés ». Deuxièmement, de manière plus générale, certains médecins ne disposent pas des connaissances nécessaires au sujet des droits aux services de soins pour les migrants sans couverture de soins. (Priebe S., 2011).

Néanmoins, pour que toutes de ces solutions puissent être mises en place, une question importante se pose : « Quelle est la perception qu'ont les professionnels de leur responsabilité ? ». Une étude (Dauvrin M., 2014) ayant interrogé divers services de santé, a montré que « le sens des responsabilités pour l'adaptation des soins de santé dépendait de la nature de l'adaptation requise ». Donc, pour mettre en place ces interventions, il est donc indispensable d'être face à des médecins désireux de changer leurs habitudes, d'apprendre d'autres cultures.

III. Questions de recherche

Comme expliqué tout au long de la revue de littérature, les médecins généralistes sont la porte d'entrée principale aux services de santé, le premier contact médical avec les patients migrants et ont un rôle important dans la détection des troubles de santé mentale. Cela fait d'eux un pilier indispensable à l'accès et la qualité des soins particulièrement pour cette population spécifique. Au vu de leur rôle central, mais du peu d'articles évoquant leur point de vue sur les obstacles à une prise en charge optimale des patients migrants souffrant de troubles de santé mentale (Kai J., 2007), notre première question de recherche a émergé :

*Comment les médecins généralistes **expliquent-ils** les potentielles **différences dans la prise en charge** d'un patient migrant et souffrant de troubles de santé mentale ?*

Nous allons essayer de mettre en lumière la manière dont ils justifient les disparités dans la prise en charge des patients migrants souffrant de troubles de santé mentale évoquées préalablement.

Deuxièmement, comme énoncé précédemment, les compétences culturelles sont « un moyen d'améliorer la qualité des soins pour tous » (Seeleman C., 2009). Néanmoins, d'importantes lacunes sont présentes concernant le point de vue des médecins généralistes quant aux soins culturellement compétents, d'autant plus avec une population spécifique que sont les patients migrants souffrant de troubles de santé mentale (Mollah T.N., 2018). De ce constat a émergé notre deuxième question de recherche :

*Comment le développement des **compétences interculturelles** des médecins généralistes peut-il être une **solution** aux discriminations involontaires envers les patients migrants ?*

Ce mémoire va nous permettre de mettre en lumière les compétences culturelles utilisées dans la prise en charge quotidienne de patients migrants souffrant de troubles de santé mentale, ainsi que les aides nécessaires pour améliorer la qualité des soins.

IV. Matériels et méthodes

Afin de répondre à ces 2 questions de recherche, nous allons commencer par brièvement présenter le projet de recherche REMEDI qui est à l'origine de ce mémoire. Ensuite, nous allons décrire la méthodologie en détaillant le type d'étude, la méthode de collecte des données, la stratégie d'échantillonnage et la méthode d'analyse.

1. Projet REMEDI

Ce projet de recherche fédérale se concentre sur le comportement des médecins généralistes envers les personnes ayant des antécédents migratoires et souffrant de problèmes de santé mentale, en Belgique. Il se divise en deux parties : une partie quantitative et une autre qualitative, elle-même scindée en deux avec des entretiens semi-directifs et des groupes de discussions avec les médecins généralistes. En définitive, le projet a pour objectif d'élaborer des recommandations dans le but d'améliorer la prise en charge de cette population spécifique. Pour plus d'informations, il est possible de consulter la fiche projet via ce lien : https://www.belspo.be/belspo/brain2-be/projects/REMEDI_F.pdf.

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons intégré le projet pour la partie relative aux entretiens semi-directifs, cela dans le but de répondre à nos questions de recherche en interrogeant en profondeur les médecins généralistes quant à leur pratique. Cette méthode nous permettra de récolter et d'identifier les mécanismes explicatifs que les médecins généralistes mettent en avant pour justifier les potentielles différences dans la prise en charge des patients migrants souffrant de troubles de santé mentale. Mais aussi, les grands points qu'ils évoquent pour réduire la discrimination.

2. Type d'étude

Une étude qualitative va être réalisée pour comprendre la perception des médecins généralistes face à la prise en charge d'une patientèle spécifique : les patients migrants. Ce type d'étude a été choisi car il permet d'apporter une nouvelle perspective à la problématique et d'aboutir à une compréhension approfondie des différentes prises en charge. Il tient compte de la subjectivité de chaque récit et n'a pas pour but de généraliser.

3. Méthode de collecte des données

Nous avons choisi d'opter pour des entretiens semi-directifs d'1h-1h15. Chaque entretien est enregistré et retranscrit en suivant le protocole *Jefferson Transcription System* (voir Annexe 2.) nécessaire pour la suite du projet REMEDI. En outre, les interviews une fois retranscrites,

sont anonymisées. Cela crée une atmosphère plus propice à la confiance. Les médecins généralistes se sentent libre de raconter leurs expériences avec leurs propres mots.

Le guide d'entretien (voir *Annexe 1.*) employé durant les interviews se compose d'une multitude de thèmes et comprend le visionnage d'une vignette vidéo. Ce dernier a été élaboré par l'équipe REMEDI.

En pratique, les entretiens se sont déroulés entre début avril et fin mai. Le choix du lieu a été laissé aux praticiens pour permettre plus de participation.

4. Stratégie d'échantillonnage des participants

Nous avons choisi d'interroger des médecins généralistes exerçant en Wallonie ou à Bruxelles, ayant une expérience avec les patients migrants et venant d'horizons différents dans le but d'accéder à différents points de vue et croyances.

Suite à la partie quantitative du projet REMEDI, un nombre considérable de médecins généralistes ont accepté d'être recontactés pour la suite de l'étude. Nous les avons donc recontactés par mail. À la fin de ce dernier, nous avons inséré un lien pour tout autre médecin voulant participer au projet. Un seul médecin a été recruté via cette stratégie boule de neige. Il s'agit donc d'un échantillon de confort.

Après 2 semaines, nous avons renvoyé un mail. Malgré ce rappel, nous n'avions récolté que 3 interviews, nous avons donc décidé d'élargir notre base de données en incluant les médecins généralistes initialement prévus pour les groupes de discussion du projet.

Au final, nous avons récolté un échantillon de 11 interviews. Il se compose uniquement de femmes ayant des profils distincts. Hormis leur genre, leurs années d'expérience diffèrent.

PSEUDO	GENRE	PRATIQUE (de groupe, en maison médicale, ou solo)	EXPERIENCE (années)
<i>MG_F2</i> (2 répondantes)	F	Groupe	25
<i>MG_F5</i>	F	Groupe	13
<i>MG_F6</i>	F	Maison médicale	14
<i>MGEF_F7</i>	F	Maison médicale	2
<i>MG_F8</i>	F	Maison médicale	5
<i>MG_F9</i>	F	Maison médicale	3
<i>MG_F11</i>	F	Groupe	3

MG_F12	F	Solo	20
MG_F13	F	Groupe	23
MG_F14	F	Maison médicale	7
MG_F15	F	Groupe	3

Tableau 1. Caractéristiques des médecins (n = 11)

5. Méthode d'analyse

L'analyse a débuté mi-avril, après une journée de formation à Gand menée par *PhD student* Camille Wets. Cet échange enrichissant nous a permis d'acquérir les bases nécessaires pour démarrer les analyses.

Les entretiens enregistrés et retranscrits ont été analysés de manière descriptive. L'analyse a été réalisée par démarche inductive dans le logiciel NVivo. Nous avons commencé par lire à plusieurs reprises les premières interviews. En comparant ces entretiens, nous avons identifié les points communs et les différences dans la manière dont les consultations étaient vécues par les médecins généralistes. Nous avons donc pu créer des codes. Ces étapes se sont répétées au fil des nouveaux entretiens. Au cours des analyses, le codage s'est affiné et nous avons pu mettre en évidence différents thèmes. Cette thématisation continue a permis de construire un arbre thématique (*voir Annexe 3.*).

6. Considérations éthiques

Nous avons intégré le projet de recherche REMEDI pour lequel un avis favorable du comité d'éthique avait déjà été rendu.

Néanmoins, au début de chaque entretien, nous avons demandé le consentement éclairé à chaque participant. Premièrement, nous les avons informé que l'entretien allait être enregistré s'ils l'acceptaient et avons précisé que leurs données ne seraient utilisées qu'à des fins de recherche. Deuxièmement, nous avons insisté sur la pseudonymisation des données lors de la retranscription. Troisièmement, nous avons dit au médecin qu'il pouvait s'exprimer librement. Nous avons aussi rappelé qu'il ne devait pas se sentir obligé de répondre et qu'il pouvait mettre fin à l'entretien à tout moment.

Lors d'interview en face à face, un document d'information et de consentement écrit a également été remis aux interviewés.

V. Résultats

Nous allons présenter nos résultats en 2 chapitres correspondant à nos 2 questions de recherche.

Dans un premier temps, nous allons mettre en lumière la manière dont les médecins généralistes expliquent les différences dans la prise en charge d'un patient migrant et souffrant de troubles de santé mentale.

Dans un deuxième temps, nous allons illustrer la manière dont les médecins généralistes agissent dans leur pratique quotidienne pour surmonter ces obstacles, ainsi que les recommandations qu'ils suggèrent pour améliorer la qualité des soins et réduire la discrimination. Cette façon d'exposer nos résultats nous permettra de percevoir si les compétences culturelles sont utilisées et recommandées par les médecins généralistes.

Tout au long de la présentation des résultats, les extraits étant retranscrits suivant le système de notation de Jefferson (*voir Annexe 2.*), des annotations particulières vont apparaître. Pour permettre une lecture plus fluide, voici les principales annotations : I signifie interviewer, R signifie répondant, une phrase ou un mot placé entre °° signifie que la personne a baissé l'intonation de sa voix, un MOT en majuscule signifie que la personne parle plus fort, un mot souligné signifie que le répondant met un accent particulier, insiste sur ce mot.

Chapitre 1 - Comment les médecins généralistes expliquent-ils les potentielles différences dans la prise en charge d'un patient migrant et souffrant de troubles de santé mentale ?

Dans ce premier chapitre, nous allons détailler les obstacles énoncés par les médecins généralistes en trois points correspondant aux niveaux structurels/organisationnels, interpersonnels et individuels.

Tout d'abord, les médecins généralistes expliquent les disparités dans la prise charge par une série d'obstacles structurels : la surcharge de travail des médecins généralistes mais également des psychologues, le contexte incertain entourant le statut des demandeurs d'asile, le manque d'antécédents médicaux pour élaborer leur diagnostic, ainsi que les barrières financières.

Ensuite, ils constatent des obstacles liés à l'interaction avec le patient. Premièrement, ils déclarent que la barrière linguistique explique en grande partie les différences de prise en charge. Deuxièmement, les médecins généralistes mettent en cause les différences culturelles dans la représentation de la maladie, l'expression des symptômes et le choix du traitement.

Troisièmement, ils mentionnent les attentes des patients qui ne correspondent pas à l'idée que les médecins généralistes se font de leur rôle.

Pour finir, ils abordent les obstacles individuels relatifs aux patients où ils évoquent le communautarisme et le niveau de littératie. Ils parlent également de leur formation universitaire.

Nous allons commencer par aborder le premier niveau : les obstacles organisationnels et structurels. En d'autres termes, les difficultés que les médecins généralistes associent à l'organisation du système de santé, ainsi qu'à son fonctionnement.

1. Obstacles organisationnels et structurels

1.1 Surcharge de travail des médecins généralistes

1.1.1. Durée limitée de la consultation

Tout d'abord, les médecins abordent la **contrainte du temps**. Les médecins généralistes se disent submergés. Dans le but de prendre en charge un maximum de patients, MG_F11 précise qu'« *il y a une certaine cadence à respecter* ». Les rendez-vous durent en moyenne entre 15 à 20 minutes. Selon MG_F14, l'idéal serait des consultations d'1h mais en réalité ce n'est pas faisable : « *Il y a des consultations qui pourraient prendre 1h pour essayer de faire les choses bien. Bah malheureusement on n'a pas une heure pour tous les patients* ». Particulièrement pour des patients souffrant de problèmes psychologiques et/ou les migrants qui nécessitent des consultations plus longues, comme le spécifie MG_F6 : « *C'est des rendez-vous en 20 minutes. Bon si je dépasse un peu il y a pas de souci mais je ne peux pas systématiquement me permettre de prendre 1h parce que je sais que c'est une situation plus psychologique. Et donc je trouve que c'est ça qui est difficile à gérer. Parfois on n'a pas la disponibilité finalement pour savoir vraiment prendre ça en charge, comme il faudrait* ». Tous les autres médecins interviewés tiennent des discours similaires.

En outre, MG_F11 explique que certains patients **ne respectent pas les heures de rendez-vous**, ce qui accentue la problématique. En effet, ils arrivent en retard et cela met le médecin face à un dilemme : « *c'est très frustrant, °fin de me mettre en retard° parce que après je vais me dire mince, mais il a des problèmes de santé, mais en fait, ils ont tous des problèmes* ».

Une autre préoccupation est également soulevée par MG_F11, celle concernant la venue de **plusieurs personnes à un seul rendez-vous** : « *Elles ont pris rendez-vous pour l'enfant, l'enfant a un rhume. Et en fait, on voit que là en fait, elle vient pas avec son enfant, elle vient*

avec les 2 autres, elle. Et donc c'est pour 20 minutes, on doit gérer souvent un enfant et demi, ou 2, ou 3, ça dépend pour des motifs globalement banals mais ça prend vite du temps. Et puis la MÈRE, fin interpelle, parce que elle dit 'oui et d'ailleurs moi mes maux de dos ça va pas' ou encore une plainte inexpliquée, un peu comme les maux de TÊTES. Et ça se met juste pas dans l'agenda ». Au cours de ce genre de consultation, MG_F11 a l'impression de bâcler la prise en charge et de ne pas consacrer un temps de qualité au patient : « Parce que c'est très difficile de consacrer un temps de qualité et de pas donner l'impression qu'on a bâclé le truc à chaque fois quoi ».

1.1.2. Surcharge administrative

Durant une consultation avec un patient migrant, tout l'aspect administratif va prendre une place importante dans le temps de consultation déjà limité. MG_F11, MG_F12 et MG_F15 dénoncent cette **surcharge administrative** liée à la prise en charge des patients migrants : « Il y a toute une couche °inutile°, fin inutile au métier de base de cliniciens, qui est liée à de l'administratif : de compléter des documents, de devoir vérifier si des médications qu'on va prescrire sont disponibles ou pas par le CPAS, de faire les fameux réquisitoires et autres, d'écrire tout un tas de rapports ». MG_F11 continue en insistant sur le fait cela empêche d'approfondir notamment les problèmes psychologiques : « Ben souvent, il y a plus de trucs, vraiment je vais le dire de manière vulgaire, de trucs très chiantes administratifs qui viennent parasiter la consultation. Et qui font qu'en fait bah on va pas parler de, on va pas rentrer dans le vif du sujet sur les idées suicidaires ou autres que je sais ramener à des thématiques de pratiques habituelles. Mais on va s'encombrer de plein d'autres trucs ».

1.2 Indisponibilité des psychologues

La surcharge de travail touche également les psychologues. La **saturation des services de santé mentale** est un point important qui est ressorti de nos entretiens.

Les médecins déclarent que tous les spécialistes de la santé mentale sont submergés, ce qui provoque des temps d'attente interminables pour un simple rendez-vous. MG_F13 l'exprime clairement « Alors le gros gros souci, ben c'est que les services de santé mentale qu'on a sont complètement submergés chez nous, on a absolument très très très très peu d'accès à tout ce qui est ligne de soins psychothérapeutiques parce que tout le monde va mal et que tout le monde demande. On n'a pas non plus de service qui aide les populations migrantes. Donc il y a un service qui s'appelle Racines aériennes je pense, mais qui aussi est complet, donc on a très très peu de patients qui sont vraiment pris en charge, je dirais, de manière efficace ». La demande

est plus importante que l'offre, ce qui crée ce déséquilibre. MF_F9 insiste sur le fait que le même bilan peut être fait concernant les services sociaux, et les services d'aide aux réfugiés.

MG_F2 apporte des informations complémentaires concernant les **délais** pour avoir un rendez-vous qui peuvent aller jusqu'à 6 mois : « R1: Par exemple ici, le centre de de santé mentale euh un rendez-vous chez le psychiatre, il faut attendre 3 à 6 mois. I: Et les 3 à 6 mois, c'est uniquement spécifique au psychiatre ou chez les psychologues, c'est plus accessible ? R1: C'est plus accessible, c'est quand même des délais d'un mois. [I: Oui] Ce qui est long quand on est en souffrance comme ça, attendre un mois, ça paraît très long ».

De plus, MG_F2 met également en avant la **pénurie de psychiatres** dans certains centres : « Le centre de santé mentale ici, ils ne trouvent pas de pédopsychiatre, ça fait 3 ans qu'ils cherchent un pédopsychiatre pour travailler là. Parce que c'est mal payé. Moi je fais partie du CA donc du [R1: Conseil d'administration] de ce truc-là. (hhh) C'est catastrophique. Y a pas du tout assez de centres de santé mentale, pas assez de psychologues. [R1: On a un petit centre de santé mentale alors qu'on est une commune énorme] ».

1.3.1 [Milieux ruraux](#)

Ce problème majeur est d'autant plus important dans les milieux ruraux. MG_F6 souligne la **répartition inégale des structures de santé mentale entre les milieux ruraux et urbains**. En effet, ces dernières sont situées presque qu'intégralement dans les grandes villes : « Ben de nouveau, ça dépend un peu des situations, il y a des personnes que oui, je vais plus envoyer vers ce genre de structure, mais ces structures ne sont pas sur la commune, donc il faut [ok] qu'elles aient la capacité de se déplacer, de prendre les transports en commun, de comprendre comment ça fonctionne ». MG_F12 abonde dans ce sens en soulignant que cet éloignement des structures adaptées complique grandement la qualité des soins : « Donc c'est vrai que je trouve que dans les petites villes et les milieux ruraux, c'est parfois peut-être plus compliqué en fait de pouvoir leur fournir les bons soins et les bons trajets de soins ».

1.3 [Avenir incertain des demandeurs d'asile](#)

D'une autre manière, la variable temps compromet également le suivi des demandeurs d'asile. Dans l'attente de l'obtention de leur statut, les demandeurs d'asile sont amenés à être **relogés perpétuellement**, selon les places disponibles. MG_F5 explique que « c'est des patients qu'on peut perdre de vue beaucoup plus vite [hmh] parce que leur statut n'est pas tout à fait clair et donc ils déménagent souvent ». MG_F8 explique que ces changements de centre

incessants l'empêchent de prendre en charge les patients de manière optimale : *« Je pense que c'est surtout le contexte qui fait que on ne sait pas les prendre en charge de manière optimale. Ils changent tout le temps de centre, il y a tout le temps des modifications, fin donc c'est pas évident quand on les voit une fois on les voit plus puis finalement ils reviennent puis fin donc voilà c'est plutôt ça aussi qui joue »*. MG_F8 ajoute que ce contexte incertain restreint le champ d'action. La consultation reste superficielle et le médecin ne va pas plus loin : *« Quelqu'un qui arrive et qu'on verra peut-être plus deux mois après ben on n'en tire pas souvent grand-chose. On essaie de les aider dans l'aigu et je crois que c'est pour ça qu'on reste souvent sur un truc très superficiel parce que [hnh] on les voit pour une douleur abdo, on fait quelques examens et parfois on sait pas aller plus loin parce que le patient bah en fait n'est plus, a dû changer de centre ou fff on les perd de vue et finalement [oui] c'est après qu'on se dit tiens, au fait, je l'ai plus jamais vu. Ah bah non, c'est normal, il est reparti sur Bruxelles ou il a été fin voilà, il n'a pas obtenu son visa, du coup, il est dehors »*. Même constat, si les réfugiés n'obtiennent pas leur statut et sont expulsés.

1.4 Manque d'antécédents médicaux

D'après MG_F8, les **antécédents médicaux** sont un point important lors de l'anamnèse. Néanmoins, elle signale que ces derniers sont souvent **méconnus** par les réfugiés. Or, cela peut aider les médecins à élaborer le diagnostic : *« Les antécédents ça c'est super important dans notre anamnèse, c'est de savoir ce que les gens ont vécu. Les patients réfugiés en général ils n'ont aucune idée de s'ils ont déjà pris des médicaments. Quand bien même ils le sauraient c'est des noms qu'on ne connaît pas et qui savent pas vraiment ressortir. Est-ce qu'ils ont déjà été opérés ? 'Oh, il me semble que quand j'étais petit peut-être, j'ai déjà été dans une clinique je ne sais plus trop'. Et ça, ça joue énormément pour nous pour orienter notre diagnostic quoi. [hnh] »*.

1.5 Barrières financières

Les médecins généralistes expliquent que le **coût des soins de santé** est également un obstacle à la prise en charge des patients migrants.

MG_F6 spécifie que cette problématique touche **particulièrement les réfugiés** car ils ont un budget limité : *« C'est plus l'accessibilité financière [ok] en fait qui va freiner. Et limite j'ai l'impression que ça posera plus problème chez les migrants reconnus réfugiés. Pour moi, c'est eux le pire [oui] parce qu'ils ont un budget, ils doivent gérer eux-mêmes et donc les soins de santé mentale ne sont pas une priorité dedans. [Ok] Euh et oui c'est presque avec eux que j'ai*

le plus difficile, parce que bah voilà, par exemple il y a aussi plusieurs thérapeutes et des coûts autour de 12€, je pense à la consultation, mais c'est parfois difficile de leur faire accepter ces coûts-là parce que c'est pas prioritaire il y a d'autres choses plus importantes pour eux ». Les soins de santé mentale ne font pas partie de leurs priorités.

D'après MG_F8, cette barrière n'influence pas sa prescription mais peut influencer le **recours à certains examens** : « Au niveau traitement là [hmh] je parle vraiment uniquement. Je ne me suis jamais dit, tiens, je vais pas lui mettre ça parce que c'est un réfugié. Alors que par contre au niveau examen, là oui, parce que je sais qu'il y a des limites et que il y a des interventions qui ne seront pas prises en charge ici, donc il y a des choses pour lesquelles je n'irai pas plus loin, sachant très bien qu'on ne fera rien ».

À l'inverse, MG_F9 déclare que sa prescription est impactée car elle doit **se limiter à la liste de médicaments remboursés par le CPAS** : « Et donc souvent il y a des molécules que j'aimerais bien donner mais que je peux pas donner parce que c'est pas sur la liste et donc je dois donner des plus anciennes molécules des trucs que je connais moins bien ».

Par ailleurs, MG_F12 indique que l'instauration du **Réseau 107** aurait nettement réduit le coût des soins en santé mentale, permettant une meilleure accessibilité des soins : « Alors y a 2 ans d'ici, je vous aurais dit que je proposais peut-être moins facilement. Puis bah maintenant, en fait le réseau Psy 107 est rentré en action et a quand même explosé avec la crise COVID. Et donc moi je trouve que c'est devenu beaucoup beaucoup plus facile de proposer aux gens une aide psychologique en disant, voilà si vous avez pas beaucoup de revenus, ça va vous coûter 5€ en fait votre consultation. Et souvent si les gens sont un peu euh, (.) sceptiques ou quoi, je propose même de commencer avec l'équipe mobile parce que là en fait, le service est vraiment en fait gratuit ».

En résumé, les médecins généralistes justifient les disparités dans la prise en charge des patients migrants en partie par la surcharge de travail des médecins généralistes mais également des psychologues. Les patients migrants, qui nécessitent une attention particulière, ne sont donc pas pris en charge correctement. En outre, les médecins insistent particulièrement sur la prise en charge des réfugiés et demandeurs d'asile qui est grandement impactée par les déménagements fréquents, la méconnaissance de leurs antécédents médicaux et leurs faibles revenus.

Comme discuté précédemment, la contrainte du temps est très souvent évoquée par les médecins généralistes. MG_F6 expose que la nécessité de passer plus de temps avec les patients

migrants s'explique en partie par les barrières linguistiques et culturelles : « *Chez des patients migrants, il y a en plus cet obstacle de la langue, du culturel ce qui fait qu'on prend encore plus de temps* ». Dans le point suivant, nous allons aborder le deuxième niveau : les obstacles interpersonnels, autrement dit, les difficultés liées à l'interaction entre le patient et son médecin.

2. Obstacles liés à l'interaction patient-médecin

2.1. Barrières linguistiques

« *Complicés* », « *laborieux* », « *frustrants* » sont les adjectifs utilisés par les médecins généralistes pour décrire les échanges avec la patientèle ayant des antécédents migratoires. La barrière de la langue est incontestablement la difficulté la plus citée dans les interviews.

MG_F14 s'exprime au sujet de l'importance de parler la même langue pour ne pas **manquer des informations** cruciales à une bonne prise en charge. Particulièrement pour les patients souffrant de trouble de santé mentale : « *Quand on a un patient psy, on doit penser à beaucoup de choses, on doit pouvoir avoir une vision globale du patient, poser toutes les questions qu'il faut donc en plus c'est pas dans la langue adéquate, c'est difficile, on se rend compte qu'on peut passer à côté de certaines choses* ».

De surcroît, MG_F11 précise qu'une distinction est à faire entre savoir parler une autre langue et posséder les **subtilités de langage** nécessaires à une prise en charge optimale. En effet, MG_F11 estime que : « *On n'a pas la même aisance, la même richesse de travail que quand c'est une langue maternelle pour les 2 personnes, ce qui est un énorme privilège. ... La langue c'est vraiment, c'est pas juste le fait de pas savoir parler, c'est d'être à l'aise de faire une consultation où je peux assurer un service de qualité au même, fin, dans le même standard que le français. Et de m'assurer que la personne, elle reçoit le message. Donc ça c'est une difficulté. ... En français voilà, je me sens plus à l'aise, fin, en tant que professionnel et donc il y a moins ce genre de, fin, il y a pas de malaise associé à ma manière de parler, ce qui fait que ça aide encore plus à rendre les choses, je sais pas °faciles à entendre, ou à accueillir vis-à-vis de la personne°. J'ai l'impression que sinon, mes phrases sont très scolaires quand je parle dans une autre langue et je me dis, mince, mais c'est pas comme ça que je parlerais en vrai* ». MG_F9 insiste sur ce dernier point, la **simplification du langage** : « *Alors j'ai remarqué que les patients qui parlent pas bien français, j'ai tendance à simplifier mon français et que parfois ça devient un petit peu infantilisant et j'aimerais bien (2) euh (1) travailler ça quoi parce que moi même parfois je me vois de l'extérieur je suis là mais c'est pas des enfants [hmh] fin je devrais leur parler d'adulte à adulte mais parfois j'essaye de tellement simplifier que ça va pas*

quoi, donc ça moi-même je trouve que je suis, je pourrais faire mieux quoi. C'est surtout ça qui me dérange dans ma manière d'aborder le truc, le fait de d'infantiliser un peu ».

Par ailleurs, l'utilisation d'**outil** pour soutenir leur pratique est également compromise lorsque le patient ne parle pas français. Dans les faits, MG_F11 décrit : *« Souvent, quand il y a des notions de stress, et d'idées suicidaires, et de perte de plaisir, bah moi je fais des échelles pour peu que la personne sache lire le français et que elle soit à l'aise avec le fait de le faire. Mais là, je sais même pas si une échelle existe en anglais ou une HAD donc échelle de dépression et d'anxiété. Je sais pas si ça existe en arabe, je sais pas lire l'arabe donc je me sentirais, voire dépassée ».*

En d'autres termes, les médecins se sentent impuissants face à cette barrière, MG_F6 résume ce ressenti général : *« Parfois on a l'impression de pas faire une bonne médecine et qui fin finalement qu'ils ont des moins bons soins que les autres parce qu'il y a l'obstacle de la langue ».*

En plus de la langue, les barrières culturelles sont également beaucoup citées par les médecins généralistes, notamment les représentations différentes des troubles de santé mentale.

2.2.Représentations différentes des troubles de santé mentale

Les troubles de santé mentale sont souvent **associés à la « folie »**, comme l'explique MG_F5 : *« Ça dépend un petit peu, mais dans pas mal d'endroits du monde les troubles mentaux sont assimilés à la folie, alors souvent En Belgique aussi hein mais donc je pense que c'est une population où c'est encore plus compliqué de leur faire admettre [hmh] qu'il y a un problème psychologique. Parce que bah voilà, autant ça commence à rentrer gentiment dans les mœurs qu'on peut ne pas être bien et ne pas être fou. Autant chez ces patients migrants, c'est très très compliqué de leur faire accepter qu'on peut ne pas être bien, ne pas aller bien et souffrir de troubles psychologiques, sans pour autant être classifié de fou et devoir être interné ou quoi que ce soit. C'est encore une peur chez pas mal de patients de se dire, mais si j'ai un problème dans la tête, on va m'enfermer ».*

Les médecins insistent sur la difficulté de discuter des troubles de santé mentale avec les patients migrants. En effet, c'est un **sujet tabou** : *« ils parlent jamais de suicide voilà [ok] c'est vraiment tabou j'ai l'impression que c'est pas évoqué et quand je pose la question souvent c'est 'ah mais non non jamais' »* MG_F9.

Lorsque les médecins essayent d'aborder le côté psychologique, certains patients se braquent et coupent court à la discussion. Cela est illustré dans les propos de MG_F13 : « Très souvent, les gens coupent et repartent dans le physique. Donc c'est comme s'ils FERMAIENT la porte, comme si on PEUT PAS parler de ça. Quand on aborde une prise en charge plus d'ordre psychologique avec des gens avec qui on a déjà établi une relation pendant un certain temps, c'est souvent extrêmement mal accepté, c'est mal perçu, c'est comme si c'était synonyme de faiblesse chez eux et que donc on peut pas envisager ce genre de choses. C'est comme si on les mettait dans un statut de 'pas assez fort' par rapport à tout ce qu'ils ont vécu et donc c'est pas encore reçu positivement, c'est reçu négativement ». D'ailleurs, cela peut casser la relation établie avec le patient : « Je l'aborde mais très souvent, c'est un peu un rejet et un recul qui peut se produire. Et parfois ça peut un peu aussi casser en partie la relation » MG_F13.

2.2.1 Somatisation

Ces représentations de la maladie mentale impactent la manière dont les patients expriment leur souffrance psychologique. MG_F6 exprime que cette façon différente d'exprimer les symptômes peut causer de l'incompréhension entre le patient et le médecin : « C'est très culturel... leur manière d'exprimer leurs plaintes est telle qu'on ne parvient pas à les comprendre ».

MG_F2 déclare que « certains patients n'acceptent pas d'avoir des problèmes psychologiques et viennent avec des plaintes somatiques. ». Certains patients **expriment la détresse via une série de plaintes physiques** : « des patients qui effectivement viennent avec des plaintes typiquement somatiques, maux de tête, fatigue, maux de dos, difficultés respiratoires, difficultés à l'effort, parfois des douleurs thoraciques aussi, voilà [ok] douleurs dans la poitrine et où effectivement, quand on creuse, on se rend compte que il y a derrière une souffrance psychique très importante. » pour citer MG_F5.

MG_F2 prend en exemple l'un de ses patients : « Ben je pensais à Monsieur *Nom*, c'est un monsieur qui vient toujours avec des symptômes, mais vraiment, il a comme des sensations de brûlures dans le corps qui montent et qui descendent. Et on a un collègue qui est pakistanais. Et on parle de temps en temps, parce qu'il va de temps en temps chez lui aussi. Et le collègue pakistanais me disait 'Oui, mais ça, c'est typique des gens de là-bas, c'est psy, c'est juste des angoisses qu'ils savent pas exprimer autrement' ».

Étant donné cette représentation des troubles de santé mentale, les patients ont besoin qu'une **cause organique soit associée à leur plainte** pour la « légitimer » : « J'ai l'impression,

dans leur tête, ça légitimise quelque chose alors que nous, on a pas besoin de ça pour légitimiser une plainte. Mais voilà pour certains de mes patients, effectivement, j'avais l'impression que c'est important qu'on puisse mettre une étiquette » dit MGEF_F7. Les patients sont donc très « **demandeurs d'examens** » : « Ben les gens vont effectivement parler, par exemple, de leurs maux de tête. Et ils vont insister, ils vont imaginer, fin vont demander de faire un scanner, une IRM, d'aller chez le neurologue, de dire qu'il y a quelque chose de grave. Fin vont être très demandeurs d'une prise en charge essentiellement médicale » déclare MG_F13.

En outre, MG_F6 explique que cette somatisation est d'autant plus importante dans le cas des demandeurs d'asile : « Parfois aussi pour des raisons de procédure. Le besoin d'être reconnu dans quelque chose de médical, de diagnostic, j'ai pas envie de dire grave parce que leur état psychologique est grave mais de vital physiquement ». MG_F13 raconte que les patients essayent d'obtenir l'**autorisation de séjour pour raisons médicales** : « avoir plein de symptômes pour avoir une maladie grave, pour avoir éventuellement une possibilité de reconnaissance avec le fameux article 9 TER ».

2.2.2 Représentations différentes du traitement adéquat des troubles de santé mentale

De la continuité de la prise en charge, l'idée du traitement adéquat des troubles de santé mentale diffère également entre le médecin et le patient.

D'une part, les **médecins** préconisent une **psychothérapie** : « Dans notre manière de ce qu'on a appris, ben le fait de faire une psychothérapie, le fait de pouvoir décharger, tout ça pourrait aider cette personne à avancer dans la vie, de trouver une place ICI et de pouvoir se raccrocher à autre chose. Mais la personne ferme cette possibilité et donc c'est là où on se trouve tout le temps confronté où parfois, c'est épuisant, parce qu'on se dit mais qu'est-ce que vous voulez que je fasse d'autre pour vous ? » MG_F13.

D'autre part, les **patients** sont fermés à l'idée de consulter un psychologue. En effet, certains patients préfèrent « **se débrouiller tout seul** avec ses problèmes ce qui est fort présent dans les cultures d'Afrique subsaharienne où quand on a des problèmes psychologiques ou des problèmes de vie, bah chacun se débrouille et chacun doit gérer ses trucs » MG_F13. D'autres pensent que les psychologues ne sont pas les personnes adéquates pour les soutenir, et préfèrent **se confier à leur entourage** : « Alors parfois, je sais que pour certains patients, certaines cultures bah les psychologues (.hhh) c'est pas toujours évident mais qui peuvent effectivement trouver du soutien bah auprès de leur église, auprès de leur groupe. Bah je pense à une famille

musulmane-là qui était endeuillée, qui a perdu son gamin de 10 ans. Bon, la maman était relativement ouverte à éventuellement une aide, un soutien psychologique qui a d'ailleurs été offert par l'hôpital, pendant toute la maladie du gamin. Mais finalement, elle m'a dit voilà, moi je trouve plus de soutien finalement auprès de ma communauté religieuse, auprès de mon imam et de ma famille. Je pense que le plus important, c'est de s'assurer que ces gens ne soient pas seuls, en fait. » MG_F12. Cet écart dans les solutions de traitement jugées adéquates ajoute une difficulté supplémentaire.

Aux représentations différentes du traitement adéquat s'ajoutent les attentes différentes qu'ont les patients envers les médecins. Ce point compose la partie suivante.

2.3. Attentes des patients envers les médecins

D'abord, MG_F12 raconte que certains patients **nourrissent beaucoup d'espoir envers la médecine occidentale** : *« Je vois chez les africains ou les maghrébins de première génération, c'est souvent, voilà, la médecine occidentale est toute puissante. Vous avez des scanners, vous avez plein de trucs, donc vous DEVEZ trouver en fait ce que j'ai »*. Ces croyances de *« toute puissance de la médecine »*, comme l'exprime MG_F13, les poussent à croire que : *« la médecine va régler tous leurs problèmes mais autant leurs problèmes de vie que leurs problèmes physiques »*. MG_F2 décrit que ces croyances s'étendent également aux pathologies chroniques : *« Toujours la croyance que, en allant chez le m-, chez le docteur, ils vont retrouver un état de santé où ils sont guéris, quoi. Tout, tout se résout, malgré qu'ils aient 70-80 ans. La guérison pour ce genre de pathologie n'est pas possible. C'est pas comme une grippe où on n'est pas bien un jour, et puis une semaine après, on est bien. Là c'est vraiment des pathologies chroniques où ben ça va petit à petit en se dégradant au fur et à mesure quoi »*.

Ensuite, MG_F2 explique que certains de leurs patients leur vouent une **confiance considérable** : *« Il y a beaucoup de patients qui nous racontent 'Oui, moi, tout ce que je vous dis, je l'ai jamais raconté à personne et je le raconterai jamais à personne. Vous êtes la seule personne en qui j'ai confiance'. Et donc souvent on est démunis par rapport à ça »*. Cela impacte leur prise en charge étant donné qu'ils ne savent pas référer vers un autre professionnel : *« On a parfois, on se rend compte qu'on a des patients qui sont trop lourds pour nous quelque part et qu'on doit faire avec, parce qu'ils veulent pas aller voir ailleurs. »*.

De plus, ce refus catégorique de voir un autre professionnel peut également mettre en danger la santé des patients. En effet, MG_F6 illustre cela par un cas extrême qui lui est arrivé : *« Quand on essaie de mettre d'autres intervenants, ben c'est très difficile de nouer la confiance.*

Et si ça passe mal, ils iront pas chercher de l'aide chez ces personnes-là qui en soi sont plus compétentes que nous. Bon de nouveau, on peut aussi l'avoir chez des personnes belges, mais je le ressens plus chez les migrants où parfois ils mettent beaucoup d'espoir sur certains professionnels et nous prennent comme des bouées. Fin j'ai un monsieur ça a été à l'extrême. Il a fait un AVC un vendredi soir, il a attendu le lundi que les consultations reprennent pour pouvoir m'appeler moi, et c'est une catastrophe. Maintenant, il est hémiplégique. Donc, alors je me dis il aurait dû appeler les urgences et ça lui a été proposé. Il a refusé ».

En résumé, les médecins généralistes expliquent les disparités par l'interaction avec le patient qui cause beaucoup d'incompréhension. D'une part, la barrière de la langue qui empêche le médecin d'entrer plus en profondeur sur le plan psychologique. D'autre part, les barrières culturelles par exemple, lorsque les patients associent les troubles de santé mentale à la « folie ». Cette représentation en fait un sujet tabou et impacte la manière dont les patients expriment leur souffrance psychologique. Cela complique le diagnostic mais également le traitement et l'orientation.

Dans le point suivant, nous allons aborder le dernier niveau : le niveau individuel. Nous allons commencer par aborder les obstacles relatifs au patient. De fait, les médecins généralistes mettent en cause les patients pour expliquer en partie les disparités dans la prise en charge.

3. Obstacles au niveau individuel

3.1. Obstacles relatifs au patient

3.2.1. Communautarisme

MG_F13 met en avant le **communautarisme**, autrement dit, le **repli sur soi** de certaines populations qui complique leur prise en charge : *« Mais voilà, on a par contre une population étrangère de toutes origines qui est arrivée les années précédentes, et beaucoup aussi de 2^{ème}-3^{ème} génération, qui sont déjà là depuis pas mal de temps avec ben je trouve quand même beaucoup de repli sur soi. Comme j'ai dit, on a une grosse population tchétchène, là aussi, c'est fort différent, c'est vraiment des cultures à part entière, avec beaucoup de règles, de clan, de violences, de choses qu'on a du mal nous à aborder »*. Elle continue en nous faisant part de son impuissance face à certaines situations : *« Fin, moi, j'ai toute une série de femmes qui sont dans des situations, elles sont battues, où le mari se drogue et il y a absolument aucune possibilité de les protéger. Nous, on se dit bêtement qu'on est dans un pays de droit et que on va appeler la police, qu'on va porter plainte, et cetera. Mais elles se font toujours rattrapées par les différents membres de la communauté. Les enfants appartiennent à la famille du mari et donc*

si elles font ça, elles se suicident, fin c'est des histoires de meurtres, des histoires d'agressions. Toutes ces histoires de clans qui sont pour nous assez moyenâgeux. C'est du réel, c'est du vécu du quotidien. Fin cette situation, on se dit mais enfin on est en 2022, en Belgique et on est encore là, on n'arrive pas à évoluer ».

Un autre obstacle entre également en jeu, il s'agit du niveau de littératie en santé développé au point suivant.

3.2.2. Niveau de littératie en santé

MG_F15 aborde le concept de littératie en santé en déclarant que les migrants ont un niveau inférieur comparativement à la population belge : *« Effectivement bah leur niveau, je sais pas si vous voyez ce que c'est la littératie en santé je pense que si, ben effectivement bah ce qui est logique par rapport aux personnes belges ben ils ont quand même un niveau inférieur où il faut vraiment tout leur expliquer, et cetera ».*

MG_F13 explique qu'étant donné que le système de santé est différent d'un pays à l'autre, certains patients **ne connaissent pas l'aide que les médecins généralistes belges peuvent leur apporter** : *« Je pense que la médecine générale, dans beaucoup de pays, ça n'existe pas donc c'est juste la porte d'entrée pour avoir accès à tel ou tel spécialiste... Ils conçoivent pas que nous on puisse aussi déjà régler toute une série de situations et donc c'est vraiment un truc qui va se faire avec le temps. ».*

MG_F5 nous explique une situation concrète durant laquelle la méconnaissance du rôle du médecin crée un sentiment de **méfiance** durant la consultation. Elle explique que cette méfiance accentue le risque de les perdre de vue : *« C'est des patients qui prennent vite PEUR [hnh] pour des questions, voilà un papier qui va pas être régularisé ou quoi que ce soit. Ils vont plus oser revenir de peur que ça puisse mettre en route je ne sais quelle administration. Parfois, ils ont peur simplement alors en dehors des problèmes de santé mentale, mais de venir avec des enfants en disant au risque de me retirer les enfants, quelqu'un m'a dit qu'on pouvait me retirer les enfants et donc voilà parfois des images comme ça ou comme je vous disais, on pourrait m'interner ou des choses comme ça. Donc, c'est des patients qui ont des mauvaises informations [hnh] sur le rôle du médecin, en tout cas le rôle du médecin en Belgique. Et donc qui parfois, de par ces mauvaises informations, vont avoir peur de revenir ou vont avoir peur qu'on puisse les dénoncer à la police ou voilà, c'est parfois là que c'est un peu plus compliqué ».*

En outre, leur méconnaissance du système impacte grandement leur santé. MG_F14 explique que les migrants **ne connaissent pas les aides** auxquelles ils ont droit. De ce fait, certains patients laissent leur état s'aggraver : « *On a beaucoup de patients à qui on fait découvrir que mais en fait vous avez droit à l'aide médicale urgente par exemple. Je trouve ça, fin je comprends pas fin je sais pas comment ça se fait que les infos passent chez l'un et pas l'autre. Je pense que la plupart, ils ont dû se retrouver aux urgences dans une situation chaotique* ».

Pour finir, ils abordent leur formation universitaire insuffisante comme un obstacle à la prise en charge.

3.2.Obstacles relatifs au médecin

3.2.1. Formation universitaire insuffisante

Les médecins ne se sentent **pas suffisamment formés** pour prendre en charge ce type de patient. Comme MG_F11, nous l'a très clairement affirmé : « *I : Et est-ce que au final vous vous sentez suffisamment formé pour prendre en charge [R : NON, je sais pas si l'enregistrement l'a entendu, NON !]* ».

De manière générale, ils soulignent **apprendre sur le tas** et dénoncent le manque de cours relatifs à la population migrante lors de leur cursus : « *J'ai pas souvenir avoir vu grand-chose pendant les cours [ok], mais alors vraiment pas* » déclare MGEF_F7, jeune médecin terminant son assistantat. MG_F9 insiste sur le manque d'explication concernant les procédures : « *Boh £y'a rien£ et même tout ce qui est médecine (.) légale, tout ce qui a rapport aux mutuelles au CPAS au remboursement aux aides, on a eu je crois deux heures de cours là-dessus* ». Même constat pour MG_F15 : « *Franchement, franchement, quand on sort de l'université, non. Après voilà, moi j'ai appris sur le tas que ce soit même, même au niveau papier, CPAS, savoir les choses qu'on peut faire, par exemple, l'aide médicale urgente, des choses comme ça, ce qui peut favoriser, entre guillemets, l'accès aux soins des patients* ».

En résumé, les médecins généralistes mettent en cause les attitudes de certaines communautés, comme le repli sur soi, ce qui empêche une bonne prise en charge. Ils insistent également sur le manque de littératie en santé des patients qui leur prive l'accès aux soins de santé. En outre, ils déclarent que leur formation universitaire ne leur fournit pas le bagage nécessaire à la prise en charge des patients migrants.

Nous allons maintenant répondre à notre seconde question de recherche.

Chapitre 2 - Comment le développement des compétences interculturelles des médecins généralistes peut-il être une solution aux discriminations involontaires envers les patients migrants ?

Les grands points cités par les médecins généralistes pour réduire la discrimination sont divisés en 5 catégories : réduire la surcharge de travail des médecins généralistes, remédier à l'indisponibilité des services de santé mentale, surmonter les barrières linguistiques, comprendre les différences culturelles, et augmenter la littératie en santé des patients.

Ces différentes adaptations et recommandations permettent, selon les médecins, d'affronter les obstacles cités dans le chapitre précédent et donc réduire la discrimination.

Tout d'abord, nous allons commencer par aborder la suggestion principalement évoquée par les médecins généralistes pour réduire leur charge de travail et leur permettre d'accorder plus de temps aux patients.

Ensuite, l'indisponibilité des services de santé mentale étant grandement citée comme un obstacle à une bonne prise en charge, nous allons détailler comment les médecins généralistes pallient cette indisponibilité ainsi que les recommandations qu'ils suggèrent.

Nous allons également exposer les différentes stratégies que les médecins généralistes utilisent pour surmonter les barrières linguistiques ainsi que les recommandations qu'ils formulent pour les améliorer.

En outre, les difficultés culturelles sont une barrière importante. Nous allons donc expliquer la manière dont les médecins généralistes font pour comprendre les représentations de la maladie et du traitement. Nous allons également évoquer les nombreuses solutions proposées par les médecins pour les aider dans leur pratique.

Pour finir, nous allons mentionner la solution avancée par les médecins pour augmenter la littératie en santé des patients.

1. Réduire la surcharge de travail des médecins généralistes

1.1 Recommandation : alléger la charge administrative

Tout d'abord, un **allègement** drastique de l'aspect administratif lié à la prise en charge des patients migrants est recommandé. Cela permettrait réduire la surcharge de travail des médecins généralistes au profit d'une meilleure prise en charge des patients.

MG_F11 propose de **simplifier les procédures** qui pèsent sur le médecin et sur la qualité des soins qu'il fournit : « *C'est de trouver un allègement drastique de la charge administrative des médecins. Parce que sinon on va les tuer et des médecins morts ne servent à rien ((rires)) Avec beaucoup de sérieux, non mais littéralement le COVID a déjà alourdi la charge, il faut des réquisitoires pour tout et n'importe quoi. Les secrétaires médicales, les structures hospitalières remballent des patients parce qu'ils ont pas leurs papiers. Alors y a des services médicaux qui nécessitent pas de réquisitoires : la gynéco, la kiné, la pédiatrie fin, c'est ridicule. D'enlever certaines procédures inutiles qui a, au niveau des communes. La kiné doit passer par un réquisitoire approuvé par le bourgmestre de la commune apparemment, mais il faut enlever des trucs pareils* ».

En attendant de tels changements politiques, MG_F12 pense à embaucher une secrétaire : « *Peut-être avoir un petit peu plus d'aide administrative, ça peut pas faire de tort non plus. Voilà, ne fût-ce que voilà une secrétaire* ».

Comme expliqué dans le chapitre précédent, la surcharge de travail touche également les services de santé mentale. Nous allons donc nous intéresser aux solutions pour remédier à leur indisponibilité.

2. Remédier à l'indisponibilité des services de santé mentale

Dans la pratique, l'entière des médecins interrogés disent **couvrir eux-mêmes le suivi psychologique** du patient pour pallier à l'indisponibilité des spécialistes. MG_F2 l'explique comme étant indispensable pour le bien-être du patient : « *R1: Ce patient-là dont je parle, à un moment je le voyais toutes les semaines, à sa demande. Il voulait revenir toutes les semaines [I: Pour parler ?] pour parler, oui. Alors fin, pour moi à un moment c'est long, c'est toujours la même chose. Mais en même temps, je savais que si je disais non, il serait déstabilisé, il allait être mal. Donc bah voilà, je fais sa petite visite toutes les semaines. R2: Si y'a quelqu'un qui devait analyser la rentabilité de nos consultations je veux dire. Parfois médicalement, il se passerait peu de choses quoi [I: D'accord] Mais au niveau du soutien- [R1: Mais sans ça, le patient s'effondre] au niveau du soutien qu'on peut apporter aux gens, et cetera, c'est très important. [I: Donc, finalement, les patients que vous ne savez pas référer, c'est vous qui les prenez en charge ?] R1 et R2: Oui oui oui (8) Voilà* ».

D'autres alternatives sont également évoquées comme l'envoi aux urgences, l'appel à des centres de prévention suicide ou assistantes sociales, ou encore le recours à la sophrologie et/ou l'hypnose.

Néanmoins, face à cette indisponibilité importante, certains médecins s'interrogent quant à la pertinence de référer leur patient. En effet, comme MG_F2 l'exprime, ils **anticipent les éventuels refus** dans le but de préserver leurs patients déjà fragilisés : « *Et donc, au fur et à mesure, nous (hhh) on se décourage un peu d'envoyer chez le psychiatre puisque on sait que soit ils vont être remballés. [R1: oui] Quand on est dans cet état-là c'est vraiment contre-* R1: *C'est difficile d'être remballé hein, de- ou de dire ah oui, y a pas de place avant 6 mois le patient, il se prend une claque quand il entend ça quoi ... R1: Ben on les envoie pas parce qu'on sait fin c'est quand même. On va pas risquer qu'ils soient refusés. C'est quand même toujours dur pour le patient d'être refusé quelque part* ».

2.1.Recommandation : augmenter le nombre de psychologues

Même s'ils s'adaptent à cette indisponibilité, tous les médecins réclament l'**augmentation du nombre de psychologues**. MG_F2 et MG_F15 nuancent en avançant également l'**accessibilité financière** : « *R2: Globalement comme ça. Ben j'augmenterais le nombre de psychiatres. [R1: Moi aussi, de psychiatres et de psychologues, le remboursement] Et le pédopsy aussi [R1: le remboursement des consultations]. Faire en sorte que la psychiatrie soit beaucoup plus accessible. Je pense qu'on gagnerait vraiment en qualité. Quand on voit comment les gens sont pris en charge et vont mieux quand ils ont un psychiatre régulier. Ben c'est très important* ».

Nous allons maintenant nous concentrer sur les solutions pour surmonter les barrières liées à l'interaction du patient avec son médecin. Dans un premier temps, comment les médecins généralistes s'arrangent pour que les barrières linguistiques n'impactent pas trop négativement la prise en charge des patients.

3. Surmonter les barrières linguistiques

Pour remédier à la barrière de la langue, les médecins ont recours à différents services et stratégies : les traducteurs/interprètes formels, les médiateurs interculturels, les traducteurs en ligne, les interprètes formels et l'utilisation de photos/images.

3.1 Traducteurs-interprètes

Les différents services de traduction évoqués, au cours des interviews, sont : SeTIS et Interlude. Cette stratégie est indispensable mais en pratique de nombreux problèmes sont tout de même soulevés.

D'abord, MG_F15 nous explique que certains **patients sont réticents** à la présence d'un interprète particulièrement lorsqu'ils abordent des sujets délicats lors de la consultation : *« Il faut aussi demander à la personne si elle est d'accord d'avoir un interprète, ça c'est pas toujours le cas non plus. Parce que voilà, quand c'est des sujets un peu particulier, il y en a, ils veulent pas forcément avoir une personne tiers en consultation »*.

Ensuite, les médecins avancent la **difficulté d'organisation**. En effet, les rendez-vous avec les traducteurs doivent être pris en amont. Or, MG_F2 insiste sur la courte marge de manœuvre en leur possession pour planifier le rendez-vous : *« R2: Ben parce que (hhh) nous ici, les gens appellent le matin pour avoir une consultation à 15h. Alors, est-ce que vous avez le temps dans cet intervalle de trouver un traducteur ? C'est compliqué »*. De plus, une saturation de ces services est évoquée. Néanmoins, les démarches sont facilitées lors de consultations de demandeurs d'asile résidents dans des centres, comme Fedasil : *« Bon, voilà c'est ça, c'est ça. Maintenant Fedasil, c'est vrai qu'on a plus facile, Fedasil en général, ils vont envoyer facilement quelqu'un qui est interprète et cetera. Donc souvent, fin, il y en a qui arrivent déjà avec leur interprète, ça c'est vrai que c'est pratique »* déclare MG_F14.

En outre, des **confusions** quant à la langue du patient sont fréquentes, comme nous l'explique MG_F5 : *« Je pense à des situations par exemple, à l'ONE où on a moyen d'avoir des interprètes [hmh] et donc c'est vrai que c'est plus facile, mais parfois simplement savoir quelle est la langue de la personne c'est pas toujours facile, surtout avec les patients d'Afrique subsaharienne où ils parlent parfois des dialectes qu'en fait oui, voilà l'interprète arrive et en fait, bah non l'interprète comprend pas ce que dit la personne. Et donc on se dit ah zut »*.

Nous avons également remarqué des **avis divergents quant à la gratuité** de ces services. Certains, comme MGEF_F7 affirme que ce service n'est pas remboursé. Elle essaie donc d'y avoir recours le moins possible : *« Et est-ce que vous faites des fois appel à un interprète professionnel ? R: On y a déjà pensé, mais c'était à chaque fois payant et à charge du patient. [ok] Donc tant qu'on sait faire sans on essaie »*. En opposition, d'autres avancent que ces services sont entièrement gratuits.

3.2 Médiateurs interculturels

Les médiateurs interculturels sont des personnes ressources faisant le lien entre les cultures différentes du patient et du médecin généraliste. De manière générale, **très peu de médecins utilisent ce service**. Certains n'en connaissent même pas l'existence.

MG_F11 les appellent dans le cadre de questions de fin de vie : « *La situation où j'avais été confronté au fait de pouvoir potentiellement les solliciter, c'est dans le cadre de questions de fin de vie. Comme il y a des rites spécifiques en fonction des cultures. [Euh] °Est-ce qu'il y a d'autres situations ? Je vois pas d'autres° je n'ai pas connaissance d'autres missions mais parce que je me suis pas suffisamment intéressée* ».

Seul un médecin a abordé le côté culturel de son rôle. Néanmoins, MG_F5 insiste sur l'incompréhension voire le refus des patients à faire appel à ce type service lorsqu'il n'y aucun problème de langue : « *Alors parfois je suis un peu £perdue£, souvent. Mais j'ai pas de solution particulière pour ça, autant pour la langue, ça, on peut toujours se débrouiller avec les médiateurs interculturels et ça, ça peut aider. Mais pour quand il n'y a pas de problèmes de langue c'est difficile de faire intervenir un médiateur interculturel quand le patient comprend pas pourquoi puisque puisqu'on se comprend. Sauf £qu'en fait on se comprend pas tout à fait£ Bah d'expliquer aux patients, je suis pas tout à fait sûr de bien comprendre ce qu'il m'explique et que donc j'aimerais bien voir si le patient est d'accord de faire intervenir quelqu'un qui pourrait m'expliquer peut-être avec d'autres références un petit peu ce que le patient veut expliquer. Mais souvent c'est pas la bonne façon de l'aborder puisque généralement j'ai un refus à ce moment-là du patient qui me dit mais non vous comprenez très très bien ce que j'ai dit, docteur* ».

Le plus souvent, ce sont les médecins travaillant en collaboration avec des centres d'accueil des demandeurs d'asile qui connaissent l'existence et le rôle des médiateurs interculturels.

3.3 Autres alternatives

Dans la pratique quotidienne, une multitude de solutions sont utilisées. Les plus fréquemment mentionnées sont : les **traducteurs en ligne** tels que Google Translate et Google lens, les **interprètes informels** composés généralement de l'entourage du patient ou de collègues du médecin, et l'**utilisation de photos/images** quand la situation s'y prête.

Nous avons constaté qu'il y avait deux points de vue quant à ces alternatives. D'une part, les médecins plutôt adeptes des traducteurs formels, d'autre part les médecins préférant les autres alternatives. Ces derniers, dont MG_F2 fait partie, justifient leur préférence par les difficultés d'organisation : « *Les interprètes formels c'est compliqué. Pour une consultation qui dure ici 1/4 d'heure. Est-ce que ça vaut vraiment la peine quoi ? [R1: Souvent, c'est plus facile de trouver un ami, une amie] Parfois moi j'ai déjà demandé dans la salle d'attente. Tiens est-*

ce qu'il y a quelqu'un qui parle cette langue-là ? Parfois, ça peut aider mais ça va pas tellement être facile non plus ».

Au-delà de toutes ces stratégies utilisées pour améliorer la communication, nous nous sommes demandé : Comment les médecins généralistes s'assuraient de la bonne compréhension du patient ?

Une pluralité d'approches sont employées. Dans un premier temps, la méthode du **Teach back**, expliquée par MG_F12 : *« Donc je leur demande gentiment voilà que je viens de leur donner des informations puis y'a peut-être beaucoup d'informations. Moi je veux être vraiment tout à fait rassurée et certaine que l'information a bien circulé. Donc, est-ce qu'ils peuvent m'expliquer avec leurs mots ce qu'ils ont compris ? Et donc voilà qu'ils me réexpliquent effectivement ».*

Dans un deuxième temps, la **technique du dessin**. Les médecins illustrent leurs dires en dessinant ou montrant des images : *« Une ordonnance imagée. Et donc pareil, ils avaient mis pour comprendre la prise des médicaments, ils avaient plutôt fait en fonction d'image que tout le monde peut comprendre. Donc si je prends le matin, la nuit, 2 fois par jour, il y avait 2 petits cachets fin voilà des petites choses comme ça, donc j'essaye même de faire un petit peu ce style-là, vraiment pour m'assurer de la bonne compréhension »* MG_F15.

Dans un troisième temps, **répéter** à plusieurs reprises les informations en les reformulant est la manière utilisée par MG_F6 et MGEF_F7.

Précédemment, nous avons cité les stratégies utilisées dans la pratique quotidienne. Néanmoins, les médecins ont également fait part d'améliorations qui, selon eux, permettraient de faciliter la prise en charge.

3.4 Recommandations : améliorer les services de traduction

Une meilleure **disponibilité** des services est évoquée par MG_F8 : *« Parce que ici c'est toujours, on aura peut-être la traductrice, j'espère qu'elle sera disponible, elle avait autre chose ».*

MG_F14 et MG_F15, quant à elles, recommandent la mise en place de « **collaboration avec un interprète** ». Dans le but d'avoir un système d'interprétariat lié au cabinet ou à la maison médicale et permettre une meilleure organisation.

MG_F7 insiste sur la **fiabilité** des interprètes : « *Je ferais en sorte qu'il y a déjà plus d'interprètes fiables [hmh], fin des gens dont on sait que la traduction sera correcte et qui respecteront le secret médical, [hmh] parce que ça aussi c'était pas toujours facile* ».

MG_F11 suggère la **traduction des supports et outils** : « *des affichages adaptés, des outils pour traduire les sources de communication. Donc, par exemple, nous on a un site internet, mais il est en français, je ne sais pas si mes patients le consultent et est-ce que c'est source d'obstacles ou pas, le fait que ce soit en français ou pas. °Ouais donc, des affichages° [Hhhmm] En fait que tous les outils de base qu'on utilise qu'ils puissent être déclinés sous d'autres langues. Je sais pas moi, le bouquin de l'ONE, il est en français, °les patients ils comprennent pas spécialement° donc déjà ça. Mais traduire ça veut pas dire avoir des compétences culturelles* ». Elle cite également les questionnaires de sommeil et les échelles de dépression.

De plus, elle propose d'augmenter la **visibilité** et la **diffusion** des services de traduction **auprès des patients**.

Pour poursuivre dans les interactions patient-médecin, nous allons aborder les différences culturelles et plus particulièrement la manière dont les médecins généralistes s'y intéressent.

4. Comprendre les différences culturelles

Les médecins essayent de comprendre le **cadre de référence du patient** : sa culture et ses représentations de la maladie et d'une bonne prise en charge : « *Donc je pense, c'est au départ beaucoup d'écoute, beaucoup de bienveillance, vraiment essayer de comprendre en fait le référentiel du patient, même s'il est très très éloigné du notre* » MF_F12.

4.1 Représentations de la maladie et du traitement

Comme expliqué dans le chapitre précédent, les troubles de santé mentale sont un sujet tabou dans certaines cultures. Pour arriver tout de même à aborder ce côté psychologique, les médecins généralistes amènent la problématique en douceur au fil des séances.

Dans un premier temps, les médecins généralistes ne s'arrêtent pas juste au côté médical. Leur prise en charge est plus globale. Ils s'intéressent à la **vie du patient**.

Tout d'abord, à leur histoire. Les personnes ayant des antécédents migratoires, particulièrement les personnes en situation d'illégalité, subissent un parcours éprouvant durant lequel ils sont dans une situation d'extrême vulnérabilité. De plus, comme le décrit MG_F5, ils doivent surmonter un déracinement : « *C'est d'abord l'histoire effectivement, donc l'histoire*

d'une immigration, en tout cas, d'un changement brutal, de culture, d'environnement et donc ça peut être des patients qui sont migrants illégaux, qui ont ce détachement culturel et qui ont parfois du mal à se rattacher en fait à une culture européenne qui n'est pas la leur et dans laquelle ils se reconnaissent pas toujours. Et alors, bah, cette souffrance de la migration aussi, qui s'accompagne aussi parfois de violences physiques, de violences psychiques. Il y a des patients qui ont aussi des parcours où il y a eu des violences physiques [hmh], surtout leur chemin migratoire, et donc c'est parfois difficile de savoir qu'est-ce qui peut être des séquelles de ces violences qui ont lieu par rapport à des violences plus psychiques qui se transmettraient ». MG_F6 complète les propos de MG_F5 en déclarant que ce vécu impacte le moral des patients : « la situation, la procédure et l'insécurité jouent énormément aussi sur le moral ».

Cette dimension doit être prise en compte pour mieux comprendre le patient comme le suggère MG_F5 : « *Donc, c'est des patients qui sont fragiles de par leur statut administratif, c'est des patients qui sont fragiles par leur vécu. Et c'est des patients qui sont souvent sur la défensive de par le vécu qu'ils ont eu et leur histoire. Et donc il faut gagner leur confiance ».* Mais également pour proposer une prise en charge plus ciblée et efficace : « *ça influence si les personnes sont en situation d'illégalité ou encore en procédure d'asile. Voilà, je sais que je peux creuser, qu'il y a eu des violences, je peux peut-être même aider en faisant un rapport se basant sur des cicatrices ou qui peuvent vraiment appuyer, aider le patient »* MG_F6.

De plus, les médecins questionnent également leur réseau social (MG_F5), leurs centres d'intérêt, leur travail éventuel, et leur situation financière (MG_F11).

Au final, l'écoute et le suivi permettent de créer une **relation de confiance** avec le patient. Au fil du temps et de la relation, aborder le côté psychologique devient possible : « *En général, j'écoute le patient, je lui pose des questions et je le revois. J'essaye toujours de lui remettre des rendez-vous prévus toutes les deux semaines ou toutes les semaines [hmh] Surtout de l'écoute et un suivi rapproché. Et à un moment j'essaye d'introduire le fait que il faudrait aller voir un psychologue »* MG_F9.

Au-delà de la relation, les médecins, comme MG_F8, se basent aussi sur des **examens rassurants** de type prise de sang ou échographie pour ensuite entrer dans le « *vif du sujet* », les problèmes psychologiques.

Si malgré tout cela les médecins se trouvent bloqués, ils **échangent avec leurs collègues** : « *On a des patients comme ça, qu'on suit depuis des années, qui sont dépressifs. Et on voit*

jamais le bout du tunnel. Et le fait de partager l'histoire de ce patient avec d'autres collègues, d'en parler, ben ça ouvre toujours un petit horizon. Et je pense qu'inconsciemment, le patient le sent et il va aussi un petit peu mieux et donc il progresse aussi en miroir un peu avec nous. Parce qu'il voit que on a un peu changé notre regard sur lui et ça me fait progresser je trouve » MG_F2. Cet échange débloque la situation.

4.3 Recommandations

Plusieurs recommandations sont proposées pour mieux comprendre les différences culturelles et en tenir compte dans la prise en charge.

4.3.1. Mettre en place des formations culturelles

Des formations basées sur des échanges avec les patients pour comprendre leur vision quant à leurs **représentations de la maladie, du traitement et du rôle du médecin** sont préconisées par MG_F5 : *« Je pense qu'on n'est jamais suffisamment formé. Mais je pense que ce qui pourrait être intéressant, c'est plutôt que de toujours aborder la question parce qu'on est médecin, des symptômes fin des difficultés liées à la migration ou des choses comme ça, c'est peut-être juste des formations pour connaître les cultures d'autres pays et pouvoir dire bah voilà. Typiquement avoir des tables rondes avec des patients qui seraient originaires d'Afrique ou sur comment est-ce qu'on voit la maladie, qu'est-ce que la maladie, qu'est-ce qu'un traitement ? Qu'est-ce qu'un MÉDECIN ? Et je pense que ça pourrait déjà aider à comprendre la vision qu'a le patient d'une maladie, d'un traitement et d'un médecin. Ce serait déjà pas mal, plutôt que de se concentrer toujours sur tel ou tel problème dans telle culture. Oui, fin c'est bien, mais d'avoir une vision plus d'ensemble et de se dire voilà je suis face à un patient qui a telle origine et même pour des patients qui ne sont pas migrants il y a ce bagage culturel et ethnoculturel de se dire : 'Ah bah voilà pourquoi est-ce que j'arrive jamais à me comprendre avec tel patient ?' C'est parce qu'en fait pour lui la maladie c'est quelque chose qui doit sortir du corps ou c'est quelque chose qui doit être chassé »*. MG_F9 suggère aussi des formations du même genre : *« peut-être une formation à chaque fois axé sur chaque origine ethnique de qu'est-ce qu'il faut savoir pour telle culture peut-être des choses qui seraient organisées par des patients [hmh] que eux viendraient parler de leur expérience »*.

MG_F2 manifeste que ça **ne fait pas partie de ses priorités** : *« faire des formations en plus, et cetera, c'est compliqué. Et on a nos vies familiales et cetera. Donc, aller s'investir pour faire des formations ou pour essayer de savoir comment les Turcs perçoivent telle ou telle chose, il faut vraiment qu'on soit très motivé. Et on a d'autres priorités pour le moment quoi.*

[R1: Ouais ouais] Voilà donc... Ma priorité c'est de terminer notre journée. Euhh pas sortir avec la tête comme ça, avoir un peu de temps pour nous à la maison ».

MG_F11 propose de donner un **incitant financier** aux médecins qui se forment pour favoriser la formation : « Souvent, les médecins qui sont pris par leur population qui leur prend de l'énergie, ils ont pas le temps de se former. Donner des incitants financiers, valoriser mieux les actes qui sont faits ».

4.3.2. Attribuer un référent à chaque médecin

MG_F13 propose d'attribuer un **référent** pour les médecins généralistes, un expert qui endosserait le rôle de soutien moral mais également de conseiller pour faire face aux cas complexes : « Et là c'est vraiment des situations où je dis mais qu'est-ce que je peux faire ? Et c'est vrai que peut-être on aimerait pouvoir avoir parfois un référent, ou nous pouvoir être comme les psychologues parfois aidés dans la manière de prendre en charge, de nous aider peut-être à trouver certaines pistes auxquelles on n'a pas pensé. Et en particulier par rapport à certaines cultures où on n'a pas toutes les connaissances non plus. Mais donc je trouve que parfois nous on a besoin d'être épaulés, d'être aidés, de pouvoir parler de certaines situations à des plus experts que nous, qui pourraient peut-être nous aider à aussi, ne serait-ce que pour nous donner un peu de réconfort ou de soutien, parce que c'est vrai que parfois c'est déprimant. Parce que c'est vrai que cette femme, je me dis elle va mourir et je m'en veux inévitablement en même temps, tout le monde dit 'mais qu'est-ce que tu veux faire de plus ?' Mais en même temps, c'est notre métier, on se dit 'mais je fais pas ce que je dois, je n'arrive pas, je n'arrive pas à ce qu'elle se soigne'. Et donc ça je trouve qu'un soutien pour nous, ce serait important parfois de pouvoir avoir. [I : Et un soutien durant la consultation ou par après ?] Non je parle par après comme les psychologues ont un référent et de temps en temps peuvent parler de leur manière de prendre en charge. Je pense que nous pouvoir avoir un retour sur nos prises en charge, sur les situations difficiles, les situations où on se casse la tête et on sait vraiment pas comment s'en sortir. Et parfois un référent, ce serait bien. Et un référent qui connaît les cultures ».

4.3.3. Elaborer de nouveaux outils : une fiche récapitulative par pays, une fiche regroupant les ressources par quartier et des recommandations de bonnes pratiques.

D'abord, MG_F12 propose l'élaboration de **recommandations de bonnes pratiques** pour la prise en charge des patients migrants : « Il faut à la rigueur, vous allez dans EBM practice net ou même dans les outils de recherche beaucoup plus larges et vous tapez tiens 'prise en

charge multiculturelle' et vous allez avoir je sais pas des centaines en fait d'articles. Donc faudrait vraiment des espèces de compilation fin, un peu comme on a des RBPM pour la prise en charge de la maladie de Lyme. Alors on sait que la recommandation de bonnes pratiques ou l'EBM, c'est un guide, mais au moins on aurait un canevas dans lequel on peut un peu broder avec ce que nous, on a déjà en fait, notre expérience. Ça je trouve que c'est quelque chose qui manque vraiment, avoir UN endroit source d'information et avec j'ai envie de dire vraiment des fiches pratiques type RBPM ou EBM. Bah tiens voilà, si vous vous trouvez dans dans tel type de situation bah ce qui peut aider c'est ça ça ça. Et si vous vous en sortez pas, ben vous réferez vers telle structure. Tiens voilà vous suspectez un PTSD chez un Syrien qui a fui la guerre et qui a séjourné je sais pas combien de semaines sur la fameuse île en en Italie bah voilà, nous on a une équipe en fait qui est un peu spécialisée. Je trouve que c'est un peu ça qui est le plus difficile à notre niveau, c'est trouver la bonne information et à quel endroit ».

Dans la même optique, MG_F2 propose une **fiche récapitulative pour chaque nouvelle vague de migrants**. Elles prennent l'exemple d'une fiche envoyée par le cercle de médecine générale suite à l'arrivée des réfugiés ukrainiens contenant certaines ressources : « R2: Là, par exemple, on reçoit des avis du CMG, donc centre de médecine générale [R1: Le cercle] Le cercle de médecine générale. Donc c'est le truc francophone quoi. Et là il nous a fait tout un topo sur les Ukrainiens. En nous donnant, par exemple, un site pour faire l'introduction des médicaments en cyrillique, et cetera. Pour s'y retrouver c'était quand même très pratique [R1: C'était bien fait] très pratique et très bien fait. Je n'ai pas encore eu besoin. Mais je me dis si ça se présente, ben je sais où aller voir quoi. Un truc comme ça. [R1: Plutôt ce genre d'outil là quoi] ».

MG_F9 rejoint cette idée d'élaborer des **fiches** mais cette fois, **rassemblant les ressources disponibles autour du cabinet**, comme les associations par exemple : « Pour moi le truc qui serait le plus utile c'est, mais je sais pas comment ça serait réalisable, mais une liste très claire pour chaque quartier vraiment au niveau hyperlocal des différentes asso qui existeraient avec qu'est-ce qu'on peut faire, qu'est-ce qu'elles font concrètement, comment est-ce qu'elles peuvent aider concrètement. Et pas seulement avoir le numéro de téléphone mais rencontrer ces gens-là parce qu'il y a rien à faire une fois qu'on a déjà eu un premier contact c'est plus facile d'avoir un travail collaboratif ». MG_F15 propose la même idée.

Pour finir, une solution est également proposée par les médecins généralistes concernant directement les patients, pour augmenter leur littératie en santé.

5. Augmenter la littératie en santé des patients

5.1. Recommandation : créer une formation sur la littératie en santé pour les patients

MG_F11 propose d'instaurer un cursus pour les patients *« une sorte de cursus, je sais pas comment, via les mutuelles probablement. Donc que les mutuelles puissent se charger de la formation locale °de la littératie°, fin donner du contenu en littératie en santé de base »*.

De manière générale, MG_F11 partage l'idée de **répartir les patients migrants entre tous les médecins généralistes** : *« Je pense que je mettrais bah un cadre au niveau des professionnels de santé, je sais pas s'il faut mettre un quota ou quoi, mais que tout le monde s'occupe de toutes les patientèles »*. Elle avance que cette solution permettrait à tous les médecins d'être aptes à prendre en charge tous les types de patients. MG_F6 soutient cette solution en avançant que les médecins qui sont rarement confrontés aux patients migrants sont plus souvent perdus concernant la manière d'agir.

En résumé, les médecins généralistes s'adaptent pour surmonter les obstacles à une bonne prise en charge des patients migrants. Ils prennent en considération la culture, le contexte social du patient, et font assez régulièrement appel à des aides extérieures. Néanmoins, même *« s'ils font de leur mieux »*, ils formulent plusieurs recommandations à destination des politiques pour faciliter leur pratique et réduire les discriminations.

VI. Discussion

À travers ce mémoire, nous avons exploré les expériences des médecins généralistes et la manière dont ils vivent la prise en charge des patients migrants souffrant de troubles de santé mentale. En effet, étant l'accès principal aux soins de santé et les gardiens des services de santé spécialisés, il nous a semblé primordial de mettre en lumière leur point de vue. Nous avons pu comprendre via quels obstacles les médecins expliquaient les différences de prise en charge. Nous avons également pu mettre en évidence leur comportement pour affronter ces obstacles, ainsi que les recommandations qu'ils considèrent comme indispensables pour soutenir leur pratique à l'avenir.

Au cours de cette discussion, nous allons interpréter nos résultats au regard de la littérature.

Dans un premier temps, nous allons aborder les mécanismes explicatifs.

1. Comment les médecins généralistes expliquent-ils les potentielles différences dans la prise en charge d'un patient migrant et souffrant de troubles de santé mentale ?

Les médecins généralistes expliquent ces différences de prise en charge par une série d'obstacles interdépendants les empêchant de fournir des soins appropriés.

Premièrement, les médecins généralistes interrogés abordent plusieurs **obstacles organisationnels et structurels**.

D'abord, la **surcharge de travail** qui pèse sur leur pratique. Ils évoquent la **durée limitée des consultations** qui empêche de parler en profondeur de certains problèmes comme les souffrances psychologiques. Le sentiment général qui ressort des interviews et de l'étude d'Iqbal M.P. (2021) est l'impression de ne pas consacrer suffisamment de temps aux patients les plus vulnérables.

Les médecins généralistes dénoncent également la **surcharge administrative** liée à la prise en charge des patients migrants. En effet, le temps déjà limité de la consultation est, de plus, fortement empiété par les démarches administratives qu'ils qualifient d'inutiles.

Par ailleurs, la surcharge de travail touche également les psychologues, les services sociaux et les services d'aide aux réfugiés. Comme Alexander C. (2008) le spécifie dans son étude, la demande importante se heurte à la **saturation des services de santé mentale**. Cette saturation provoque des délais interminables pour décrocher un rendez-vous. Finalement, cet accès limité

oblige les médecins généralistes à repenser la prise en charge des patients souffrant de troubles de santé mentale.

En outre, ce problème majeur est accentué dans les milieux ruraux où les structures de santé mentale sont quasi inexistantes.

Dans notre étude, les demandeurs d'asiles font également l'objet d'une attention particulière. Ils sont dépendants du système qui les **reloges continuellement** en fonction des places disponibles. L'éloignement géographique accentue les risques de « perdre de vue » ces patients et empêche leur suivi.

Un autre problème est soulevé les concernant : la **méconnaissance de leurs antécédents médicaux** qui entrave l'élaboration du diagnostic.

Ensuite, le **coût des soins de santé** constitue également un obstacle. En effet, les migrants, et particulièrement les réfugiés ont un budget limité qu'ils doivent gérer. En outre, les soins de santé mentale ne font pas partie de leurs priorités. Les médecins généralistes prennent cette circonstance en compte, et réduisent le recours à certains examens onéreux. Ils se limitent aux interventions et médicaments pris en charge par le CPAS. L'instauration du réseau 107 réduit les coûts des soins de santé mentale, pourtant les barrières financières restent un obstacle largement cité.

Les médecins généralistes de notre étude ont tendance à expliquer en grande partie les différences de prise en charge par ces obstacles. À l'inverse, les études de Harris S.M. (2020) et Teunessin E. (2015) évoquent davantage les **obstacles interpersonnels**.

La **barrière de la langue** est incontestablement la difficulté la plus citée. Ne pas parler la même langue, c'est risquer de manquer des informations importantes. De plus, les médecins déclarent que, même lorsqu'ils possèdent des bases dans la langue du patient, ils ne disposent pas des subtilités de langage nécessaires pour assurer un service de qualité comparable à une consultation dans leur langue maternelle. Harris S.M. (2020) rejoint cette constatation. Il affirme qu'« un haut niveau de maîtrise de la langue est essentiel pour discuter de questions complexes telles que la santé mentale ». En effet, les médecins constatent que les tournures de phrases employées permettent d'aborder tout type de sujet.

Par ailleurs, une partie des médecins interrogés s'aide d'outils pour détecter la dépression chez les patients. Par exemple, nous pouvons citer l'échelle HAD. Néanmoins, l'utilisation de ce genre d'outils est compromise étant donné qu'il n'existe pas dans la langue du patient.

La barrière de la langue majore le temps de consultation et complique d'autant plus la compréhension des **différences culturelles**.

Tout comme dans l'étude d'Harris S.M. (2020) et Teunessin E. (2015), nos médecins généralistes mettent en évidence la réticence voire le refus de certains patients à discuter de santé mentale. Les médecins expliquent cela par plusieurs observations. Premièrement, les patients ne font pas de leur santé mentale une priorité. Deuxièmement, la **représentation de la maladie mentale** est souvent associée à la folie. Les patients ont peur d'être « enfermés ». Aborder ce sujet est donc très compliqué.

Étant donné que les patients ne parlent pas ouvertement de leur détresse, les médecins généralistes restent attentifs à la potentielle **somatisation** de cette détresse. Selon Knights F. (2022), la détresse se traduit par « des maux de tête, des douleurs thoraciques, des maux de dos et des symptômes abdominaux ».

Comme le souligne Harding S. (2015), les **différences** dans l'expression des symptômes compliquent fortement l'évaluation de l'état du patient mais également la communication quant au **traitement**. Les médecins généralistes pensent qu'une psychothérapie reste tout de même le traitement adéquat, alors que les patients préfèrent se débrouiller seuls ou faire appel à un proche. Dans l'étude de Harris S.M. (2020), les patients estiment que le médecin généraliste ne doit pas être impliqué dans leur santé mentale. Ceci entrave la capacité de trouver un compromis pour traiter les problèmes de santé mentale de manière appropriée (Teunissen E., 2015).

Dans notre étude comme dans celle de Harris S.M. (2020), les médecins généralistes estiment que les **attentes des patients** envers la médecine occidentale et le rôle du médecin généraliste ne correspondent pas à l'idée que les médecins généralistes se font de leur rôle.

Les médecins généralistes interrogés parlent de différents types de patients. D'une part, le patient qui voue une confiance aveugle au médecin. Ce dernier met sa santé en danger en refusant de consulter un autre professionnel de la santé. Cette constatation n'est faite dans aucune autre étude. D'autre part, le patient en situation irrégulière, qui pense à tort que le médecin peut le signaler aux autorités. Ce type de patient limite donc le contact avec les services de santé (Teunessin E., 2015).

Rothlind E. (2018) indique dans son étude que les attentes des patients sont plus réalistes lorsqu'ils connaissent mieux le système de soins de santé. Leur niveau de **littératie en santé** a donc une importance capitale. Les médecins généralistes attribuent un niveau inférieur de

littératie en santé aux migrants comparativement à la population belge. Ils ajoutent que ce manque de littératie en santé peut entraver l'accès au panel de soins que notre système peut leur offrir. Pour remédier à cela, Harding S. (2015) soutient dans son étude qu'il faut élaborer des campagnes d'éducation.

Les médecins mettent également en cause les patients et pointent du doigt le **communautarisme**, le repli sur soi de certaines communautés. Cette façon d'agir constitue un frein considérable aux échanges patient-médecin.

Finalement, un dernier point est soulevé par nos médecins : les **manquements dans leur cursus universitaire**. En effet, ils ne se sentent pas suffisamment formés pour prendre en charge les patients migrants souffrant de troubles de santé mentale. Harris S.M. (2020) a également rejoint cette analyse. Néanmoins, une partie des médecins déclare que leurs années d'expériences leur ont permis d'acquérir les connaissances manquantes à la sortie de leur formation universitaire.

2. Comment le développement des compétences interculturelles des médecins généralistes peut-il être une solution aux discriminations involontaires envers les patients migrants ?

Dans un deuxième temps, notre étude qualitative a également mis en évidence la manière d'agir des médecins généralistes dans leur pratique quotidienne, et particulièrement avec les patients migrants souffrant de troubles de santé mentale. Ce comportement se rapproche fortement des soins qualifiés de « **culturellement compétents** ».

Nous allons examiner leur manière d'agir ainsi que leurs recommandations sous l'angle des compétences culturelles, en se basant sur le cadre conceptuel élaboré par Seeleman C. (2009).

Tout d'abord, comme expliqué précédemment, la **barrière culturelle** est sensiblement évoquée lors de notre étude ainsi que dans la littérature. Les médecins généralistes interrogés nous racontent leur manière d'appréhender et de réduire l'impact de ces différences culturelles sur la prise en charge des patients migrants. En accord avec le cadre conceptuel, les médecins généralistes ont « **conscience de la façon dont la culture façonne le comportement et la pensée individuels** » et « **connaissent la manifestation des maladies dans les divers groupes ethniques** » (Seeleman C., 2009). En effet, ils mentionnent tous la variation culturelle dans l'expression des symptômes comme un obstacle. Néanmoins, tous étaient conscients que les

patients migrants exprimaient, la plupart du temps, leur souffrance psychologique par des plaintes physiques. Ils sont donc particulièrement attentifs avec cette population spécifique.

De plus, étant donné que la détresse est un sujet tabou dans de nombreuses cultures, tous les médecins généralistes expliquent amener le sujet en douceur au fil des consultations. Tout d'abord, ils débutent leur prise en charge en s'intéressant au vécu du patient mais également à son réseau social, ses conditions de vie, son statut socio-économique,... tout ce qui peut potentiellement impacter la santé. Il y a donc une réelle « **prise en considération du contexte social dans lequel vivent des groupes ethniques spécifiques** » (Seeleman C., 2009). Ils avancent que cette écoute attentive permet avant tout de créer une relation de confiance indispensable pour mieux prendre en charge le patient, mais également pouvoir aborder le côté psychologique, comme Berchet C. (2010) et Kirmayer L.J. (2001) le démontrent dans leurs études.

De manière générale, dans toutes les difficultés auxquelles les médecins généralistes sont confrontés, ils insistent sur l'importance du rôle de leurs collègues décrits comme de « véritables piliers ». Dans cette même optique, un des médecins généralistes interrogés propose d'attribuer un référent par médecin généraliste. En d'autres termes, une personne experte dans les soins culturellement compétents, servant également de soutien moral.

D'autres ne se limitent pas à une aide extérieure et pensent à améliorer leurs propres compétences et connaissances. Pour cela, ils suggèrent la mise en place de formations culturelles menées par les patients eux-mêmes. Cette envie d'améliorer leur pratique à l'aide de formation est également démontrée dans l'étude de Mollah T.N. (2018). En effet, les médecins se sentent perdus et souhaitent suivre des formations consacrées aux influences culturelles et à la façon de travailler avec les patients migrants (Mollah T.N., 2018).

Pour soutenir leur pratique, les médecins généralistes réclament également des outils concrets à disposition lors des consultations. Premièrement, une fiche récapitulative pour chaque nouvelle vague de migrants, regroupant les ressources potentiellement nécessaires à la prise en charge de cette population spécifique. Lors de l'arrivée des Ukrainiens, le cercle de médecine générale a déjà eu l'occasion d'expérimenter cette méthode. Deuxièmement, une fiche regroupant les ressources disponibles par quartier, notamment les associations et l'aide concrète qu'elles peuvent apporter. Troisièmement, des recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge des migrants. Cette dernière proposition soulève tout de même une question : y a-t-il une bonne façon de se comporter avec tous les migrants ?

En effet, dans les recommandations qu'ils proposent, les médecins généralistes s'éloignent de l'individualisation des soins qu'ils pratiquent actuellement (Burgess D. 2007, Kai J. 2007). Cette manière d'agir future risque d'accentuer le recours aux stéréotypes. Or, cela va à l'encontre d'un point crucial des compétences culturelles : la « **conscience de ses propres préjugés et tendance aux stéréotypes** » (Seeleman C., 2009).

Par ailleurs, l'un des médecins interrogés partage l'idée de répartir les patients migrants entre tous les médecins généralistes. Elaborer une sorte de quota pour rendre les médecins généralistes plus aptes à fournir des soins de qualité à cette population spécifique grandissante. Selon lui, les médecins qui prennent en charge plus souvent les migrants, sont moins perdus et fournissent des soins de meilleure qualité. Delaruelle K. (2021) et Pettigrew TF. (2011) soutiennent cette idée et affirment qu'augmenter la fréquence des contacts avec les patients migrants peut potentiellement réduire les biais des médecins.

Cependant, au regard du cadre conceptuel des compétences culturelles élaboré par Seeleman C. (2009), les compétences culturelles ne se limitent pas à la notion de barrières culturelles comme nous l'avons développé ci-dessus. En effet, il insiste également sur la « **capacité de transférer l'information de telle manière qu'elle soit comprise par le patient et d'utiliser une aide externe si nécessaire** » (Seeleman C., 2009). Une bonne communication « fait partie intégrante de la prestation de soins culturellement compétents » (Mollah T.N. 2018) et doit avant tout **surmonter les barrières linguistiques**.

Les barrières linguistiques, tout le monde en parle et ce, dans toutes les études. C'est l'obstacle qui pose manifestement le plus de problèmes. Pourtant, de nombreux services existent pour les surmonter.

Premièrement, une partie des médecins sollicite des interprètes professionnels lors de leur consultation. Néanmoins, cette solution semble peu acceptée par les patients qui préfèrent une personne de leur entourage. Tout comme dans notre étude, Lau L.S. (2021) spécifie les obstacles inhérents à l'utilisation d'interprètes professionnels : le coût, les difficultés d'organisation et leur disponibilité limitée. Par conséquent, ces obstacles poussent les médecins à recourir à d'autres alternatives telles que les interprètes informels (Robertshaw L., 2017). Cette solution est qualifiée de « dernier recours » par nos médecins généralistes mais demeure la plus utilisée.

Deuxièmement, très peu de médecins interrogés évoquent les médiateurs interculturels. La majorité ne connaît pas leur rôle. Pourtant, c'est une ressource qui permettrait de répondre à

deux des barrières principales : les différences linguistiques et culturelles. En effet, leur rôle est de fournir la traduction, le contexte social ainsi que culturel manquant (Kirmayer L.J., 2001). Toutefois, un des médecins interrogés notifie que faire appel à un médiateur culturel, alors qu'il n'y a pas différences purement linguistiques, est mal reçu de la part des patients. Dans la pratique, les médiateurs culturels sont avant tout appelés pour leurs compétences de traduction ou pour accomplir des rituels de fin de vie.

Troisièmement, la présence d'un tiers amène aussi son lot de désavantages, comme la réticence du patient à se confier. Certains médecins préfèrent donc rester dans un simple échange avec leur patient, en s'aidant uniquement de traducteurs en ligne. Cette solution de fortune, bien que controversée, reste très utilisée.

Peu importe l'alternative choisie, les médecins généralistes s'assurent toujours que l'information soit comprise et ce, via différentes techniques, celle du *Teach back* étant la plus souvent citée.

En définitive, les médecins restent persuadés que les interprètes professionnels sont la meilleure alternative à la barrière linguistique, ils recommandent donc d'améliorer ces services : les rendre plus disponibles notamment en mettant en place des collaborations entre le médecin et l'interprète.

Nous avons pu observer que les médecins généralistes interrogés remettaient en question la fiabilité des alternatives qu'ils utilisent, alors qu'un seul remettait en doute la fiabilité des interprètes professionnels. Pourtant, dans la littérature, les erreurs d'interprétation sont longuement débattues. Comme nous le spécifions dans la revue de littérature, Flores G. (2003) répertorie un nombre conséquent d'erreurs d'interprétations qui peuvent avoir des conséquences cliniques.

Finalement, il ne nous reste plus qu'à aborder un dernier point des compétences culturelles : la « **capacité à s'adapter à de nouvelles situations de manière flexible et créative** » (Seeleman C., 2009). Les compétences culturelles doivent être comprises comme des concepts qui influencent positivement la prise en charge mais nullement comme une *checklist* à suivre à la lettre (Seeleman C., 2009). En effet, les médecins doivent être capables de s'adapter.

Par exemple, Lau L.S. (2021) met en avant qu'une infirmière « a modifié les heures de rendez-vous pour s'adapter à l'horaire d'autobus utilisé par bon nombre de ses patients réfugiés ». Plutôt que de s'adapter, les médecins généralistes que nous avons interrogés

préconisent l'**allègement de la charge administrative** qui empiète fortement sur le temps de consultation.

À l'inverse, ils font preuve d'une adaptation importante pour **remédier à l'indisponibilité des services de santé mentale**. En effet, ils couvent eux-mêmes le suivi psychologique de leur patient. D'une part, car certains patients refusent d'être pris en charge par un psychologue. D'autre part, à cause du nombre très limité de psychologues disponibles. Cette indisponibilité est si importante que certains médecins ne prennent même plus la peine de référer leur patient puisqu'ils savent cette voie saturée. Ils avancent que les patients migrants souffrant de troubles de santé mentale sont déjà fragiles, et qu'un refus pourrait être très mal vécu. Les prises en rendez-vous prennent du temps, or l'état de santé mentale des migrants est alarmant. Ils endossent donc plusieurs rôles dont celui de psychologue. Rothlind E. (2018) affirme que cela peut provoquer un certain stress et une moins grande satisfaction au travail.

Les médecins soutiennent tout de même qu'il s'agit d'une solution provisoire. Selon eux, une psychothérapie reste la meilleure option. Par conséquent, ils signalent que les politiques doivent intervenir et augmenter le nombre de psychologues.

En conclusion, nous pouvons affirmer que dans notre étude, les médecins généralistes pratiquent en grande partie des soins culturellement compétents pour surmonter les obstacles et délivrer des soins adéquats, à l'exception de la prise de conscience de leurs préjugés. Cela soulève l'importance, non pas de prouver l'impact des préjugés et stéréotypes sur les soins, mais plutôt d'élaborer des stratégies pour que les médecins comprennent cet aspect.

En outre, la majorité des recommandations était d'ordre structurel et nécessitait principalement une mise en place par les pouvoirs publics.

Limites de l'étude

Tout d'abord, nous pouvons citer les limites spatiales. En effet, notre étude se limite à la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Ensuite, nous nous sommes concentrés sur les médecins généralistes ayant donné leur accord pour participer à la suite du projet REMEDI. Cela constitue un biais de sélection étant donné que nous avons utilisé un échantillon de convenance. De plus, en participant à l'étude, les médecins généralistes montrent un intérêt pour la problématique.

En outre, c'est une étude qualitative avec une taille d'échantillon limitée, 11 interviews.

La limite du genre de nos participants est également à souligner. Notre échantillon se compose exclusivement de femmes de moins de 50 ans exerçant en grande partie en pratique de groupe. Or, le genre du médecin généraliste a un impact sur sa façon de se comporter envers les patients. En effet, les femmes ont tendance à avoir un comportement plus centré sur le patient : poser plus de questions ouvertes et être plus attentive au patient (Law S.A., 1995). De plus, notre échantillon n'est pas représentatif des médecins généralistes belges étant donné que ces derniers sont en majorité des hommes de plus de 50 ans (Cellule Planification de l'offre des professions de soins de santé, 2019).

Une autre limite est également à mentionner : la durée limitée de la recherche s'étendant de début avril à fin mai 2022.

La désirabilité sociale est également un biais important. Même si nous avons préféré des entretiens individuels aux groupes de discussion, les médecins peuvent tout de même être sur la retenue pour convenir aux normes sociales.

Pour finir, concernant notre public cible, nous ne faisons pas la distinction entre les différentes catégories de migrants, que ce soit selon leur statut juridique ou leur pays d'origine. Or, les migrants sont un groupe hétérogène ayant des besoins différents de prise en charge (Lindert J., 2008).

VII. Conclusion

En conclusion, notre étude a permis de révéler le point de vue des médecins généralistes concernant les mécanismes explicatifs aux différences de prises en charge entre les patients migrants et les patients non-migrants. Nous avons également mis en lumière leur comportement dans la pratique quotidienne ainsi que les aides qu'ils réclament pour réduire les discriminations.

Les résultats ont montré que les difficultés linguistiques et culturelles restent, tout comme dans la littérature, les barrières les plus discutées. Par ailleurs, notre étude a également mis en évidence une barrière peu évoquée dans la littérature : le communautarisme.

Pour surmonter ces obstacles, les médecins généralistes ont recours à des soins culturellement compétents. Néanmoins un point crucial des compétences culturelles, la conscience de ses propres préjugés, leur fait défaut.

En outre, les recommandations qu'ils formulent sont en grande partie à destination des politiques et n'impliquent pas un changement dans leur comportement personnel.

Étant donné que les médecins généralistes sont un pilier indispensable à l'accès et à la qualité des soins, particulièrement pour cette population spécifique, ils doivent absolument faire partie du plan d'action. Cependant, il serait intéressant de mener une étude confrontant les points de vue des médecins et des patients. Cela permettrait de révéler les différences entre les besoins exprimés par les patients et l'offre actuelle des soins. En outre, ceci permettrait de pouvoir déterminer si les soins culturellement compétents, vers lesquels les médecins généralistes tendent, sont une solution qui satisfait les patients. Par ailleurs, un échange entre patient et médecin pour élaborer des recommandations qui s'intègrent dans la réalité de chacun est une piste à creuser.

Les recherches futures doivent également étudier les migrants comme étant un groupe hétérogène étant donné qu'ils ont des besoins différents. De plus, elles gagneraient en précision en se déroulant à long terme. En effet, cela permettrait de prendre en compte la réinstallation, variable importante qui peut potentiellement transformer les besoins des patients migrants.

Finalement, un long chemin impliquant plusieurs acteurs reste encore à parcourir avant d'atteindre l'équité dans les soins de santé.

VIII. Bibliographie

AGENCE DES DROITS FONDAMENTAUX DE L'UNION EUROPÉENNE (FRA). (2010). *Enquête de l'Union européenne sur les minorités et la discrimination : La discrimination multiple*. Disponible à l'adresse : https://fra.europa.eu/sites/default/files/eu_midis_dif5-multiple-discrimination_fr.pdf, consulté le 7 juin 2022.

ALEXANDER C., FRASER J. (2008). General practitioners' management of patients with mental health conditions: the views of general practitioners working in rural north-western New South Wales. *Australian Journal of Rural Health*, 16(6), 363-369.

ALIZADEH S., CHAVAN M. (2016). Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. *Health & social care in the community*, 24(6), e117-e130.

ARUNDELLAB L., BARNETTA P., BUCKMANAC J., SAUNDERSA R., PILLING S. (2021). The effectiveness of adapted psychological interventions for people from ethnic minority groups : A systematic review and conceptual typology. *Clinical Psychology Review*, 88.

ASSOCIATION DE LA VILLE ET DES COMMUNES DE LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE ASBL (AVCB). (2018). *L'aide médicale urgente*. Disponible à l'adresse : http://ocmw-info-cpas.be/fiche_FV_fr/laide_medicale_urgente, consulté le 19 juillet 2022.

BARTEL-RADIC A. (2016). L'évaluation des compétences interculturelles. *Les Politiques Sociales*, 2, 88-100.

BEAUCHEMIN C., HAMEL C., LESNE M., SIMON P. (2010). Les discriminations : une question de minorités visibles. *Population et Société*, 466.

BERCHET C., JUSOT F. (2010). L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France. *Revue économique*, 61, 1075-1098.

BERGMAN L., NILSSON U., DAHLBERG K., JAENSSON M., WÅNGDAHL J. (2021). Health literacy and e-health literacy among Arabic-speaking migrants in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21, 1-12.

BETANCOURT J.R., GREEN A.R., CARRILLO J.E., ANANEH-FIREMPONG O. (2003). Defining Cultural Competence : A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Reports*, 118, 293-302.

BHATIA R., WALLACE P. (2007). Experiences of refugees and asylum seekers in general practice : a qualitative study. *BMC Family Practice*, 8, 48.

BHUI K., BHUGRA D., GOLDBERG D., DUNN G., DESAI M. (2001). Cultural influences on the prevalence of common mental disorder, general practitioners' assessments and help-seeking among Punjabi and English people visiting their general practitioner. *Psychological Medicine*, 31(5), 815-25.

BHUI K., WARFA N., EDONYA P., MCKENZIE K., BHUGRA D. (2007). Cultural competence in mental health care : a review of model evaluations. *BMC Health Services Research*, 7(15).

BLANK R.M., DABADY M., CITRO F.C. (2004). *Measuring racial discrimination*. Washington DC : The National Academies Press. 318 p.

BOWEN S. (2015). *Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins*. Société Santé, 62p. Disponible à l'adresse : <https://francosantesud.ca/wp-content/uploads/SSF-Bowen-S.-%C3%89tude-Barri%C3%A8res-linguistiques.pdf>, consulté le 8 mai 2022.

BRIJNATH B., BROWNE J.L., HALLIDAY J.A., RENZAHO A.M.N. (2011). The health consequences of migration : meeting the health needs of displaced populations. *Journal of Internal Displacement*, 1(1), 77-90.

BROUDY R., BRONDOLO E., COAKLEY V., BRADY N., CASSELLS A., TOBIN, JN., SWEENEY M. (2007). Perceived Ethnic Discrimination in Relation to Daily Moods and Negative Social Interactions. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1), 31-43.

BROWN EA., BEKKER HL., DAVISON SN., KOFFMAN J., SCHELL JO. (2016). Supportive Care : Communication Strategies to Improve Cultural Competence in Shared Decision Making. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(10), 1902–1908.

BURGESS D., FU S.S., VAN RYN M. (2004). Why do providers contribute to disparities and what can be done about it ? *Journal of General Internal Medicine*, 19(11), 1154-1159.

BURGESS D., VAN RYN M., DOVIDIO J., SAHA S. (2007). Reducing racial bias among health care providers: lessons from social-cognitive psychology. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 882-887.

CARDE E. (2007). Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique*, 19, 99-109.

CASTANEDA A.E., RASK S., KOPONEN P., SUVISAARI J., KOSKINEN S., HÄRKÄNEN T., MANNILA S., LAITINEN K., JUKARAINEN P., JASINSKAJA-LAHTI I. (2015). The Association between Discrimination and Psychological and Social Well-being: A Population-based Study of Russian, Somali and Kurdish Migrants in Finland. *Psychology and Developing Societies*, 27(2), 270–292.

CELLULE PLANIFICATION DE L'OFFRE DES PROFESSIONS DE SOINS DE SANTÉ. (2019). *Médecins généralistes sur le marché du travail*. Disponible à l'adresse : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/01_127_fr_medicine_generale.pdf, consulté le 20 juillet 2022.

CHAPMAN E.N., M.D., KAATZ A., CARNES M. (2013). Physicians and Implicit Bias : How Doctors May Unwittingly Perpetuate Health Care Disparities *Journal of General Internal Medicine*, 28(11), 1504–1510.

COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ. (2008). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Disponible sur le site de l'OMS : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69831/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf?sequence=1, consulté le 18 juillet 2022.

CONSTATS. (2019). *L'accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés : repères pour les professionnels de la santé mentale*. Disponible à l'adresse : <https://constats.be/onewebmedia/SM%20R%C3%A9fugi%C3%A9s%20et%20demandeurs%20d'asile.pdf>, consulté le 16 juillet 2022.

COOPER L.A., ROTER D.L., CARSON K.A., BEACH M.C., SABIN J.A., GREENWALD A.G., INUI T.S. (2012). The associations of clinicians' implicit attitudes about race with medical visit communication and patient ratings of interpersonal care. *American Journal of Public Health*, 102(5), 979–987.

DAS-MUNSHI J., BHUGRA D., CRAWFORD M.J. (2018) Ethnic minority inequalities in access to treatments for schizophrenia and schizoaffective disorders: findings from a nationally representative cross-sectional study, *BMC Medicine*, 16, 55.

DAUVIRIN M., LORANT V. (2014). Adaptation of health care for migrants : whose responsibility ?. *BMC Health Services Research*, 14, 294.

DAUVIRIN M., LORANT V., SANDHU S., DEVILLÉ W., DIA H., DIAS S., GADDINI A., IOANNIDIS E., JENSEN N.K., KLUGE U., MERTANIEMI R., RIERA R.P., SÁRVÁRY A., STRAßMAYR C., STANKUNAS M., SOARES J., WELBEL M., PRIEBE S. (2012). Health care for irregular migrants : pragmatism across Europe. A qualitative study. *BMC Research Notes*, 5, 99.

DE KEYZER. F., RINGELHEIM J., STORME M., WAUTELET P. (2017). *Commission d'évaluation de la législation fédérale relative à la lutte contre les discriminations*. Unia, 146 p. Disponible sur le site Web Unia, le Centre interfédéral pour l'égalité des chances : https://www.unia.be/files/Documenten/Aanbevelingen-advies/Commission_d%27evaluation_de_la_l%27gislation_f%27a9d%27a9rale_relative_%27a0_la_lutte_contre_les_discriminations.pdf, consulté le 18 juin 2022.

DELARUELLE K., BUFEL V., VAN CANEGEM T., BRACKE P., CEUTERICK M. (2021). Mind the Gate : General Practitioner's Attitudes Towards Depressed Patients with Diverse Migration Backgrounds. *Community Mental Health Journal*.

DIXON J., LEVINE M., REICHER S., DURRHEIM K. (2012). Beyond prejudice: are negative evaluations the problem and is getting us to like one another more the solution? *Behavioral and Brain Sciences*, 35(6), 411-425

DOVIDIO J.F., PENNERB L.A., ALBRECHT T.L., NORTON W.E., GAERTNER S.L., SHELTON J.N. (2008). Disparities and distrust : The implications of psychological processes for understanding racial disparities in health and health care. *Social Science & Medicine*, 67(3), 478-486.

DE LUCA G., PONZO M., ANDRÉS A.R. (2013). Health care utilization by immigrants in Italy. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 13(1):1-31.

DURIC P., HARHAJI S., O'MAY F., BODERSCOVA L., CHIHAI J., COMO A., HRANOV G.L., MIHAI A., SOTIRI E. (2018). General practitioners' views towards diagnosing and treating depression in five south-eastern European countries. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(5), 1155–1164.

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS (FRA). (2013). *Multiple discrimination in healthcare*. Disponible à l'adresse : <https://fra.europa.eu/en/content/multiple->

discrimination-healthcare-

qa#:~:text=Multiple%20discrimination%20takes%20place%20when%20someone%20is%20discriminated,of%20gender%20and%20religion%2C%20age%20and%20ethnicity%2C%20etc , consulté le 6 juillet 2022.

FAZEL M., WHEELER J., DANESH J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365(9467), 1309-1314.

FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES. (2010). *Santé des migrants et bonnes pratiques : résultats belges du projet EUGATE*. Disponible à l'adresse : <https://www.maisonmedicale.org/Sante-des-migrants-et-bonnes.html>, consulté le 11 septembre 2021.

FIBBI R., MIDTBØEN A.H., SIMON P. (2021). Migration and Discrimination -Chapter 2 : Concepts of Discrimination. *IMISCOE Short Reader*, 13-19.

FLORES G., ABREU M., BARONE C.P., BACHUR R., LIN H. (2012). Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A Comparison of Professional Versus Ad Hoc Versus No Interpreters. *Annals of Emergency Medicine*, 60(5), 545-553

FLORES G., LAWS M.B., MAYO S.J., ZUCKERMAN B., ABREU M., MEDINA L., HARDT E.J. (2003). Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatric Encounters. *Pediatrics*, 111(1), 6-14.

FORD E., NEWMAN J., DEOSARANSINGH K. (2000). Racial and ethnic differences in the use of cardiovascular procedures: findings from the California Cooperative Cardiovascular Project. *American Journal of Public Health*, 90(7), 1128-34.

FRANKS W., GAWN N., BOWDEN G. (2007). Barriers to access to mental health services for migrant workers, refugees and asylum seekers. *Journal of Public Mental Health*, 6(1), 33-41.

GEROLIMICH S., VECCHIATO S. (2019). Littératie en santé : comment l'envisager selon une approche linguistique ? *Éla. Études de linguistique appliquée*, 195, 277-283.

GIACCO D., LAXHMAN N., PRIEBE S. (2018). Prevalence of and Risk Factors for Mental Disorders in Refugees. *Seminars in Cell & Developmental Biology*, 77, 144-152.

GROLLMAN E.A. (2014). Multiple Disadvantaged Statuses and Health: The Role of Multiple Forms of Discrimination. *Journal of Health and Social Behavior*. 55:1, 17.

HADDAD M., MENCHETTI M., WALTERS P., NORTON J., TYLEE A., MANN A. (2012). Clinicians' attitudes to depression in Europe : a pooled analysis of Depression Attitude Questionnaire findings. *Family Practice*, 29(2), 121–130.

HARDING S., SCHATTNER P., BRIJNATH B. (2015). How general practitioners manage mental illness in culturally and linguistically diverse patients : an exploratory study. *Australian Family Physician*, 44(3).

HARRIS S.M., BINDER P., SANDAL G.M. (2020). General Practitioners' Experiences of Clinical Consultations With Refugees Suffering From Mental Health Problems. *Frontiers in Psychology*, 11, 412.

HEINE A., LICATA L. (2016). Reconnaissance : entre égalité et diversité. *Les Politiques Sociales*, 2, 38-51.

HEEREN M., WITTMANN L., EHLERT U., SCHNYDERA U., MAIERD T., MÜLLERA J. (2014). Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 818-825.

HENRARD G., KETTERER F., GIET D., VANMEERBEEK M., BELCHE JL., BURET L. (2018). La littératie en santé, un levier pour des systèmes de soins plus équitables ? Des outils pour armer les professionnels et impliquer les institutions. *Santé Publique*, S1, 139-143.

HOFMAN K.M., TRAWALTER S., AXT J.R., OLIVER M.N. (2016). Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(16), 4296–4301.

HORNER RD., SALAZAR W., GEIGER HJ., BULLOCK K., CORBIE-SMITH G., CORNOG M., FLORES G. (2004). Changing Healthcare Professionals' Behaviors to Eliminate Disparities in Healthcare: What Do We Know? How Might We Proceed ? *The American Journal of Managed Care*, 10(1).

HUDELSON P., PERRON N.J., PERNEGER T. (2011). Self-assessment of intercultural communication skills : a survey of physicians and medical students in Geneva, Switzerland. *BMC Medical Education*. 11(63).

IQBAL M.P., WALPOLA R., HARRIS-ROXAS B., LI J., MEARS S., HALL J., HARRISON R. (2021). Improving primary health care quality for refugees and asylum seekers : a systematic review of interventional approaches. *Health Expectations*. 1-30.

INGLEBY D. (2009). La santé des migrants et des minorités ethniques en Europe. *Hommes & migrations*, 1282, 136-150.

INSTITUT POUR L'ÉGALITÉ DES HOMMES ET DES FEMMES (2013). *Éliminer les discriminations structurelles des personnes transgenres en Belgique*. Disponible à l'adresse : https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/advisories/texte_vision_transgenre.pdf, consulté le 19 juillet 2022.

JENSEN NK., NORREDAM M., PRIEBE S. KRASNI A. (2013). How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. *BMC Family Practice*, 14(17), 1-9.

JOHNSON R.L., ROTER D., POWE N.R., COOPER L.A. (2004). Patient Race/Ethnicity and Quality of Patient–Physician Communication during Medical Visits. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2084–2090.

JUSOT F., SILVA J., DOURGNON P., SERMET C. (2009). Inégalités de santé liées à l'immigration en France : effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? *Revue économique*, 60, 385-411.

JUSTICE (1981). *Loi tendant à réprimer certains actes inspirés par le racisme ou la xénophobie*. Disponible à l'adresse : https://www.unia.be/files/Documenten/Wetgeving/loi_contre_le_racisme_30_juillet_1981.pdf, consulté le 17 juin 2022.

KAI J., BEAVAN J., FAULL C., DODSON L., GILL P., BEIGHTON A. (2007). Professional Uncertainty and Disempowerment Responding to Ethnic Diversity in Health Care : A Qualitative Study. *Plos Medecine*, 4(11), E323.

- KAPLAN SH., GANDEK B., GREENFIELD S., ROGERS W., WARE JE. (1995). Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. Results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 33(12), 1176-1187.
- KARLSEN S., NAZROO J.Y., MCKENZIE K., BHUI K., WEICH S. (2005) Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England. *Psychological Medicine*, 35, 1795–803.
- KIRMAYER L.J. (2001). Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety Implications for Diagnostic and Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(13), 22-28.
- KIRMAYER L.J, NARASIAH L., MUNOZ M., RASHID M., RYDER A.G., GUZDER J., HASSAN G., ROUSSEAU C., POTTIE K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959–E967.
- KLEINMAN A., BENSON P. (2006). Anthropology in the Clinic : The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLOS Medicine*, 3(10), 294.
- KNIGHTS F., MUNIR S., AHMED H., HARGREAVES S. (2022). Initial health assessments for newly arrived migrants, refugees, and asylum seekers. *BMJ*, 377, e068821.
- KOHN L., CHRISTIAENS W. (2012). L'utilisation des méthodes qualitatives dans les études du KCE. *KCE REPORT*. 187B, 89pp.
- KRIEGER N. (2014). Discrimination and health inequities. *International Journal of Health Services*, 44(4), 643–710.
- LAU L.S., RODGERS G. (2021). Cultural Competence in Refugee Service Settings : A Scoping Review. *Health Equity*, 5(1), 124–134.
- LAW S.A., BRITTEN N. (1995). Factors that influence the patient centredness of a consultation. *British Journal of General Practice*, 45(399), 520–524.
- LAWS M.B., HECKSCHER R., MAYO S.J., LI W., WILSON I.B. (2004). A New Method for Evaluating the Quality of Medical Interpretation. *Medical Care*, 42(1), 71-80.

LEBANO A., HAMED S., BRADBY H., GIL-SALMERÓN A., DURÁ-FERRANDIS E., GARCÉS-FERRER J., AZZEDINE F., RIZA E., KARNAKI P., ZOTA D., LINOS A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*, 20, 1039.

LEDOUX C., PILOT E., DIAZ E., KRAFFT T. (2018). Migrants' access to healthcare services within the European Union : a content analysis of policy documents in Ireland, Portugal and Spain. *Global Health*, 14, 57.

LEE CN., KO CY. (2009). Beyond Outcomes -The Appropriateness of Surgical Care. *JAMA*, 302(14), 1580–1581.

LEEDS-HURWITZ W. (2013). *Compétences interculturelles : cadre conceptuel et opérationnel*. Disponible à l'adresse : https://didacfran.univ-rouen.fr/sites/didacfran.univ-rouen.fr/files/commun/unesco_compertence_interculturelle.pdf, consulté le 26 novembre 2021.

LEPIÈCE B., REYNAERT C., VAN MEERBEECK P., LORANT V. (2014). General practice and ethnicity: an experimental study of doctoring. *BMC Family Practice*, 15, 89.

LINDERT J., SCHOULER-OCAK M., HEINZ A., PRIEBE S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*, 23, 14–20.

MACCIONI J. (2016). Enjeux de formation à la démarche interculturelle : exemple du milieu des soins. *Les Politiques Sociales*, 2, 65-75.

MC DONALD J.T., KENNEDY S. (2004). Insights into the healthy immigrant effect: health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science and Medicine*, 59(8), 1613-1627.

MEDECINS DU MONDE. (2017-2018). *Migration et santé : déterminants sociaux et santé des migrants, conditions de vie, de migration, exposition aux violences, problématique d'accès aux soins. Enquête quali-quantitative faite au Niger, en Tunisie, au Maroc*. Disponible à l'adresse : https://medecinsdumonde.be/system/files/publications/downloads/MdM%20rapport_enquete%20Migrant_FA_JUIN_2019_DEF_LOWRES_FR.pdf, consulté le 3 septembre 2021.

MOLLAH T.N., ANTONIADES J., LAFEER F.I., BRIJNATH B. (2018). How do mental health practitioners operationalise cultural competency in everyday practice? A qualitative analysis. *BMC Health Services Research*, 18, 480.

NACU A. (2011) À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes. *Sociologie du Travail*, 53(1), 190-130.

NAZROO J.Y. (2003). The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. *American Journal of Public Health*, 93(2), 277-284.

OLIVER M.N., WELLS K.M., JOY-GABA J.A., HAWKINS C.B., NOSEK B.A. (2014). Do physicians' implicit views of African Americans affect clinical decision making ? *Journal of the American board of family medicine*, 27(2), 177-188

ORGANISATION INTERNATIONALE POUR LES MIGRATIONS. (2021). *Termes clés de la migration*. Disponible à l'adresse : <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>, consulté le 15 juillet 2022.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2017). *Santé et droits de l'homme*. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>, consulté le 7 février 2022.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2022). *Troubles mentaux*. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>, consulté le 18 juillet 2022.

OXFAM. (2021). *Comprendre les termes liés aux migrations*. Disponible à l'adresse : <https://www.oxfamfrance.org/migrations/migrants-refugies-definitions-et-enjeux/>, consulté le 15 juillet 2022.

PAPIC O., MALAK Z., ROSENBERG E. (2012). Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: attitudes, barriers, strategies, and training needs. *Patient Education and Counseling*, 86(2), 205-209.

PATERNOTTE E., SCHEELE F., SEELEMAN CM., BANK L., SCHERPBIER A., VAN DULMEN S. (2016). Intercultural doctor-patient communication in daily outpatient care : relevant communication skills. *Perspectives on Medical Education*, 5(5), 268–275.

PAUCHET M.C. (2018). Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Regards*, 53, 43-56.

PETTIGREW T.F., TROPP L.R., WAGNER U., CHRIST O. (2011). Recent advances in intergroup contact theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 35(3), 271–280.

PRIEBE S., SANDHU S., DIAS S., GADDINI A., GREACEN T., IOANNIDIS E., KLUGE U., KRASNIK A., LAMKADDEM M., LORANT V., RIERA R.P., SARVARY A., SOARES J., STANKUNAS M., STRAßMAYR C., WAHLBECK K., WELBEL M., BOGIC M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11.

PRIEBE S., MATANOV A., SCHOR R., STRABMAYR C., BARROS H., BARRY M. et al. (2012). Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries. *BMC Public Health*. 12, 248.

RIZA E., KARNAKI P., GIL-SALMERÓN A., ZOTA K., HO M., PETROPOULOU M., et al (2020). Determinants of Refugee and Migrant Health Status in 10 European Countries : The Mig-HealthCare Project. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 6353.

ROBERTSHAW L., DHESI S., JONES LL. (2017). Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ Open*. 7(8), 1-18.

ROTHLIND E., FORS U., SALMINEN H., WÄNDELL P., EKBLAD S. (2018). Circling the undefined : a grounded theory study of intercultural consultations in Swedish primary care. *PLoS One*, 13(8), e0203383.

SABIN J.A., GREENWALD A.G. (2012). The Influence of Implicit Bias on Treatment Recommendations for 4 Common Pediatric Conditions: Pain, Urinary Tract Infection, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and Asthma. *American Journal of Public Health*, 102(5), 988–995.

SABIN J.A., NOSEK B.A., GREENWALD A., RIVARA F.P. (2009). Physicians' implicit and explicit attitudes about race by MD race, ethnicity, and gender. *J. Health Care Poor Underserved*, 20, 896–913.

SAFON MO. (2018). *La santé des migrants : bibliographie thématique*. Disponible sur le site de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf>, consulté le 16 juillet 2022.

SCHULMAN K.A., BERLIN J.A., HARLESS W., KERNER J.F., SISTRUNK S., GERSH B.J., DUBÉ R., TALEGHANI C.K., BURKE J.E., WILLIAMS S., EISENBERG J.M., ESCARCE J.J. (1999). The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *The New England Journal of Medicine*, 618-626.

SEELEMAN C., SUURMOND J., STRONKS K. (2009). Cultural competence: A conceptual framework for teaching and learning. *Medical Education*, 43(3), 229-237.

SERVICE PUBLIC FÉDÉRAL. (2016). *Médiation interculturelle dans les soins de santé*. Disponible à l'adresse : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/mediation-interculturelle-dans-les-soins-de>

SHIRAZI M., PONZER S., ZARGHI N., KESHMIRI F., MOTLAGH M.K., ZAVAREH D.K., KHANKEH H.R. (2020). Inter-cultural and cross-cultural communication through physicians' lens : perceptions and experiences. *International Journal of Medical Education*, 11, 158–168.

SINNEMA H., TERLUIN B., VOLKER D., WENSING M., VAN BALKOM A. (2018). Factors contributing to the recognition of anxiety and depression in general practice. *BMC Family Practice*, 19(99), 10p.

SMEDLEY B. (2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington DC : The National Academies Press.

SPENCER K.L., GRACE M. (2016). Social Foundations of Health Care Inequality and Treatment Bias. *Annual Review of Sociology*, 42(1), 101–120.

STRAßMAYR C., MATANOV A., PRIEBE S., BARROS H., CANAVAN R., DÍAZ-OLALLA J.M., GABOR E., GADDINI A., GREACEN T., HOLCNEROVÁ P., KLUGE U., WELBEL M., NICAISE P., SCHENE A.H., SOARES J.J.F., KATSCHNIG H. (2012). Mental health care for irregular migrants in Europe: Barriers and how they are overcome. *BMC Public Health*, 12, 367.

TAYLOR SL., LURIE N. (2004). The Role of Culturally Competent Communication in Reducing Ethnic and Racial Healthcare Disparities. *The American Journal of Managed Care*, 10(1).

TEUNISSEN E., VAN BAVEL E., VAN DEN DRIESSEN MAREEUW F., MACFARLANE A., VAN WEEL-BAUMGARTEN E., VAN DEN MUIJSENBERGH M., VAN WEEL C. (2015). Mental health problems of undocumented migrants in the Netherlands : A qualitative exploration of recognition, recording, and treatment by general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33, 82-90.

UNIA. (2017). *Discrimination: quelques précisions*. Disponible à l'adresse : <https://www.unia.be/fr/criteres-de-discrimination/discrimination-quelques-precision>, consulté le 20 juin 2022.

VERREPT H. (2019). What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region ? *Health Evidence Network*, 64.

VINSONNEAU G. (2002). Le développement des notions de culture et d'identité : un itinéraire ambigu. *Carrefours de l'éducation*, 14, 2-20.

WACHTLER C., BRORSSON A., TROEIN M. (2006). Meeting and treating cultural difference in primary care : a qualitative interview study. *Family Practice*, 23(1), 111–115.

WALLACE S., NAZROO J., BÉCARES L. (2016) Cumulative effect of racial discrimination on the mental health of ethnic minorities in the United Kingdom. *American Journal of Public Health*, 106, 1294–300.

WALLONIE (2021). *Signaler une discrimination*. Disponible à l'adresse : <https://www.wallonie.be/fr/demarches/signaler-une-discrimination>, consulté le 28 octobre 2021.

WHO (2015). *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG) : Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Settings*. Disponible à l'adresse : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162960/9789241548922_eng.pdf;sequence=1, consulté le 12 septembre 2021.

IX. Annexes

Annexe 1. Guide d'entretien

Guide d'entretien – Interviews en profondeur (1h-1h30)
INTRODUCTION
Le chercheur se présente et passe en revue le consentement éclairé (dimension éthique) - L'intervieweur présente le sujet. - Demander le consentement pour l'enregistrement de cet entretien + expliquer que l'enregistrement ne sera utilisé qu'à des fins de recherche par les différents chercheurs impliqués dans le projet. - La transcription est effectuée de manière anonyme, aucun détail personnel ni aucune identité ne sont divulgués. - Assurez-vous que la personne interrogée sait qu'elle peut s'exprimer librement et qu'elle est invitée à partager ses opinions/expériences personnelles et ses idées/réflexions sur certains sujets. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Si la personne interrogée ne se sent pas à l'aise pour répondre à l'une des questions, elle ne doit pas se sentir obligée de le faire. Si la personne interrogée souhaite mettre fin à l'entretien, elle peut le faire à tout moment pendant de l'entretien. - Avant le début de l'entretien, le chercheur demande à la personne interrogée si elle a des questions ou des commentaires. X Démarrer l'enregistreur Remise en contexte du projet de recherche Le projet REMEDI est un projet de recherche de l'Université de Gand en collaboration avec l'UCLouvain sur les expériences des médecins généralistes et MG en formation, avec des patients souffrant de problèmes de santé mentale et avec des antécédents migratoires. L'objectif de la recherche est d'identifier les besoins importants dans la prise en charge de ces patients et d'élaborer des recommandations pour soutenir la médecine générale et améliorer la prise en charge des patients avec des antécédents migratoires et qui ont des problèmes de santé mentale.

SUJET

Détails pratiques : ordinateur portable, enregistreur et vignette vidéo

QUESTIONS D'INTRODUCTION

(avant de commencer, demander au médecin de se présenter. Ça te donne des informations personnelles et professionnelles au début de l'entretien)

Introduction

Avant de commencer, pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

(Garder en tête) :

- Nom ; Âge ; Genre (comment iel s'identifie)
- Années d'expérience en tant que MG (en formation → quelle année d'étude ?)
- Le cabinet actuel ou iel travaille (solo, groupe, maison médicale) et emplacement
 - [Motivation] Pourquoi avez-vous choisi de travailler dans ce type de pratique ?
 - [Expérience] Avez-vous travaillé dans un autre type de pratique ? Pourquoi avez-vous choisi de passer de la pratique X à la pratique Y ?

Motivation à participer à l'interview

Pourquoi avez-vous accepté de participer à cet entretien ?

VIGNETTE (présentation du patient)

Vous allez maintenant regarder une courte vidéo. Cette vidéo est une simulation d'une consultation entre un MG et Mohammed. Mohammed est un patient qui a fui la Syrie pour se réfugier en Belgique il y a un an. Il a demandé l'asile et attend toujours la décision concernant son statut de réfugié. Mohammed est revenu pour la deuxième fois à la consultation à cause d'un mal de tête persistant. Malgré une anamnèse, un examen physique et un scanner approfondi, aucune cause physique n'a pu être trouvée pour ses maux de tête. Mohammed n'a pas d'antécédents psychiatriques, ni d'antécédents familiaux de troubles psychiatriques. Il n'y a pas d'antécédent pour la toxicomanie. Pour l'instant, Mohammed ne prend aucun médicament, à part du paracétamol. Il ne travaille pas pour le moment.

(montrer la vidéo vignette du patient demandeur d'asile)

EXPERIENCES ET CONSTATATIONS PERSONNELLES

- (1) Que pensez-vous de cette consultation ?
- (2) En quoi la vidéo présentée fait-elle écho à votre pratique ? Pouvez-vous me donner un exemple ?

[Prompte de statut du patient, symptômes, plaintes]

- a) Dans quelle mesure êtes-vous confronté à des demandeurs d'asile dans votre pratique ? Dans quel contexte se déroulent ces consultations ?
- b) Avez-vous parfois des consultations avec des demandeurs d'asile qui présentent des symptômes ou des plaintes similaires à Mohammed ?
 - I. En quoi la situation de Mohamed est représentative de ce qui se passe dans votre pratique ?
- c) Selon vous, quels sont les éléments de la vignette avec Mohammed qui s'écartent de la réalité ?
 - I. [Relance] En quoi cela diffère-t-il de votre expérience pratique ? Pouvez-vous me donner un exemple concret ?

[Prompte de genre et ethnicité]/ Parlez-moi de la dernière consultation que vous avez eu avec un DA ?

- d) Lorsque vous avez en consultation des demandeurs d'asile qui présentent des symptômes ou des plaintes similaires, s'agit-il principalement de patients **masculins** ?
- e) Lorsque vous avez des consultations avec des demandeurs d'asile qui présentent des symptômes ou des plaintes similaires, s'agit-il de patients de la **même origine ethnique que Mohammed** ?

Expérience des barrières

- (3) Quelles difficultés rencontrez-vous lors de consultations avec un demandeur d'asile ?
- (4) [Relance] En quoi ces difficultés seront-elles différentes lorsque le patient consulte pour des plaintes psychologiques que des plaintes physiques ? des plaintes du patient ? [Prompte des exemples tirés de votre propre pratique]
 - a) [Relance] En quoi ces difficultés sont-elles différentes selon l'origine culturelle ?

Différences et similitudes dans les consultations avec d'autres patients

- (5) Parlez-moi de votre patientèle : Quels sont les différents groupes de patients que vous avez dans votre pratique ?
 - a) [Prompte - Définition des patients] Comment définiriez-vous un « patient X » ?
[« patient X » est le terme utilisé par le MG pour définir patient issu de minorité ethnique/demandeur d'asile]
- (6) Pensez-vous que ces difficultés diffèrent des consultations avec d'autres patients présentant des symptômes similaires ?
 - a) [Prompte] En quoi ces difficultés diffèrent-elles des consultations avec d'autres patients présentant des symptômes similaires ?

Influence sur la prise de décision

Diagnostic

- (7) Quand vous rencontrez des patients avec des symptômes similaires à ceux de Mohammed, quels sont les éléments que vous prenez en compte pour établir un diagnostic ? / Comment faites-vous votre diagnostic ? À quoi faites-vous attention ?
- a) [Prompte] Si deviez établir le diagnostic de Mohammed, quels sont les éléments qui vous manquent ?

Traitement

[Prompte - Prise de décision concernant le traitement]

- b) Quel traitement prescririez-vous ?
- I. Prescrieriez-vous un traitement médicamenteux, non-médicamenteux ou une combinaison des deux ? [Prompte - Motivation]
- c) Quels sont les éléments dont vous tenez compte pour choisir un traitement ?
- [Prompte - Utilisation/prescription de médecine complémentaire et alternative]
- I. Demandez-vous à vos patients s'ils ont déjà utilisé des traitements non-médicamenteux ou des options qui leur permettent d'améliorer leurs symptômes ou leur état de santé ?
- II. Comment abordez-vous la question des traitements non-médicamenteux avec vos patients ?
- III. Dans quelle mesure avez-vous déjà recommandé l'utilisation de médecine complémentaire et alternative à certains patients ? Pourquoi ?

Orientation

- d) Selon vous, en quoi le statut de demandeur d'asile ou le statut migratoire d'un patient peut-il influencer vos recommandations de traitement ? / Quels éléments contextuels prenez-vous en compte pour le traitement de ce patient ?
- e) [Relance] Comment cela va-t-il se répercuter sur le choix du traitement à prescrire ou à recommander ? [Prompte - Motivation]

[Prompte - Prise de décision concernant l'orientation]

- a) Est-ce que vous orienteriez Mohammed vers un autre professionnel ou service de la santé ?
- b) Comment orienteriez-vous un patient présentant des symptômes similaires ?
- I. Quels sont les éléments dont vous tenez compte pour orienter ce patient ?
- c) Demandez-vous à vos patients s'ils sont ouverts à l'idée de consulter un autre professionnel de la santé ou une personne de confiance ?
- d) Pensez-vous que le statut de demandeur d'asile ou le statut migratoire d'un patient influencent votre décision d'orientation ?
- e) [Relance] De quelle manière pensez-vous que cela peut influencer votre décision d'orientation ?
- [Prompte – Motivation (examen culturalisation des patients)]

- I. Pourquoi les orientez-vous vers un professionnel X/une personne X/ une organisation X ?
- II. Orienteriez-vous les demandeurs d'asile ou les patients issus de l'immigration vers des professionnels de même origine ethnique ou qui parlent la même langue ? **[Prompte – Motivation : Pourquoi ? Pourquoi pas ?]**

Barrière linguistique *(influence sur la prise de décision et sur l'adaptation de la consultation)*

- (8) Comment se déroule la consultation lorsque votre patient ne parle pas français?
 - a) Comment procédez-vous quand le patient ne parle pas le français ?
 - I. Comment agissez-vous lors de ces consultations ? Que faites-vous ? Exemples ?
 - b) Existe-t-il des services ou des outils de soutien sur lesquels vous pouvez compter dans votre pratique ? / Quelles sont les ressources sur lesquelles vous pouvez compter ?
 - I. **[Prompte - services/outils]** Pouvez-vous faire appel à un interprète professionnel ? Pouvez-vous faire appel à un médiateur interculturel ?

Barrières culturelles *(influence sur la prise de décision et sur l'adaptation de la consultation)*

- (9) Comment abordez-vous le bagage ethnoculturel de votre patient durant la consultation ?
 - a) **[Relance]** Est-ce que vous demandez systématiquement l'origine de vos patients ? Si oui, que demandez-vous ?
 - I. Comment tenez-vous compte du bagage ethnoculturel du patient lors de la consultation ? Que faites-vous ? Exemples ?
 - b) Y a-t-il des services ou des outils de soutien sur lesquels vous pouvez compter dans votre pratique ?
 - I. **[Prompte – Services/outils]** Pouvez-vous faire appel à un interprète professionnel ? Pouvez-vous faire appel à un médiateur interculturel ?

Barrière : Motivation des patients *(influence sur la prise de décision et sur l'adaptation de la consultation)*

- (10) De quelle manière tenez-vous compte de la motivation du patient dans votre prise de décision ?
 - a) Que faites-vous si vous rencontrez des difficultés avec la motivation du patient ?
 - b) Y a-t-il des services ou des outils de soutien sur lesquels vous pouvez compter dans votre pratique ?

Barrière : Compliance thérapeutique *(influence sur la prise de décision et sur l'adaptation de la consultation)*

- (11) De quelle manière remettez-vous en question la compliance thérapeutique avec un patient ?
- (12) Comment prenez-vous la compliance thérapeutique en compte en consultation ?
 - a) Que faites-vous lors d'une consultation où vous rencontrez des difficultés concernant la compliance thérapeutique ?
 - b) Y a-t-il des services ou des outils de soutien sur lesquels vous pouvez compter dans votre pratique ?

(13) Formation : Qu'est-ce qui est inclus dans le programme de formation des généralistes quant à la consultation des personnes issues de l'immigration ou des demandeurs d'asile ? [Expériences et opinions personnelles sur le programme d'enseignement actuel/suivi si MG en formation]

(14) Imaginons que vous soyez responsable du ministère de la santé, dans quels services ou outils investiriez-vous en priorité ? afin d'améliorer la prise en charge des demandeurs d'asile ou des patients issus de l'immigration en MG ? [Prompte - Investiguer les motivations]

(15) Quels sont les points forts – d'après votre expérience- de l'organisation de votre cabinet en fonction de la prise en charge des demandeurs d'asile ou des patients issus de l'immigration ?

a) Quelles sont les limites de l'organisation de votre pratique ?

Question finale

Résumer les points les plus importants abordés et vérifier si la personne interrogée souhaite ajouter ou discuter d'autres points avant de conclure l'entretien. (Décision, barrières, quelque chose qu'on aurait omis d'aborder)

Remerciements du participant (méthode boule de neige)

Données personnelles nécessaires pour le chèque-cadeau

- Nom et prénom
- Adresse (pour envoi du chèque-cadeau)
- Numéro de registre national
- Adresse email

Rien n'est fait avec ces informations, elles sont nécessaires pour des raisons administratives et de comptabilité.

Annexe 2. Protocol transcription – Jeffersonian transcript notation

<u>Symbol</u>	<u>Use</u>
[text]	Overlapping talk
(.)	Brief interval, usually between 0.08 and 0.2 seconds
(1.4)	Time (in absolute seconds) between end of a word and beginning of next
<u>Word</u>	Underlining indicates an emphasis on the speech
wo::rd	Colon indicates prolongation of a sound (One or two colons common, three or more colons only in extreme cases)
↑word	Marked shift in pitch, up (↑) (Alt+24)
↓word	Marked shift in pitch, down (↓) (Double arrows can be used with extreme pitch shifts)
WORD	Indicates words louder than surrounding speech by the same speaker
°word°	Indicates words distinctly quieter than surrounding speech by the same speaker
word-	A cut-off/ interruption
(hhh)	Audible exhalation
(.hhh)	Audible inhalation
£word£	Indicates smiley voice or laughter
(...)	Parentheses indicate uncertain word (speech which is unclear or in doubt in the transcript)
(())	Annotation or description of non-verbal activity / notes while interviewing about important context
<i>Italics</i>	In andere taal dan het Nederlands

plaatsnaam gemeente / *plaatsnaam stad* / *naam persoon*

Videovignet

Annexe 3. Arbre thématique

1. Définition du patient

- a. Définition générale
- b. Séréotypes

2. Expérience des difficultés

a. Difficultés liées à l'interaction

i. Barrières culturelles

- 1. Façon d'exprimer les symptômes physiques
- 2. Interprétation différente d'une bonne prise en charge

a. Position des médecins généralistes

- i. Absence d'antécédents médicaux
- ii. Concept d'intégration
- iii. Culpabilisation
- iv. Implication personnelle
- v. Modèle biopsychosocial

1. Biologique

- a. Participation active du patient

2. Psychologique

- a. Comprendre le cadre de référence du patient

3. Social

- a. Confiance
- b. S'intéresser à l'histoire du patient

vi. Peur d'être indélicat

vii. Prise en charge des troubles de santé mentale

viii. Responsabilisation des patients

b. Position des patients selon le médecin généraliste

i. Attentes envers le médecin généraliste

- 1. Fournir les papiers
- 2. Personne de confiance
- 3. Toute puissance de la médecine

ii. Discrimination ressentie

iii. Non-respect des heures de rendez-vous

- iv. Plusieurs patients en un rendez-vous
 - v. Préférences des patients pour certains professionnels de santé
 - 1. Genre
 - 2. Langue
 - 3. Origine
 - vi. Rapport au médicament
 - vii. Représentation des problèmes de santé mentale
 - 1. Réticence ou refus d'être référé vers un psychologue
 - 2. Somatisation
 - 3. Demandeurs d'examen
 - viii. Silencieux concernant leur vécu
 - ix. Survalorisation des symptômes
- ii. Barrières linguistiques
 - 1. Traducteurs-interprètes
 - 2. Médiateurs interculturels
 - 3. Autres alternatives
 - 4. Vérifier la compréhension du patient
- b. Difficultés liées aux médecins généralistes
 - i. Manque de temps
 - ii. Priorités des médecins généralistes
 - iii. Ressenti du médecin généraliste sur ses compétences
 - iv. Surcharge administrative
- c. Difficultés liées aux patients
 - i. Barrières financières
 - ii. Faible littératie en santé
 - iii. Communautarisme
 - iv. Histoire du patient
 - v. Réseau social
- d. Difficultés structurelles
 - i. Obstacles à l'accessibilité aux soins
 - 1. Obstacles administratifs
 - 2. Transport en commun

- ii. Indisponibilité des professionnels de la santé mentale
 - 3. Alternatives
 - 4. Réserve à référer
- iii. Avenir incertain des réfugiés

3. Recommandations

- a. Accélération des procédures d’asile
 - i. Accès au travail
- b. Allègement de la charge administrative
- c. Amélioration des services de traduction
- d. Echange avec les collègues
- e. Formations
 - i. Communication
 - ii. Cultures
 - iii. Littératie en santé
 - iv. Procédures
 - v. Santé mentale
- f. Mieux informer les patients
 - i. AMU
 - ii. Traducteurs/interprètes
- g. Multiculturalité des travailleurs
- h. Outils
 - i. Arbre décisionnel
 - ii. Echelle de dépression traduite
 - iii. Fiche récapitulative par pays
 - iv. Fiche reprenant les associations par quartier et leurs ressources
- i. Plus d’assistants sociaux
- j. Prévention des maladies contagieuses
- k. Quota de patients migrants par médecin généraliste
- l. Référent
- m. Services de santé mentale plus intégrés et plus nombreux

