

Mémoire de Maîtrise en médecine
N° 831/832

**PROBLEMATIQUE DE LA CULTURE EN MEDECINE DE
FAMILLE, UNE APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT**



Auteurs

Cyril Chams
Quentin Guélat

Tuteur

Prof. Ilario Rossi
Faculté des Sciences Sociales et Politiques de l'Université de Lausanne

Co-tuteur

Dr Lilli Herzig
Institut Universitaire de Médecine Générale.

Expert

Prof. Thomas Bischoff
Institut Universitaire de Médecine Générale

Université de Lausanne
Janvier 2013

REMERCIEMENTS

*Nous souhaitons adresser nos remerciements
les plus sincères aux personnes qui ont
contribué à l'élaboration de notre mémoire.*

*Nous tenons à remercier sincèrement le
Prof. Ilario Rossi et la Dresse Lili Herzig qui,
en tant que tuteurs, se sont toujours montrés à
l'écoute et disponibles lors de la réalisation de
ce mémoire, ainsi que pour l'inspiration, l'aide
et le temps qu'ils ont bien voulu consacrer.*

*Au Prof. Thomas Bishoff, pour son expertise et
sa disponibilité malgré ses charges
académiques et professionnelles.*

*Nos remerciements s'adressent aussi à tous les
praticiens interviewés sans qui la réalisation
de ce travail n'aurait pas été possible.*

*Nous remercions également le Dr. Daniel
Widmer pour ses conseils dans l'élaboration
de nos entretiens ainsi que Mlle Valérie Clerc
pour son aide indispensable dans ce travail.*

*Nous exprimons également notre gratitude à
Mlle Isabelle Paccaud et M. Jacques Guélat
pour leur aide précieuse.*

Merci!

ABSTRACT

Titre : The culture problem in family medicine, a patient-centered approach

Cyril Chams, Quentin Guélat

Problématique : En réaction à l'émergence de société plurielle, la communauté médicale a mis en place des outils de prise en charge de l'altérité. Cependant, la culture, issue notamment des origines, des croyances et des expériences est unique à chaque patient et lui sert à appréhender la maladie. Ce pourquoi, les outils de prise en compte de la culture, et de valorisation du patient, peuvent être potentiellement étendus à tous.

Objectifs : Déterminer la place de la culture en médecine de famille, les enjeux qui en dépendent et la pertinence de l'utilisation des compétences transculturelles avec tous les patients. Perfectionner ces compétences dans le but de créer un modèle bio-psycho-socio-culturel améliorant la communication et la compréhension entre patients et thérapeutes.

Méthodologie : Réalisation d'une revue de la littérature en déterminant comment la culture est intégrée à la médecine sous forme de savoir théorique. Réalisation d'une recherche qualitative de type exploratoire sur la base d'entretiens enregistrés auprès de 7 médecins de famille romands, pour montrer comment la notion de culture est intégrée en pratique. Comparaison entre médecine transculturelle et approche pratique de terrain.

Résultats : La culture influe sur toutes les étapes de la consultation. La pratique des médecins est influencée par leur conception de la culture. La construction commune d'une représentation de la maladie, basée sur les conceptions du patient, améliore la collaboration thérapeutique. Les compétences cliniques transculturelles actuelles semblent être applicables à tous, mais nécessitent un léger développement en intégrant l'expérience pratique quotidienne de la médecine de famille.

Conclusion : L'utilisation des compétences cliniques transculturelles (savoir, savoir-faire, savoir-être) avec tous les patients est réalisable et peut être affinée d'une quatrième compétence le savoir-percevoir : capacité d'être alerte et réceptif à toute subtilité culturelle qui ressurgit de l'interaction.

Mots-clés : Culture ; médecine de famille ; compétences cliniques transculturelles ; savoir-percevoir ; modèle bio-psycho-socio-culturel.

Janvier 2013

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	II
ABSTRACT	III
TABLE DES MATIERES.....	IV
LA CULTURE, DEFINITIONS	1
MEDECINE ET CULTURE, CONCEPTS ET THEORIE	2
INTRODUCTION.....	2
<i>Contexte</i>	2
<i>Le métier de médecin de famille</i>	3
<i>Motivations</i>	4
MODELES DE COMPREHENSION, LE SAVOIR THEORIQUE	5
<i>Ethnopsychiatrie</i>	5
<i>Modèles explicatifs</i>	6
<i>Modèle biopsychosocial</i>	7
<i>Médecine transculturelle et compétences cliniques transculturelles (CCT)</i>	8
<i>Application pratique, un défi lacunaire</i>	11
<i>Interprétariat professionnel</i>	14
CULTURE ET RELATION THERAPEUTIQUE VISION THEORIQUE	14
METHODOLOGIE	16
METHODE	16
LISTE DES MEDECINS	17
LIMITES.....	18
AVERTISSEMENT CITATIONS	18
CULTURE ET CLINIQUE	19
PRISE DE CONTACT	19
<i>La rencontre, une image culturelle préconstruite</i>	19
<i>La rencontre, l'enjeu du temps</i>	21
ANAMNESE	22
<i>Communication</i>	22
<i>La pathologie</i>	24
<i>Le patient</i>	26
<i>Le rôle du médecin</i>	27
<i>Techniques</i>	29
STATUS.....	30
<i>Le rapport au corps</i>	30
DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE	31
CULTURE ET MEDECINE	36
UN MONDE PLURIEL.....	36
SAVOIR	37
SAVOIR-FAIRE	39
SAVOIR-ETRE	41
FORMATION	43
<i>Pré-grade</i>	43
<i>Post-grade</i>	44
<i>Moyens actuels et propositions</i>	45
CULTURE, L'APPROCHE PAR LA DEFINITION	47
CONCLUSION, LE SAVOIR-PERCEVOIR	51
BIBLIOGRAPHIE	53
ANNEXE	55

LA CULTURE, DEFINITIONS

« Ce que les gens doivent apprendre par opposition à l'héritage biologique. Composée des connaissances, valeurs, croyances et règles de vie commune au sein d'une communauté »
Hudelson P.

« Ensemble de savoirs et de pratiques qui s'acquièrent et se transmettent socialement au sein d'un groupe donné. Indiquent de quelle façon voir le monde, l'expérimenter émotionnellement et s'y comporter. Permettent aux membres du groupe social de communiquer, travailler et vivre ensemble ».
Dominice Dao M.

« La culture apparaît donc comme l'univers mental, moral et symbolique, commun à une pluralité de personnes, grâce auquel et à travers lequel ces personnes peuvent communiquer entre elles, se reconnaissent des liens, des attaches, des intérêts communs, des divergences et des oppositions, se sentent enfin, chacun individuellement et tous collectivement, membres d'une même entité qui les dépasse et qu'on appelle un groupe, une association, une collectivité, une société. »
Rocher G.

MEDECINE ET CULTURE, CONCEPTS ET THEORIE

INTRODUCTION

Contexte

A l'heure de la mondialisation, de l'augmentation des flux migratoires, de l'amélioration des moyens de communication, d'un métissage des populations, la problématique culturelle est toujours plus présente, notamment dans le milieu médical. En 2010, le nombre de migrants à travers le monde a été estimé à 214 millions de personnes [1].

Pour la Suisse, en 2007, la population étrangère (personnes de nationalité autre que suisse à la naissance), représente 21.2% de la population totale. La Suisse est ainsi un des pays d'Europe comportant la plus grande proportion d'étrangers [2].

Plusieurs problématiques découlent de cette émergence de société plurielle, notamment dans le domaine de la santé. Ainsi, elle représente actuellement un défi pour la santé publique, attesté par différents travaux, comme ceux de Raymond Massé [3]. Au cœur de ces enjeux, la gestion des patients issus de divers horizons culturels lors des consultations médicales en est un défi majeur. C'est pour cette raison que nous avons choisi d'étudier cette problématique dans notre travail.

De nombreuses recherches anthropologiques et médicales se sont intéressées aux implications de la diversité culturelle dans le cadre des soins [4]. Il apparaît aujourd'hui, selon ces études, que la dimension culturelle devrait faire partie intégrante de l'interaction médicale, car elle intervient tout au long du vécu de la maladie et influence notamment [5] :

- Le seuil de tolérance à divers symptômes avant d'aller consulter
- Le choix de la personne à consulter
- La perception subjective des symptômes et la façon d'y réagir
- La formulation de la plainte et sa présentation (sa légitimité)
- La communication verbale et non-verbale
- La compréhension des causes de la maladie
- La perception de la gravité et du pronostic
- Les attitudes et attentes envers les soignants
- Les croyances quant au traitement nécessaire
- La durée souhaitable de la prise en charge

En somme, la culture d'une personne lui donne un cadre de références fournissant un modèle d'interprétation et comportemental individuel pour vivre « l'événement maladie ».

Le questionnement culturel semble évidemment concerner d'abord les populations migrantes de part l'évidence des implications et difficultés possibles. Cependant, toute personne, patient comme médecin, qu'elle soit immigrée ou native suisse, va construire au cours de son existence, un système de valeur, de compréhension et de représentations qui lui est propre. Basé sur ses origines, ses croyances et ses expériences, ce système de valeurs lui sert à appréhender l'existence et les différents événements qu'elle sera amenée à vivre. De ce fait, l'identité culturelle de tout patient en médecine de premier recours est unique tout comme celle du praticien.

En effet, considérer la dimension culturelle du patient exige que le thérapeute adapte sa prise en charge aux spécificités du patient et le considère dans sa singularité et son intégralité. Rappelons que la médecine scientifique se base sur le postulat de l'universalité biologique, à savoir que chaque être humain peut être traité de manière similaire et reproductible. Dans ce contexte, ne pourrait-on pas envisager la culture en médecine comme une manière de conjuguer les aspects biologiques universels à la particularité de chacun? La culture

deviendrait ainsi un élément clé de la conciliation entre projet thérapeutique et trajet biographique.

Par ailleurs, la remise en question de l'universalité en médecine et indirectement la critique du modèle biomédical n'est pas un débat propre à la problématique culturelle. Ces discussions nous les retrouvons au travers des modèles émergents de valorisation du patient (décrits ci-dessous), nés de la volonté de donner une importance et une attention majeure à une approche de la personne dans sa globalité.

Partant de ces constats, nous avons choisi comme champ d'étude la médecine de famille, car comme nous allons le voir, elle est au centre des enjeux de santé actuels, elle est restée proche de l'être humain et que l'étude de cette thématique dans ce domaine reste lacunaire.

Le métier de médecin de famille

Dans un contexte de crise de la santé en Suisse, traduit partiellement par l'augmentation des coûts de la santé et la pénurie de médecins de famille, il est devenu nécessaire de trouver des solutions pour l'avenir. Bien que les décisions politiques pour pallier à cette problématique ne semblent mener à aucune solution probante pour le moment, nous constatons tout de même avec T. Bischoff une tendance générale à revaloriser le métier de médecin de famille : « Avec l'explosion des coûts de la santé et l'apparition des limites de la technologie dans les soins, nous assistons actuellement à un regain d'intérêt pour le généralisme de la part de la population, des politiciens, des assurances, des économistes et heureusement aussi des médecins eux-mêmes. Ceci s'explique par le fait que la médecine de famille a non seulement prouvé son efficacité et son économicité, mais aussi parce qu'elle est restée très proche de l'humain. La création récente d'instances facultaires de médecine de famille au sein des cinq Universités suisses a permis de redonner à la médecine de famille la reconnaissance académique qui lui avait été retirée depuis plus de cent ans. » [6]. Nous réalisons donc que ce domaine médical est au centre des questionnements actuels concernant la crise, et que son développement pourrait y apporter de nombreuses solutions. C'est dans cette optique que s'inscrit ce travail.

Ce bref rappel fait, il est indispensable de décrire notre portrait du rôle du médecin de famille. La définition de J-M Gaspoz s'y accorde : « Il serait appauvrissant de réduire le rôle du médecin de premier recours à celui de gate-keeper se limitant à du tri. Son champ est et se devra d'être beaucoup plus vaste ; s'il est souvent le premier contact avec le système de soins, il prend en compte tous les problèmes de santé et développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires ; il construit dans la durée une relation basée sur une communication appropriée ; il gère simultanément les problèmes de soins aigus et chroniques, intervient à un stade précoce et indifférencié des maladies et favorise la promotion de la santé et l'éducation. » [7]. Le médecin de famille est présenté dans cet article comme un soutien et un accompagnant. De par sa présence sur le long terme et son rôle de coordinateur entre les spécialités, il est effectivement le médecin le plus proche du patient. Cela nécessite une relation de confiance basée sur la complète connaissance du patient. De par cette exigence de perception de son patient, il est donc de ce fait probablement le plus concerné par la dimension culturelle. Nous avons cherché une définition reconnue par la médecine générale pour appuyer ces dires. En effet, dans la définition reconnue du médecin de famille donnée par la WONCA (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) de 2002, nous pouvons lire la chose suivante concernant la discipline: « Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions

physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.» [8]. Tenir compte de la dimension culturelle dans le cadre du soin semble donc bien entrer dans le champ des affectations du médecin de famille.

Malgré les recherches actuelles concernant la santé des migrants et la pratique transculturelle au cabinet du médecin de famille, peu d'investigations sont actuellement menées quant à la notion de culture dans la pratique de la médecine générale extra-hospitalière en Suisse. Notre travail s'inscrit donc dans une volonté d'ouvrir une nouvelle piste dans ce domaine.

Motivations

Traiter de la problématique de la culture au sein de la consultation de premier recours, semble être une chose à la fois inévitable et insuffisante. Inévitable, car il nous semble impossible de prendre correctement une personne en charge sans tenir compte des problématiques de communication, de compréhension, de valeurs propres à la sphère culturelle. Nous pensons que cette prise en compte est capitale pour accompagner le patient et créer une alliance thérapeutique, étape essentielle à la médecine de famille. Insuffisante, car la culture à elle seule, ne permet pas de justifier entièrement les comportements en terme de santé d'un individu. La culture, loin d'être une forme de ressource figée, devrait plutôt être perçue ici comme une ressource en perpétuelle évolution avec laquelle le patient peut faire face à un événement de santé.

En tant qu'étudiants en médecine et futurs praticiens, l'intérêt de ce projet est, notamment, de s'ouvrir à d'autres manières de pratiquer et percevoir la médecine scientifique dans le contexte actuel qui est le nôtre, où le statut du patient, du médecin et les pratiques de soins ne cessent de se diversifier. Il s'agit également d'acquérir ce que l'on peut appeler des « compétences culturelles » (définies plus loin) qui nous permettront de développer une sensibilité face aux problématiques culturelles et d'en saisir les processus.

Dans ce travail, nous allons tout d'abord déterminer de quelle manière la culture est intégrée à la médecine sous forme de savoir théorique. Puis, nous allons tenter de déterminer de quelle manière ce savoir appartient au médecin de famille. Le but de notre démarche est de comprendre la manière avec laquelle les médecins de famille abordent la dimension culturelle avec leurs patients. L'objectif est ici de tirer de leurs expériences des pistes de réflexion afin d'un peu plus sensibiliser le milieu médical à la question culturelle. Ces pistes de réflexion devraient améliorer -du moins nous l'espérons- la prise en charge des patients en perfectionnant la communication et les compréhensions réciproques dans un esprit de partenariat. En effet, nous pensons que l'efficacité du soin est améliorée si un patient se sent compris et respecté dans ses croyances et saisit lui-même les enjeux de la thérapeutique.

MODELES DE COMPREHENSION, LE SAVOIR THEORIQUE

Afin de mieux comprendre et mettre en évidence l'importance de la culture au sein de la consultation de premier recours, un certain nombre de modèles explicatifs sont apparus. Basés notamment sur la recherche et l'anthropologie médicale, ces différents modèles tentent de décrire, au mieux, la place de la culture et des représentations du patient dans la construction d'une réalité propre de la santé et de la maladie. Plusieurs ébauches coexistent, dont certaines ayant une place plus reconnue que d'autres. Ce sont les plus proches de la clinique que nous mettons en évidence et tentons de résumer au mieux. Bien que leurs fondements ne soient pas tout à fait les mêmes, ils s'inscrivent dans un continuum partant d'une intégration progressive des multiples dimensions du patient à la vision biomédicale pure. Ainsi, ils tentent d'explicitier le fonctionnement personnel, social, relationnel d'un patient donné autour de sa maladie et du système de soin, et permettent de comprendre comment au sein de la relation médecin-patient, la réalité clinique est créée à partir d'une rencontre entre deux visions culturelles.

Avant de commencer, il est important de mentionner que les modèles tenant compte de l'anthropologie médicale apportent une vision nouvelle à la clinique, mais ne remplacent en aucun cas le modèle biomédical. Ils y apportent un complément. Ce modèle biomédical, base de la culture médicale occidentale, présente en effet une efficacité globale non contestée, mais néglige une réalité faite d'une multitude de facteurs tels que les dimensions économiques, sociales et culturelles.

Nous avons choisi d'évoquer ici, de manière chronologique, quatre modèles qui nous semblent être incontournables pour approcher la culture dans la consultation médicale: l'ethnopsychiatrie, le modèle explicatif, le modèle bio-psycho-social et la médecine transculturelle.

Traiter de la notion de culture en médecine nécessite un bref rappel historique sur les origines et les premières recherches portées sur la culture. Avant cela, il nous semble intéressant de rappeler ici que la médecine occidentale, elle-même, n'est autre que l'aboutissement de la réponse de la culture occidentale scientifique à la maladie et à la souffrance. La thématique de la culture en médecine est donc à la fois une thématique récente et touche les origines mêmes de notre médecine.

Ethnopsychiatrie

C'est au début du XX^{ème} siècle, avec les premiers travaux d'ethnopsychiatrie, que le monde scientifique a commencé à s'intéresser à la notion de culture et à son rôle central dans la réaction de l'homme face à la santé ou à la maladie. Avant cela, les récits ethnocentriques des explorateurs européens n'attachaient guère d'importance à l'analyse et à la compréhension des peuples qualifiés de sauvages car non modernisés. Née sous la plume de l'ethnologue G. Devereux (1908-1985) et repris par les travaux de Tobie Nathan, l'ethnopsychiatrie consiste en la maîtrise des deux discours complémentaires à savoir le système explicatif psychologique et le système explicatif anthropologique et au passage de l'un à l'autre lorsque cela devient nécessaire. Ce courant psychiatrique a toujours été lié à la recherche de solutions médicales face à la différence culturelle. En effet, l'intérêt pour la thématique de la culture s'est d'abord porté sur le champ de la psychiatrie plus qu'en médecine somatique. Tout d'abord, car l'investigation de la souffrance en psychiatrie s'effectue par l'exploration du récit du patient, directement influencé par les conceptions de celui-ci et deuxièmement, car les divergences de manifestations de la maladie mentale sont culturellement très marquées. Nous citerons ici

pour exemple la variabilité de manifestation de la dépression entre patients issus d'Europe, d'Afrique, ou d'Amérique [9].

Comme le dit J-B Pocreau, « L'ethnopsychiatrie, en tant que psychothérapie est nécessairement multiple, changeante, porteuse de nuances et différences car son exercice s'appuie sur la dynamique du métissage: métissage des univers logiques, du cadre, des manières de penser le sens et le traitement des désordres. » [10]. C'est par l'approche anthropologique que ce courant se démarque de la psychiatrie classique. Il est question ici d'investiguer les croyances et les représentations du patient pour créer une histoire et un cheminement thérapeutique faisant sens pour ce dernier. Il est donc pleinement question de culture en ce qu'elle a de générateur de croyances et de représentations.

La consultation d'ethnopsychiatrie s'effectue en groupe, le groupe comprenant médecins psychiatres, psychologues, médiateur culturel, anthropologues, médecins, étudiants, et, bien sûr, le patient et sa famille. La présence de l'entourage est souhaitée, et ce, peu importe le symptôme ou l'âge du patient. Cette approche multi-centrique élargit le champ d'interprétation dans le but de cerner le patient dans son intégralité. L'ethnopsychiatrie se base sur une approche multidisciplinaire qui peut être utilisée dans la pratique médicale comme par exemple l'utilisation d'interprète ou le recours à la dimension anthropologique. Le thérapeute sort de son rôle directif et ouvre ainsi les portes à un partenariat.

Le développement de l'ethnopsychiatrie représente un moment charnière de la considération de la culture dans le milieu médical car elle « est à l'origine de la prise de conscience des problématiques liant migrations et santé » [11].

Modèles explicatifs

En parallèle des travaux d'intégration de la culture à la pratique clinique de l'ethnopsychiatrie, nous assistons à une complète redéfinition de la maladie. Grâce au développement de l'anthropologie médicale et l'édition de nouvelles théories, le monde médical ne se limite plus à la sphère biologique, mais reconnaît progressivement les dimensions humaines de la maladie. C'est ce que nous pouvons qualifier de développement des modèles explicatifs. Afin de mieux comprendre ces derniers, il est d'abord utile de comprendre les distinctions apportées par l'anthropologie médicale anglaise à l'aide de trois définitions: « *disease* », « *illness* » et « *sickness* ».

Pour commencer, il est important de mentionner que les concepts « *disease* » et « *illness* » doivent être considérés non pas comme des entités en soi, mais comme des parties d'un tout : « *sickness* » (représentation globale de la maladie) [12]. Selon Arthur Kleinman, le concept « *disease* » représente la dysfonction d'un processus biologique ou physiopathologique chez un individu. Ainsi, il équivaut au modèle biomédical de la maladie. En regard, le concept « *illness* », lui représente la réaction personnelle, interpersonnelle ou culturelle à la maladie. Ce dernier est défini par des facteurs comme « la perception, l'étiquetage, l'explication, et l'évaluation de l'expérience inconfortable, enlisé dans un cadre social, familial et culturel » [12]. Nous voyons ici que ces deux concepts ne sont pas exclusifs, mais, bien au contraire, complémentaires. La maladie est donc définie selon un code explicatif et nominatif en fonction de la société et du système de signification dans laquelle le patient évolue. Tout ceci influence la perception et le vécu des symptômes, l'étiquetage du patient et la valeur attribuée qui en découle. De ce fait, la façon de communiquer notre problème de santé, de présenter nos symptômes, quand et chez qui aller se faire soigner et comment évaluer un soin est modulé

par nos croyances culturelles. En définitive, comme le souligne Patricia Hudelson [13], « la culture enseigne comment être malade ».

Cette distinction de vocabulaire nous permet d'approcher le décalage possible entre le médecin et le patient. Le clinicien diagnostique et traite la maladie biologique, alors que le patient souffre globalement de la maladie. Ainsi, par incompréhension ou désaccord, le patient peut manquer d'observance et se sentir incompris, ce qui remet en question toute l'efficacité de la thérapeutique mise en place. C'est sur ce constat que nous pouvons comprendre l'essor des médecines complémentaires. La focalisation de ces dernières sur une meilleure explication de la maladie, ou du moins plus proche du patient, va permettre à celui-ci de s'y reconnaître. Ceci nous mène à l'idée des modèles explicatifs.

Dans le prolongement des concepts présentés ci-dessus de critique de la rationalité du modèle biomédical, émerge la théorie des modèles explicatifs. Toujours basée sur les idées de l'anthropologue Arthur Kleinman, cette façon de comprendre la dynamique du patient part du principe qu'à chaque maladie donnée, le patient va créer son propre modèle explicatif basé sur ses expériences sociales et personnelles [13]. Dans la mesure du possible, il a comme but de répondre aux questions suivantes : quelles sont les causes, la signification, l'évolution, les mécanismes, le diagnostic, les traitements et conséquences de la maladie? Ainsi le patient se présente à la consultation ayant déjà mis en place son propre modèle explicatif. La réalité du patient et celle du praticien concernant l'événement maladie, peuvent considérablement différer, de part leur parcours, leurs cultures potentiellement différentes et une compréhension distincte de l'interprétation médicale scientifique. Dès lors, il nous semble important, dans un souci d'accompagnement adéquat, de construire un espace compréhensif commun entre les réalités du médecin et celles du patient, espace à renouveler régulièrement. En effet, ces modèles ne sont pas figés. De par leurs fondements, ils évoluent dans le temps au fil de l'expérience et des changements propres au patient. Ces idées sont par ailleurs reprises par J. Launer dans ce que l'on peut qualifier de modèle narratif.

Modèle biopsychosocial

Dans le même ordre d'idée, nous avons cherché parmi les théories de prise en compte de la globalité du patient, un modèle qui nous permette d'avoir accès à la culture. Nous avons donc repris la définition de la WONCA de la médecine de famille pour y trouver une proposition : La médecine de famille y est définie par six compétences fondamentales, à savoir: « la gestion des soins de santé primaire, les soins centrés sur la personne, l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes, l'approche globale, l'orientation communautaire et l'adoption d'un modèle holistique » [14]. C'est donc un « modèle holistique » qui est proposé. Plus précisément, la WONCA propose le recours au modèle biopsychosocial qui prend en considération les dimensions culturelles et existentielles. C'est dans cet ordre d'idée que nous nous sommes intéressés à l'approche biopsychosociale.

En 1977 George I. Engel propose dans un article intitulé « *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine* » [15], un nouveau modèle de prise en charge. Dans cet article, Engel souligne la profonde crise que traverse le milieu médical et particulièrement le milieu de la psychiatrie.

En effet, depuis la fin des années 1950, plusieurs mouvements s'élèvent à l'encontre du monde psychiatrique et notamment un célèbre courant d' « anti-psychiatrie ». La contestation est radicale: « L'existence même de la notion de "maladie mentale" était récusée: le malade mental n'était que le produit des valeurs assignées à la déviance par une société hiérarchisée,

dans laquelle le psychiatre jouait un rôle clé de surveillance et de répression » [16]. Il est donc ici question de la remise en question du statut du médecin et du modèle biomédical. Car selon cette critique, celui-ci véhicule une conception et une approche trop réductrice du patient.

Le nouveau modèle proposé par Engel consiste en « une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participants simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie. » [17]. Ce modèle peut être considéré comme une évolution du modèle biomédical où chacun de ces trois facteurs auraient le même poids et devraient être intégré en permanence lors de la consultation. En pratique, ce modèle préconise une investigation anamnétique active de la sphère sociale et psychologique du patient et son intégration dans le projet de soin. C'est dans cette approche plus systémique du patient que réside le changement.

Plus spécifiquement à la clinique, ce modèle a donc pour but un élargissement des perspectives et favorise notamment une participation plus active du patient. Il permet de mieux comprendre l'aspect multidimensionnel d'une problématique de santé, tout en attestant de sa singularité.

Comme mentionné ci-dessus, le modèle biopsychosocial permet une prise en charge médicale centrée sur le patient. Cependant, cette méthode n'offre pas réellement d'aide au clinicien pour prendre plus spécifiquement la culture en compte, mais rend le praticien attentif à la nécessité d'aborder le patient d'un point de vue global, lui permettant d'être sensible à la dimension culturelle. Cependant, dans sa pratique quotidienne, pour tenir plus activement compte de la culture, le clinicien va avoir besoin d'un arsenal plus spécifique (attitudes, connaissances et méthodes) [14].

Médecine transculturelle et compétences cliniques transculturelles (CCT)

Le dernier modèle que nous allons présenter, à savoir *la médecine et les compétences transculturelles*, représente, selon nous, l'aboutissement théorico-pratique des modèles de valorisation du patient appliqué à la thématique culturelle. Ainsi ce modèle peut être envisagé comme la synthèse des modèles présentés précédemment.

Le développement de l'anthropologie de la santé « définie comme une sous-discipline de l'anthropologie consacrée à l'analyse des façons dont les gens, dans divers cultures et dans divers sous-groupes sociaux à l'intérieur de chaque cultures, reconnaissent et définissent leurs problèmes de santé, traitent leurs malades et protègent leur santé » [3], va permettre de produire une littérature importante sur le rôle central de la thématique culturelle dans le milieu du soin et ainsi considérablement participer au développement de la médecine transculturelle et aux compétences du même nom.

La médecine transculturelle représente certainement le concept le plus clair et abouti en matière de prise en compte de la culture dans la consultation. Il est le résumé des dernières recherches et symbolise tout le mouvement qui s'intéresse à l'amélioration de la communication.

Au vu de la disparité en termes de qualité de soin entre patients étrangers, migrants et la population suisse, une partie du corps médical tente d'intégrer cette problématique grandissante à la prise en charge. En effet, de nombreuses barrières ont été objectivées quant à l'accès aux soins de ces populations.

Tableau 4. Différences entre migrants et Suisses en termes de santé [13].**Dépistage, prévention et vaccination**

- Les migrants se soumettent moins que les Suisses à des examens de dépistage, notamment des cancers (utérus, sein, prostate).
- Les femmes migrantes reçoivent moins de conseils que les Suissesses sur l'autopalpation des seins.
- Les tamouls et les patients originaires de Turquie et d'ex-Yougoslavie font moins de tests de dépistage pour le VIH que les Suisses.
- La population adulte migrante est moins bien vaccinée que la population suisse mais les enfants de migrants ont une meilleure couverture vaccinale que les Suisses.
- Les enfants de migrants souffrent nettement plus souvent de caries du biberon que les enfants suisses.

Maladie infectieuses

- Les étrangers souffrent plus que les Suisses de maladies infectieuses (hépatites, infections sexuellement transmissibles, paludisme, infections parasitaires, tuberculose et VIH/SIDA).
- Les migrants meurent plus de causes infectieuses que les Suisses mais moins de maladies cardiovasculaires.
- Les patients d'origine subsaharienne sont plus souvent porteurs du VIH que les Suisses.
- Les parents suisses se présentant dans un service d'urgence pédiatrique pour un problème infectieux ont nettement plus souvent mesuré la température de leur enfant que les parents étrangers.

Problématiques psychosomatiques

- Les étrangers présentent plus de douleurs dorsales, de dépression et de crises émotionnelles au moment de la retraite que les Suisses.

Grossesse et interruption de grossesse

- Les femmes migrantes ont un taux de mortalité plus élevé que les Suissesses durant la grossesse et l'accouchement.
- Le taux de grossesse est nettement plus important chez les femmes de moins de 20 ans originaires de Turquie, de Serbie et Monténégro, d'Afrique et d'Amérique latine que chez les Suissesses de la même tranche d'âge.
- Les femmes migrantes ont trois fois plus recours à l'interruption de grossesse que les Suissesses et elles prennent moins souvent la pilule.
- Les femmes originaires de Somalie, Erythrée et Ethiopie font partie du groupe à haut risque de mutilations génitales féminines (femmes excisées ou fillettes menacées de l'être).

Oncologie

- La mortalité due au cancer de l'estomac est plus élevée de 50% chez les migrants.
- Les personnes originaires d'Asie du Sud-Est souffrent plus souvent de cancer oropharyngés que les Suisses.

[2]

La médecine transculturelle s'est développée dans le souci de réduire les disparités décrites. Elle tente donc d'apporter une réponse à la réalité clinique, par une vision élargie et des compétences propres. Comme l'ont redéfini Fabrice Althaus et Patrick Bodemann [11,18], « les compétences cliniques transculturelles peuvent être définies comme un ensemble d'attitudes, de connaissances et d'un savoir-faire qui permettent au médecin mais aussi à tout professionnel en contact avec des patients, de prodiguer des soins et une attention de qualité à des patients d'origines diverses. ». Ainsi, « les professionnels disposant de compétences cliniques transculturelles ont la capacité d'intégrer leurs influences et préjugés propres, savent percevoir la perspective d'autrui et évitent la culturalisation et les stéréotypes. »

Nous remarquons ici une grande innovation par rapport aux conceptions préalables, en incorporant la dimension du médecin. En effet, il n'était question jusqu'à présent que du patient et de sa culture, alors que le médecin est, bien évidemment, lui aussi un être culturel. Bien que sa réalité de la problématique de santé se construise sur la base de la culture médicale, la relation avec son patient, comme sa vision de celui-ci, est influencée par son propre système de représentations. Il semble donc primordial que le praticien commence par effectuer un travail d'introspection et de décentrement par rapport à ses référentiels, pour déceler ses fonctionnements afin de pouvoir mieux accéder au patient dans un esprit ouvert et neutre.

Les compétences cliniques transculturelles s'articulent autour de trois axes :

1. Le savoir-être
2. Le savoir
3. Le savoir-faire

Un exemple de ce que peuvent comporter ces trois axes est illustré par le tableau suivant.

Tableau 2. Exemples des savoir-être, savoirs et savoir-faire à acquérir lors d'un enseignement des compétences cliniques transculturelles [8].

Savoir-être
Acceptation de la responsabilité du clinicien à identifier et prendre en compte les aspects sociaux et culturels de la prise en charge
Savoirs
Connaissance de l'influence des facteurs socioculturels sur les croyances et comportements en matière de santé
Connaissance des barrières sociales, économiques et culturelles à l'accès aux soins, à l'adhérence thérapeutique
Connaissance des sources fréquentes de malentendus entre patient et clinicien
Reconnaissance de ses propres biais et préjugés à propos des patients et leur impact sur les soins
Connaissances spécifiques dans le domaine de la migration (démographie, épidémiologie, lois, types de permis, ressources disponibles pour les patients migrants, etc.)
Savoir-faire
Capacité à travailler efficacement avec un interprète
Capacité à identifier et explorer les facteurs socioculturels qui pourraient influencer la prise en charge du patient
Capacité à proposer un plan de traitement qui prend en compte le contexte socio-culturel du patient et capacité à négocier avec le patient en cas de désaccord à propos du plan proposé

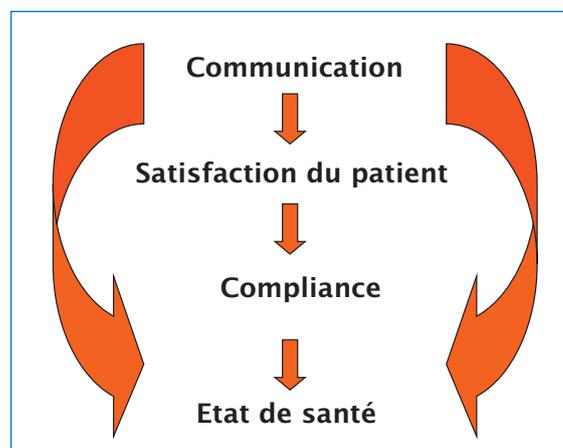
[11]

Le but des compétences transculturelles peut, selon Helman [19], se résumer en 3 points :

- 1° Améliorer la sensibilité des professionnels de la santé à propos des croyances, pratiques, attentes, contextes culturels des patients et de la communauté.
- 2° Améliorer l'accès à la santé de qualité en éliminant les barrières structurelles (manque d'interprètes, diminution du temps d'attente, etc).
- 3° Réduire les barrières organisationnelles (augmenter nombre de professionnels de la santé, politique axée sur la culture, etc).

En essayant d'agir sur ces trois points, le premier ayant une importance centrale, les bénéfices suivants pourraient être obtenus :

- Amélioration de la communication
- Satisfaction du patient et meilleure compliance
- Satisfaction du professionnel
- Impact positif sur le diagnostic et le traitement
- Bonne utilisation des ressources médicales
- Réduction des disparités entre les différentes populations (à long terme)



[11]

Ces concepts sont acceptés en Suisse depuis une dizaine d'année. Ils font partie de la formation pré et surtout post-graduée, bien que beaucoup considèrent encore cela comme facultatif [11, 20]. Cette formation reste insuffisamment reconnue, peut-être comme le décrit Janelle Taylor à cause d'une « culture de non-culture »; en effet, le savoir médical est considéré par la communauté scientifique comme savoir neutre et objectif. Par définition le modèle biomédical est une science qui se base sur des preuves et qui ne tient pas compte des facteurs sociaux et culturels, ce qui les exclut d'une grande partie de l'enseignement. Ainsi les étudiants et les professeurs les voient comme secondaires, voire facultatifs [20].

Cependant, comme nous l'avons vu, il semble inévitable pour améliorer le succès thérapeutique, de travailler sur la sensibilité du médecin à la dimension culturelle afin de renforcer une approche centrée sur le patient [14, 18]. Plusieurs études ont montré que cette approche apporte des bénéfices évidents, décrits dans le schéma ci-dessus [13]. Comme le met en évidence Patricia Hudelson, elle nécessite : « une attitude ouverte de la part du praticien permettant la reconnaissance de la diversité du patient. Cette attitude se qualifie par l'empathie, la curiosité et le respect de tous les patients. Elle nécessite une connaissance de soi-même, des populations cibles (épidémiologie, caractéristiques socioculturelles, etc) et du système de soins. Les compétences transculturelles impliquent l'utilisation d'outils de communication transculturelle, la collaboration avec des traducteurs ou représentants culturels, ou encore une collaboration multidisciplinaire en réseau » [13].

Au final, la dimension transculturelle influencera la catégorie diagnostic, sa sévérité, mais aussi l'évaluation des facteurs de stress et de support et les possibilités d'alliance et stratégies thérapeutiques [21]. Rappelons ici que les compétences transculturelles ne doivent pas remplacer les compétences cliniques de base, mais y apporte un complément.

Application pratique, un défi lacunaire

Bien que la culture représente la lentille à travers laquelle il devient possible de percevoir et d'interpréter le monde auquel appartient le patient, son intégration dans la clinique reste un grand défi pour le praticien. Saisir les principes théoriques ne suffit en effet pas à une pratique adéquate, car le médecin moderne doit faire face à une grande diversité culturelle. Leur application pratique est de plus la partie la plus incomplète et la moins documentée du sujet. L'expression des quelques indices quant à l'utilisation des connaissances transculturelles se manifeste en général sous forme de questions ouvertes laissant un maximum de place au récit du patient, sans influence, sur une ébauche de réponse. Nous pouvons considérer trois moments centraux dans le processus : 1° Exploration du modèle du patient ; 2° Explicitation du modèle du clinicien ; 3° Comparaison des deux modèles [12].

1° Exploration du modèle du patient :

La construction des représentations du patient semble se faire autour de thématiques communes, comme les croyances, la classe sociale, l'éducation, la situation professionnelle, l'affiliation religieuse, les expériences passées et d'autres (voir plus haut). Il ne faut pas oublier que malgré les bonnes compétences dont peut faire preuve un médecin, il est parfois impossible d'amener le patient à exprimer son modèle. La honte, est fréquemment nommée comme étant la cause. Il faut donc parfois savoir encourager les patients à exprimer leurs modèles et leurs représentations en insistant sur l'utilité clinique de telles informations. Le questionnaire de Kleinman et Benson [22] aide à y parvenir :

- Comment nommez-vous ce problème ?
- Selon vous, quelle est la cause de votre problème ?
- Pourquoi a-t-il commencé à ce moment ?

- Qu'est-ce que votre maladie cause chez vous ? Comment elle fonctionne ?
- Est-elle sévère ? Combien de temps elle va durer ?
- Quel type de traitement pensez-vous devoir prendre ?
- Quelles sont vos attentes les plus importantes par rapport au traitement ?
- Quels impacts la maladie a-t-elle sur vous ?
- Qu'est-ce qui vous fait le plus peur par rapport à la maladie ou à son traitement ?

Cette exploration de la dimension patient est adaptée de « la formulation culturelle » qui provient de la psychiatrie. Apparue comme la réalisation et la prise en compte de l'importance de la culture dans le diagnostic psychiatrique (voir ci-dessus), elle permet une revue systématique de la dimension culturelle autour de cinq points et ceci pour le champ étendu de la médecine [21, 23]:

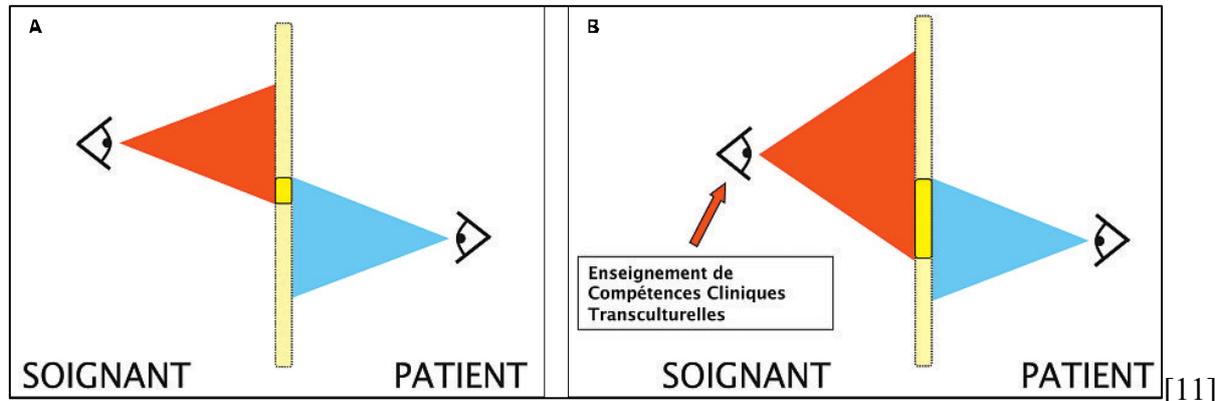
- 1- Identité culturelle d'un individu : groupe culturel, affiliation religieuse, langues (maternelle, apprise, professionnelle), relation avec la culture d'origine, relation avec la culture locale et/ou médicale.
- 2- Explications culturelles de la maladie de l'individu : dénomination du problème, sens de ces troubles et sévérité perçue, modèles explicatifs (cause, évolution, mécanisme, évolution attendue, traitement souhaitable), itinéraire thérapeutique.
- 3- Facteurs culturels en relation avec l'environnement psychosocial et les niveaux de fonctionnement : facteur de stress, facteurs de protection de support, niveau de fonctionnement et de handicap.
- 4- Eléments culturels dans la relation entre l'individu et le clinicien : identité culturelle du clinicien, histoire des relations entre les groupes culturels du patient et du clinicien, existence d'un conflit de valeur, possibilité d'évaluer ces aspects.
- 5- Evaluation culturelle globale pour le diagnostic et la prise en charge : reprendre chaque catégorie et en dégager les implications dans la problématique. Quel rôle jouent les facteurs socioculturels ? Quel rôle joue l'histoire migratoire ? La formulation culturelle conduit-elle à modifier l'évaluation du diagnostic, de la sévérité, du niveau de fonctionnement, du niveau des facteurs de stress et de support social, du pronostic, du traitement à mettre en place, de l'alliance thérapeutique. Les limites de cette optique résident dans le fait que la dimension dans laquelle le patient évolue n'est en aucun cas quelque chose de statique, il s'agit d'objet complexe, mouvant et l'on voit souvent des « théories écrans » (invoquer une explication pour ne pas avoir à rentrer dans la sienne).

Nous retrouvons ici les trois fondements des CCT. Le premier point considère des informations sur le patient ou d'ordre plus général au sujet des diverses cultures. Nous sommes donc dans le *savoir*. Les points 2-3 sont l'exploration du modèle explicatif du patient et l'influence de l'environnement sur celui-ci. Ceci nécessite le *savoir* et le *savoir-faire*, car comme décrit plus haut, cela nécessite certaines compétences. Le point 4 symbolise le médecin lui-même et sous-entend l'introspection, autrement dit le *savoir-être*. Finalement, le dernier point concerne l'utilisation et l'implication des points précédents et engendre des modifications de la pratique par le praticien.

Pour y parvenir le praticien doit faire preuve, comme l'a nommé Althaus [11], « d'empathie narrative ». Il définit cette dernière comme « une attitude valorisante et respectueuse vis-à-vis des migrants en s'interrogeant sur les préjugés, les idées racistes et les actes discriminants et en plaçant la narration au centre du traitement. ». Ainsi, nous pouvons définir les comportements suivants comme adéquats : humilité, empathie, curiosité, respect, sensibilité,

ouverture [24]. Bien évidemment, l'expérience du médecin et ses connaissances jouent un rôle majeur, dans l'exploration et l'interprétation du récit exposé.

Comme le symbolisent le schéma ci-dessous, c'est en élargissant le champs de compréhension du praticien qu'une meilleure entente est possible.



2° Partage du modèle médecin :

L'explicitation en des termes simples par le praticien de sa vision de la problématique fait partie des enjeux de la consultation. L'utilisation de mots adaptés et accessibles devrait servir à partager la réponse aux cinq questions majeures de la clinique : 1° Etiologie ; 2° Symptomatologie ; 3° Physiopathologie ; 4° Pronostic ; 5° Traitement [12]. C'est par le travail d'introspection actif obligatoire, que le médecin va déceler ses préjugés, ses connaissances et comment selon sa culture propre, il construit son modèle de compréhension et quelles en sont ses attentes. Ceci est incontournable pour pouvoir partager adéquatement ses idées [11].

3° Interaction modèle médical et modèle du patient : naissance d'un dialogue :

Le dernier temps consiste à mettre en exergue les divergences entre les deux mondes. Ce processus offre l'opportunité au patient de poser des questions au sujet de ces divergences et donc d'en améliorer la compréhension. Plus il y a de différences entre les milieux sociaux et croyances culturelles entre médecins et patients, plus les comparaisons devraient être systématiquement entreprises pour éviter les conflits des attentes et buts. Ainsi, la communication avec le patient devient une des plus importantes étapes dans la création de la relation de confiance médecin-patient, tout en améliorant de ce fait l'efficacité thérapeutique et la satisfaction du patient.

En Suisse, les formations de type transculturelles peuvent s'obtenir auprès de plusieurs organismes, notamment la Croix Rouge Suisse. En plus des formations, il existe des documentations permettant aux cliniciens de se familiariser avec cette question. Nous citerons ici pour l'exemple, la « formulation transculturelle », proposée notamment par les Hôpitaux Universitaires Genevois [25].

Interprétariat professionnel

La pratique de l'entretien médical avec l'aide d'un interprète permet une amélioration de la communication et dans une certaine mesure permet d'avoir accès aux divergences culturelles lors d'une consultation.

Il existe deux types d'interprètes: les professionnels et les non-professionnels. Prenons d'abord ces derniers. Les interprètes non-professionnels sont généralement des membres de l'institution (ex. corps soignant, collaborateurs, co-détenus) ou des proches du patient (amis, famille). Différents problèmes se posent quant à ces tiers non formés à l'interprétariat: des problèmes de confidentialité, de neutralité des interprètes face à l'individu et de sa prise de position dans l'entretien. Tous ces éléments, mènent à considérer cette catégorie d'interprète comme une catégorie non-idéale dans le cadre du soin, néanmoins elle représente la majorité des interprètes. [26]

Au sujet des professionnels, nous parlons ici des interprètes dits « interprètes communautaires ». Formés notamment par l'association Appartenances, principal formateur dans la région Lausannoise, ce type d'interprète a pour particularité d'être reconnu par la Confédération par un certificat/brevet fédéral.

Au-delà de l'impératif linguistique de certaines situations, le recours aux interprètes semble particulièrement apprécié par les patients : « Les patients interrogés montraient une sensibilité particulièrement marquée à ce sujet, plusieurs parmi eux ayant notamment précisé qu'ils seraient prêt à changer de prestataire de soins pour pouvoir bénéficier d'un interprète. » [26]. De par leur rôle de médiateurs culturels, ils permettent notamment au thérapeute d'avoir une meilleure compréhension des enjeux culturels lors de la prise en charge du patient, en apportant par exemple des informations sur les représentations de certaines pathologies au sein des communautés.

CULTURE ET RELATION THERAPEUTIQUE VISION THEORIQUE

A ce point de notre étude, il nous semble important de souligner certains éléments qui ont émergé de nos recherches. Tout d'abord, la culture est actuellement reconnue, tant par la littérature anthropologique que médicale, comme une dimension centrale dans la consultation médicale.

Nous pensons que nous pouvons, à nouveau sur un plan théorique, considérer que la culture a sa place dans la consultation et ceci en particulier dans la pratique de la médecine générale. Nous concluons que sa prise en compte peut apporter un plus dans un projet thérapeutique notamment par l'amélioration de la relation médecin-patient. Rappelons que cette amélioration est majoritairement due à l'augmentation du partage du sens entre médecin et patient sur la maladie. « S'il y a trop un grand décalage entre cette manière professionnelle de considérer la maladie et la manière individuelle de la considérer, il va être terriblement difficile de trouver cet espace de dialogue et d'interactions qui permet à un thérapeute de construire un projet thérapeutique avec un objectif commun » [27].

La culture, autant par sa définition, sa compréhension que par son utilisation, reste une notion vague, mal définie et source de malentendus. Un point essentiel de la reconnaissance culturelle réside dans la modification du regard du thérapeute sur l'autre et cela passe nécessairement par un important travail auto-réflexif. Travail qui doit être effectué sur ce que l'histoire du patient réveille en lui par rapport à son système de valeur et de sa propre culture. Car c'est au sein de cette relation que se crée la perception du patient et donc l'orientation de

la prise en charge. Il est essentiel de souligner aussi que reconnaître la culture de l'autre est le premier pas vers la reconnaissance de l'individu; « si la personne se sent reconnue, elle pourra s'ouvrir plus facilement et pourra voir qu'elle a la possibilité de construire des ponts avec autrui » [27] Ainsi, plus qu'un supplément de recherche anamnétique, la culture participe en médecin à l'approche humaniste.

L'utilisation des CCT est acceptée dans le cadre du traitement des patients migrants, bien que, selon Bodenmann [18], « l'amélioration de la compliance demeure faible. Peu d'études à ce jour ont évalué l'impact direct sur la santé des patients de l'enseignement des compétences cliniques transculturelles à leurs médecins ». Comme nous l'avons vu précédemment, la médecine transculturelle représente l'aboutissement des modèles de valorisation du patient appliqué à la problématique culturelle. Dès lors il nous a semblé intéressant de confronter ses concepts théoriques à la pratique de médecine de famille. Le but de notre travail va être de mettre en évidence l'utilité de l'intégration de la culture dans un cadre de médecine de famille, partant du postulat que tous nos patients sont des personnes culturellement déterminées. Quelques études tendent déjà à cet élargissement [18, 24]. Ainsi, nous tenterons de prolonger le modèle bio-psycho-social au bio-psycho-socio-culturel.

Nous nous intéresserons donc à :

1. Démontrer que la culture fait partie intégrante de la consultation.
2. Préciser les enjeux qui en dépendent.
3. Créer ou améliorer une méthode d'accès.
4. Déterminer la pertinence de l'utilisation des compétences transculturelles avec tous les patients.
5. Améliorer la communication et la compréhension mutuelle entre patients et thérapeutes en tenant compte d'un modèle bio-psycho-socio-culturel.
6. Concevoir un outil d'aide au praticien de type « supplément d'anamnèse culturelle » permettant d'améliorer ses compétences.

Nous espérons également qu'à partir des résultats obtenus, nous pourrions élaborer les bases d'une recherche plus large sur la thématique de la culture, mais cela dépasse le cadre de notre travail de master

METHODOLOGIE

METHODE

Les travaux préalablement réalisés sur l'importance de la prise en compte de la culture dans le contexte multiculturel actuel, nous mènent à penser qu'explorer cette thématique au quotidien avec tous nos patients, qu'ils soient d'ici ou d'ailleurs, nous serait d'un grand bénéfice.

Partant d'une recherche de littérature et des notions théoriques aujourd'hui existantes, nous avons émis l'hypothèse que les théories de la *médecine transculturelles* et de la prise en compte de la culture chez les migrants, peuvent être étendues à tout patient et permettre ainsi d'améliorer la prise en charge individuelle en médecine générale.

Souhaitant étendre la problématique de culture à l'ensemble de la population en médecine général dans l'objectif de mieux la traiter, nous avons élaboré une méthode de recherche, tout en ne disposant pas d'études pertinentes pour s'en inspirer. Nous avons donc opté pour une recherche préliminaire, qualitative, auprès de médecins de famille.

Notre recherche, s'inscrit dans une démarche de type exploratoire. Cherchant à évaluer l'importance de la culture dans la médecine de famille, nous avons choisi de nous intéresser à l'expérience pratique vécue par huit médecins de famille romands sélectionnés sur la base des critères suivants : sexe, âge, orientation politique, lieux de pratique (rural ou urbain), type de patientèle attendue. A noter que la plupart de praticiens collaborent avec l'institut universitaire de médecine générale. De par sa volonté exploratoire, notre approche auprès des praticiens sélectionnés vise à rester la moins directive possible, préférant ainsi une méthode d'entretiens semi-directifs d'une heure, basée sur six principales questions de recherche, à savoir :

- Quelle est la définition de la culture pour le médecin de famille?
- Quelle place le médecin de famille pense-t-il que la culture a dans la consultation ?
- Le médecin de famille considère-t-il la question de la culture dans sa consultation?
- Pourquoi prendre en considération la culture dans la consultation?
- Existe-t-il une méthode pour y parvenir?
- Est-il possible d'étendre les compétences dites « transculturelles » à l'ensemble de la population?

Afin de nous assurer du fonctionnement de nos entretiens, nous avons pratiqué deux entretiens exploratoires, ce qui nous a permis de mieux comprendre les enjeux de la pratique de la médecine générale et de préparer une grille de questions semi-structurées (voir annexe).

Il est intéressant de dire que sur les huit candidats sélectionnés, un seul a répondu négativement à notre demande par manque de temps. Les autres, malgré un emploi du temps chargé, ont tout de suite montré un intérêt marqué pour notre sujet de recherche. Nous avons enregistré les entretiens semi-structurés, puis les avons retranscrit en binôme sous forme de citations, en essayant de mettre en lumière les points les plus pertinents. Nous avons ensuite classé les citations afin de faire ressortir la culture au sein de chaque étape de la consultation. Puis, nous avons comparé les compétences cliniques transculturelles à la réalité pratique de prise en compte de la culture. Enfin, nous nous sommes intéressés aux diverses conceptions possibles de la culture des médecins de famille afin de déterminer si l'intégration de la culture avec tous patients améliore la prise en charge.

LISTE DES MEDECINS

- Médecin 1 : 59 ans, sexe masculin, obtention du diplôme de médecine en 1979, formation approfondie en psychiatrie, psychogériatrie et gériatrie, pratique en cabinet depuis 1985, quartier populaire d'une grande agglomération romande, patientèle composée d'environ 40% d'étranger. Spécificité, grande prévalence de troubles psychiatriques et existentiels.
- Médecin 2 : 69 ans, sexe féminin, obtention du diplôme de médecin en 1971, formation supplémentaire en médecine interne au Hammersmith (Londres) et en médecine psychosociale et psychosomatique, pratique en cabinet depuis 1980 dans un quartier populaire d'une grande agglomération romande. Un tiers patientèle: médecine psychosomatique, pratique centrée sur la relation.
- Médecin 3 : 44 ans, sexe féminin, obtention du diplôme de médecine en 1994, deux années et demi pratique en médecine communautaire aux USA, spécialiste genre et médecine, pratique en cabinet depuis 2009 en zone semi-rurale, patientèle riche en travailleurs manuels.
- Médecin 4 : 63 ans, sexe masculin, obtention du diplôme de médecine en 1975, 20 ans de pratique en cabinet dans un quartier populaire de périphérie multiethnique, patientèle hétérogène (40 nationalités), travaille actuellement en Afrique.
- Médecin 5 : 58 ans, sexe féminin, obtention du diplôme de médecine en 1978, 25 ans de pratique en cabinet en zone rurale, formation supplémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale, en pédagogie médicale avec le collège de l'IUMG, et formation complémentaire en gériatrie, a suivi plusieurs cours à Appartenances (femmes et migrations, islam, etc.), patientèle composée de personnes âgées EMS, de familles et de migrants (centre à proximité). Spécificité : suivi au long cours d'une population fidèle, avec quelques familles suivies sur quatre générations.
- Médecin 6 : 41 ans, sexe masculin, obtention du diplôme de médecine en 1998, formation supplémentaire en médecine psychosomatique et intérêt pour la pédagogie, 6 ans de pratique en cabinet, patientèle variée mais proportion importante de requérants d'asile. Spécificité: engagement important auprès de l'IUMG dans la formation et l'enseignement.
- Médecin 7 : 52 ans, sexe féminin, obtention diplôme médecine en 1987, formations en soins palliatifs et en médecines complémentaires (homéopathie, aromathérapie, lithothérapie, spagyrie, etc), pratique en cabinet depuis 1994 de périphérie multiethnique, zone urbaine, patientèle composée de plus d'un tiers de patients étrangers, pratique basée sur une approche globale et volonté de compréhension de la maladie.

LIMITES

Durant ce travail nous avons dû faire face à différents obstacles. Tout d'abord, de par notre parcours d'étudiants en médecine, nous n'avons pas acquis d'outils de travail anthropologiques durant notre formation et avons dû pallier à ces lacunes pendant la recherche. Ce manque a rendu plus difficile la réalisation du premier chapitre théorique de référence. De plus, cette étape capitale s'est révélée longue en particulier au vu des autres exigences facultaires (examens, stages) que nous avons dû assumer.

En choisissant la culture comme thématique de ce travail, nous nous sommes attelés à l'analyse d'une thématique toujours activement débattue en anthropologie. Cette constatation est aussi valable quant à la définition même de la culture. Il a donc été compliqué de traiter d'une notion si vaste sans pouvoir nous rattacher à une définition claire. Nous avons essayé d'apporter notre éclairage de la définition de la culture dans la consultation sans avoir cependant la prétention de pouvoir apporter une solution au débat sur cette question.

La dernière limite concerne le nombre d'entretiens réalisés. Dans une recherche de type qualitative, le nombre d'entretiens se limite, normalement, par l'absence de nouvelle information par rapport aux questions de recherche. Dans notre cas et du fait que nous réalisons un travail de master, nous nous sommes limités à un nombre d'interview réalisable dans le temps qui nous était imparti.

AVERTISSEMENT CITATIONS

Nous utilisons dans notre texte de nombreuses citations provenant de nos entretiens. Ces citations sont présentées en italique avec un chiffre identificatoire (1, 2, 3, etc.) se référant au praticien qui en est l'auteur. Dans un souci de clarté et de respect du langage écrit nous nous sommes permis de modifier la forme des phrases tout en préservant le plus fidèlement possible le sens que les praticiens ont cherché transmettre.

Les citations provenant de la littérature sont simplement présentées entre crochets.

CULTURE ET CLINIQUE

Après avoir rédigé un bref descriptif des notions théoriques de la littérature, nous abordons ici la réalité clinique de la question culturelle. Suivant l'avis des praticiens au travers des entretiens, nous avons tenté de répondre aux questions soulevées par notre recherche. De ce fait, nous avons articulé ce chapitre afin de montrer la présence et l'influence de la culture. Nous avons tenté de mettre en avant les raisons, les méthodes de sa prise en compte ainsi que leurs limites. Le but ici étant de rester le plus proche possible de la pratique réelle, nous avons repris le schéma standard d'une consultation avec ses temps principaux.

PRISE DE CONTACT

La rencontre, une image culturelle préconstruite

La consultation médicale débute par la prise de contact du thérapeute avec son patient. Comme tout premier contact, ce court instant est muni d'un potentiel créateur de grande importance. En effet, il est humain de se construire une idée préalable de la personne qui nous fait face. Cette idée se base sur l'image corporelle au sens large, ainsi que sur de possibles informations obtenues au préalable (dossier médical, dossier administratif, etc.). Si ces informations peuvent la plupart du temps être considérées comme fiables, elles ne sont pas moins sujettes à la subjectivité et l'interprétation. Il en va de même pour les renseignements potentiellement véhiculés par l'image corporelle et de manière encore plus importante. Le médecin peut donc se construire une image subjective du patient aboutissant à des stéréotypes ou préjugés. Le risque qui en découle est une attitude relationnelle inadéquate.

« *Donc c'est une impression que je me fais du patient, ce n'est pas forcément peut-être la réalité, mais c'est quand même une impression que l'expérience nous permet d'avoir assez rapidement. (Médecin 4).* » Cette idée modulable, peut dans un bon nombre de cas refléter le bagage culturel du patient. Que se soit par le nom du patient, dans le choix vestimentaire, la couleur de la peau, ou du langage corporel, tout un échange est déjà institué. Sur le plan d'une source d'information rapide, cette première impression (praticien dépendante) permet déjà de découvrir le patient. Basé sur l'expérience du médecin, cet instant serait à la fois une des clés pour engager la communication et pour obtenir une compréhension globale du patient. En ce sens le praticien sera déjà plus à même de percevoir comment débiter la relation thérapeutique. Ceci soulève un point intéressant. Nous apercevons l'impact que l'image du patient peut avoir sur le médecin et son appréciation globale. Or, cette image est inévitablement culturellement construite et décodée, aussi bien du côté du patient, car nous choisissons de moduler notre image en fonction de notre personne et de ce que nous voulons laisser transparaître, que du côté du médecin, car nous interprétons les signaux en fonction de notre expérience, de nos connaissances et de notre ressenti. Nous pouvons donc observer que la culture est déjà présente dans cette première interaction. Cette constatation bien entendu implique aussi un risque : celui des préjugés.

Pour illustrer ce risque, prenons par exemple : « *l'image d'un policier qui pleure. (Médecin 3)* ». Cette anecdote nous vient de la consultation de ce médecin à propos d'un des ces patients, policier de formation, qui a pour habitude de se présenter en habit civil, mais porte lors de cette consultation son uniforme de travail. Un policier qui se présente en uniforme véhicule toutes sortes de pensées. Dans cet exemple précis, il était synonyme d'autorité,

dureté ou encore insensibilité pour le praticien. Ainsi quand cette même figure en vient à pleurer, le médecin est surpris. L'image ainsi construite sur les a priori par le praticien, s'est donc effondrée permettant, en outre, au patient de redevenir l'humain qu'il est. Nous décrivons ici l'impact social dans la construction d'une idée de l'autre, social qui comme nous l'avons vu dans le premier chapitre fait partie intégrante de la culture. Dans cet exemple la remise en question de l'image est amenée, involontairement par le patient lui-même, mais cela n'est pas toujours le cas. Il existe de la sorte, un risque d'enfermer cette image en quelque chose de rigide et de ce fait limiter l'échange entre les deux protagonistes. Il est possible que le préjugé soit inévitable, ce pourquoi il est important de garder un esprit ouvert tout en étant à l'écoute. Cela va permettre d'avoir le recul nécessaire, comme le souligne ce médecin : « *Il faut lutter contre les idées culturelles reçues. (Médecin 1)* ». Au final, c'est le patient lui-même qui doit nous amener à découvrir qui il est et pour cette raison une attitude adéquate ainsi qu'un bon état d'esprit sont incontournables. A ce titre, l'attitude à adopter est ainsi résumée par le praticien : « *sensibilité, expérience, connaissance de soi et comment on se sent avant de pouvoir entrer en relation avec le patient. (Médecin 4)* »

La prochaine étape consiste alors à trouver, pour le praticien, les outils pour poursuivre cette relation thérapeutique en tenant compte de ces aspects culturels. Un bon point de départ, semblerait être selon le professionnel de « *prendre tout le monde au sérieux. (Médecin 3)* ». Ce qui est sous-entendu, c'est qu'il est parfois difficile au vu d'un contexte, d'un état propre au médecin ou autre, d'entrer en relation, face à cette image projetée décrite dans le paragraphe précédent. Si nous reprenons l'exemple du policier en uniforme cité plus haut, l'image véhiculée par la tenue crée un ressenti qui va interférer dans l'impartialité dont le médecin doit faire preuve. Ensuite, comme le précise le même médecin : « *Il faut rester aussi ouvert et neutre que possible et évoluer. L'introspection, comprendre pourquoi on réagit d'une certaine manière est un bon moyen. (Médecin 3)* ». Quel rapport le praticien entretient-il avec le policier ? Que représente le policier dans notre société ? Qu'est-ce que cela suscite chez le praticien ? Par ce type de questions, le médecin peut considérer l'influence sa propre culture pour éviter d'imposer d'office des filtres à l'écoute et la compréhension du patient. Cette prise de recul est importante car la bonne communication et l'exploration du patient, comme mentionné précédemment, nécessite d'être aussi neutre que possible.

Réduire les enjeux communicationnels à la seule attitude du praticien reviendrait à négliger deux autres facteurs fondamentaux : le patient et l'instant. « *Chaque fois qu'on établit un contact avec une personne c'est chaque fois différent. Il y a des personnes avec qui un dialogue s'établit facilement, alors on aura envie d'aller connaître un peu plus son passé. Et puis avec d'autres, peut-être pas du tout. Mais si on sent d'emblée qu'il n'y a pas un contact, je dirais privilégié, à ce moment là, on va s'arrêter plus sur le somatique et on ne va pas trop parler d'autre chose. (Médecin 4)* ». Ce médecin illustre ici, l'importance de la complicité et du ressenti de chacun, dans la construction d'une relation thérapeutique. Par son attitude le patient va lui aussi influencer le praticien conditionnant ainsi la suite de la consultation. Pour finir, parlons de l'importance de l'instant : « *C'est l'instant parfois qui permet la communication. (Médecin 3)* ». Comme le souligne ce praticien, c'est un point à ne pas oublier. Quelque soit le patient, quelques soient les compétences du médecin et quelque soit leur relation, la disposition de chacun à communiquer va changer sur la durée. Il n'est donc pas possible de tirer de conclusion après une seule consultation. Nous profitons de montrer par ce biais, toute l'importance d'un suivi pour développer cette relation thérapeutique et aborder la sphère culturelle. Ce constat nous amène à la problématique du temps que nous abordons dans le paragraphe suivant.

La rencontre, l'enjeu du temps

Le concept ici est de mettre en évidence l'importance de la contrainte « temps » et de présenter deux possibilités envisagées, intervenant en amont de la communication à proprement parler, par les médecins de famille pour palier à ce problème. Soit un questionnaire culturel et une préparation préalable de la part du médecin.

« Lorsque la personne arrive pour une première consultation, vous ne la connaissez pas du tout. Cela me paraît extrêmement difficile d'arriver à définir un bagage culturel à moins de disposer d'un temps. (Médecin 4). » remarque le médecin. De fait, il semble admis par la plupart des praticiens que, pour se faire une idée correcte de la culture du patient, il faut du temps, autrement dit, des consultations longues ou multiples. Le même médecin ajoute : « Plus vous leur consacrez de temps plus vous aurez d'informations sur leur culture (Médecin 4) ». Par idée correcte, nous entendons, une idée fondée sur la découverte du patient au travers de l'échange avec ce dernier, car cette manière permet d'une part de ne pas tomber dans les préjugés et d'autre part de ne pas « culturaliser » le patient. Or, le temps semble bien être la chose qui manque le plus aux médecins de famille, comme le souligne notamment le praticien : « Le temps est la chose la plus difficile à gérer dans un cabinet de médecin de famille. (Médecin 4) ». Il n'est pas nécessaire de faire une description exhaustive de la réalité d'un cabinet médical, pour comprendre que le cahier des charges d'un médecin de famille est plus que rempli, en particulier au vu des conditions de pénurie actuelle en Suisse.

Dans ces conditions, nous pouvons nous poser la question suivante : est-il envisageable et correct de perfectionner ses connaissances culturelles au sujet du patient avant même de le rencontrer ? Ce procédé nous permettrait d'être plus attentif à cette dimension durant la consultation, d'obtenir des informations plus adéquates que la seule appréciation de l'image corporelle pourrait nous donner et finalement de mieux répondre à cette problématique de temps.

Une première idée, tirée des entretiens, est l'éventualité de faire remplir préalablement un questionnaire culturel par le patient. Il semble toutefois peu réaliste de créer un tel questionnaire. En référence à notre chapitre précédent, la définition de la culture est complexe et vaste; il serait donc illusoire de pouvoir en faire le tour en quelques lignes. Il ne serait au mieux possible que de rédiger des questions d'ordre général, par exemple le lieu d'origine, la religion, et un bref résumé du parcours de vie. Cette pratique nous ferait très vite tomber dans des banalités voir des stéréotypes. En effet, pour approfondir la question culturelle, pour autant que cela soit possible par écrit, il faudrait inventer des questions qui permettent d'interroger tous les patients, quelles que soient leurs origines, assez précises pour mettre en évidence les subtilités de la personne elle-même, tout en étant accessible à tous. Il semble quasi impossible de parvenir à un tel résultat.

Quand nous parlons d'accessibilité, nous voulons mettre en évidence la problématique de la langue et du sens des mots pour chacun. Le praticien observe à ce sujet l'« *Impossibilité d'un questionnaire, par exemple à cause de l'obstacle de la langue et du degré de compréhension. (Médecin 4)* ». Chaque patient va comprendre, interpréter et restituer une question selon une signification qui lui est propre. C'est ce que le professionnel nomme « *correspondance culturelle de la réponse. (Médecin 4)* ». Nous voyons ici apparaître tout l'enjeu de la communication (traitée plus loin) et réalisons qu'au vu de la complexité de la compréhension mutuelle, le passage par l'écrit rendrait les choses encore plus ardues.

Quant à la question de la préparation préalable de la part du médecin, nous savons qu'une bonne connaissance du patient est indispensable à une bonne prise en charge. Comme le précise le médecin, il faut autant que possible, prendre le temps de se renseigner sur les différentes cultures. Il souligne en effet : « *Dans le devenir médecin, il faut s'étoffer sur le plan des valeurs humanistes mais aussi sur le plan des connaissances des cultures, des connaissances des religions, parce que sinon on ne pourrait soigner que des comme nous. (Médecin 2)* ». Mais, c'est précisément là que réside l'enjeu principal. Une telle acquisition de savoir permettrait aux praticiens d'obtenir des connaissances meilleures ou plus précises au sujet des patients (tout en gardant en tête le risque de préjugés ou de culturalisation), mais ne réglerait pas la question du manque de temps. C'est à cette conclusion qu'arrive le praticien : « *Je trouverais intéressant de le faire avant mais je vous laisse le loisir de trouver le moyen pour y arriver. Mais je ne vois pas comment. (Médecin 4)* ».

De plus, avoir de bonnes connaissances est certes un atout pour la compréhension mais ne suffit de loin pas à créer le dialogue autour d'une problématique culturelle ou d'une exploration de la sphère intime. Ce serait négliger l'importance de la relation comme le précise le professionnel : « *Préparation préalable? Discussion de l'utilité car même si l'information est acquise est-ce que le dialogue se crée avec patient? (Médecin 3)* ».

En conclusion, le premier contact est fortement influencé par la dimension culturelle et nécessite déjà que le praticien s'y intéresse. Sans pour autant négliger l'interaction humaine et la temporalité qui interfèrent avec la relation en développement, cet instant est une porte d'entrée à la découverte du patient. Non sans embûches, il a la capacité de conditionner la relation future si le praticien n'y prend pas garde. Une attitude neutre et ouverte en est le salut, le temps en est le socle. De plus, nous voyons émerger l'idée fondamentale que la culture d'un patient lui est propre et, comme le préconise Barbara Bates, ce n'est qu'au travers de nos patients que nous pouvons accéder à la culture. « Ils sont les experts de leur culture et de leur maladie. » [28].

ANAMNESE

Une fois la prise de contact effectuée, il est maintenant question de la composante principale de la consultation : l'anamnèse. Cette dernière est principalement composée par la discussion autour de l'investigation de la plainte du patient. Comme toute communication, elle recèle une composante verbale et une composante non-verbale. Ainsi nous verrons comment la culture génère des différences quant à l'utilisation de la langue, dans la création des représentations et ce que le praticien peut en faire. Ensuite nous aborderons les contextes dans lesquels la culture semble avoir le plus d'influence et quelles positions le médecin de famille peut adopter, tout en discutant de l'utilité globale de l'intérêt porté à la culture.

Communication

Une anamnèse bien menée représente la clé de voûte d'une consultation. Il a été estimé qu'elle peut représenter 80% de la démarche [29]. Il convient donc de s'arrêter sur quelques aspects culturels liés à ce thème. Un des enjeux évident dans le contexte de l'anamnèse, et donc de la communication avec le patient, est la langue. Ainsi la langue peut représenter un problème soit simplement par le fait que praticien et patient ne partagent pas de langue commune, soit par le partage inadéquat de la signification de mots d'une même langue. Ce

que nous entendons par là est qu'en plus du sens de base communément admis des mots, nous trouvons des significations nuancées et multiples à ces mêmes mots. La langue est indéniablement culturelle.

Commençons par illustrer ces propos avec la barrière de la langue dans la problématique des migrants. A ce titre le thérapeute note : « *Il faut utiliser des termes plus simples, il faut les revoir plus souvent, il ne faut pas donner de résultats par téléphone. [...] Je les fais venir pour éviter des sources de malentendus, de mauvaise communication. (Médecin 6)* ». Nous comprenons aisément qu'avec des personnes d'origines diverses, maîtrisant mal la langue du pays d'accueil, il existe des problèmes de compréhension. Ainsi, il devient nécessaire d'adapter son mode de consultation pour éviter les mésententes. Par exemple en voyant la personne, ce qui permet de saisir la communication non-verbale du patient et tenter déceler si le patient saisit complètement le message.

Pour palier à ces difficultés de langage, la présence d'un interprète peut faciliter la communication. Comme discuté dans l'introduction, il existe une structure d'interprétariat professionnel qui est à disposition pour venir en aide pendant la consultation. Ces interprètes agissent à deux niveaux : ils permettent la traduction de la discussion et le partage de certains enjeux culturels. C'est ce qu'observe ce médecin : « *Mauvaise traduction parfois, mais amène une explication de la culture. (Médecin 6)* ». De tels services sont bien évidemment très utiles, mais ne résolvent pas complètement les problèmes de compréhension que l'on peut rencontrer entre les protagonistes et comportent un certain nombre de limites, comme le mentionne toujours ce thérapeute : « *Interprètes, problème de formation et de compréhension de l'interprète lui-même. (Médecin 6)* ».

En effet, l'interprète va, en fonction de son bagage propre, comprendre ce que le patient ou le praticien explique à travers ses propres filtres. Il existe donc une part subjective et interprétative supplémentaire dans la communication. Le risque est certainement qu'une traduction inexacte ou non fidèle, fausse l'analyse du médecin ou interfère dans la compréhension par le patient. C'est ce que souligne ce médecin : « *Il utilise les termes en fonction de la culture. Pas exactement ce qu'on lui dit. (Médecin 6)* ». Si nous revenons à la signification des mots, la compréhension par l'interprète découle de sa culture et peut donc de surcroît modifier le message du praticien dans la traduction. Rappelons le, la signification des mots est culturellement définie. Au final, le message d'origine est possiblement changé jusqu'à 3 fois (patient-interprète-médecin) lors d'une traduction par un interprète. A cette difficulté vient encore se rajouter l'absence de contrôle sur la traduction, comme le relate le praticien : « *Pas de contrôle sur le traducteur, s'il y a une traduction littérale et que c'est juste hors contexte ça peut faire des catastrophes. (Médecin 6)* ». L'exemple donné ici était le suivant : lors d'une consultation en présence d'un interprète, ce praticien a dû annoncer le diagnostic d'hépatite virale à son patient. Ce dernier ne comprenant pas la langue, l'interprète lui a donc fait la traduction. Malheureusement, il a confondu le diagnostic d'hépatite virale avec celui de SIDA. Ce diagnostic n'étant pas supporté par le patient, cela a conduit à un tentamen. Il n'est pas question ici de juger des compétences de l'interprète, mais d'illustrer comment la communication revêt une importance capitale et est culturellement liée.

Si nous extrapolons ces concepts à la population générale, nous retrouvons des problématiques similaires dans l'utilisation et surtout la compréhension de la signification de mot, parfois pourtant simples. Les variations d'interprétations sont certes moins évidentes de prime abord si deux personnes partagent la même langue, et peuvent être d'autant plus difficile à être démasquées. « *Il faut encore savoir si les mots ont la même signification, s'ils sont dits par une personne venant d'Afrique, une personne venant d'Asie ou une personne du Gros-de-Vaud. (Médecin 4)* » observe, entre autres, le praticien à ce sujet. La signification du

mot est basée sur l'origine, mais aussi, par exemple, le contexte social, l'expérience, l'instruction ou l'éducation. C'est en ce sens que nous parlons de définition culturelle.

Pour illustrer ce concept, prenons l'exemple de la différence de connotation entre l'utilisation des mots par les différentes générations : la signification de la tuberculose au travers des âges n'est pas la même. Ce mot représentant une maladie est de ce fait rattaché à un vécu émotionnel, des souvenirs et un schéma représentatif. Il représente donc un concept qui est propre à l'individu et son expérience. Il est clair que pour un jeune suisse, un diagnostic de tuberculose n'aura pas grande répercussion (somatique mise-à-part) dans les interactions sociales, car la maladie est aujourd'hui bien traitée et peu endémique. « *Alors que le même diagnostic, pour les personnes du 4^{ème} âge, était synonyme de mis au banc de la société. (Médecin 2)* » comme le rapporte le médecin. Il en va de même pour les différences endémiques des maladies au sein des diverses sociétés. L'impact sur un patient va donc être totalement différent selon son origine ou sa représentation, ce qui doit être pris en considération.

Nous avons parlé de la différence de compréhension quant à la signification car elle est plus clairement influencée par la culture, mais ceci est vrai aussi pour le sens. Le niveau de connaissance du patient en rapport avec son parcours de vie, va déterminer sa capacité à comprendre le vocabulaire utilisé par le médecin. Comme le dit ce médecin : « *Il faut s'adapter et se mettre au niveau de l'autre pour que la communication se fasse aussi facilement que possible (Médecin 3)* ». Il est donc important que le praticien s'assure de se faire comprendre par son patient et, au besoin, utilise des mots accessibles. Il en a la responsabilité. Construire avec le patient un espace de compréhension mutuelle est un atout dans un esprit de recherche d'une meilleure thérapeutique.

Mais au langage verbal s'ajoute le langage non verbal qui est tout aussi essentiel et source de mauvaises interprétations. Dans un décor comme celui explicité précédemment, « *l'interprétation du non verbal peut s'avérer fondamentale. (Médecin 6)* » observe le médecin. Comme démontré de nombreuses fois, la communication passe aussi par l'attitude, les expressions et les comportements. A cet égard, B. Bates note : « Une communication qui n'implique pas la parole est permanente et donne des indices importants sur les sentiments et émotions » [28]. L'intégration du non verbal doit, de ce fait, faire partie de la prise en charge. Mais peut-être encore plus que les mots, le langage corporel est imprégné par notre bagage culturel.

La pathologie

En plus des aspects communicationnels, il apparaît que le type de maladie semble moduler l'intérêt à porter à la dimension culturelle. Selon les praticiens, le type de pathologie semble influencer le comportement tant du médecin que du patient, dans l'investigation approfondie de la dimension culturelle. Cette constatation est faite notamment pour les maladies chroniques ou silencieuses. Nous pensons que ces pathologies sont particulièrement influencé par le background culturel, parce qu'elles nécessitent une prise en charge sur le long terme, mais aussi parce que la compréhension du problème est plus complexe et la dynamique plurifactorielle.

Prenons d'abord l'exemple du diabète, car comme le mentionne le professionnel « *Parce qu'est-ce qu'un diabète ou une hypertension, au fond pour le patient ça leur est assez égal. Ils prennent les médicaments par ce qu'on leur dit de prendre les médicaments si ils les prennent. Ce qui les préoccupe beaucoup plus c'est le pouce qui fait mal par exemple.*

(Médecin 3) », le patient aura beaucoup plus de peine à comprendre les implications de la maladie quand la symptomatologie n'est pas directement observable. D'où notamment la problématique de l'adhérence au traitement. Il semble donc judicieux de prendre le temps d'atteindre une compréhension mutuelle et comme nous l'avons mentionné dans le premier chapitre, de laisser le temps au patient de nous expliquer sa représentation de la maladie et quels en sont les enjeux pour lui. Cette démarche implique donc l'abord des aspects culturels de la maladie. Nous apercevons ici l'enjeu de la compréhension du patient, mais aussi la nécessité que le médecin comprenne les enjeux culturels de la situation vue par le patient. Comme autre exemple nous pourrions citer ici celui rapporté par ce médecin concernant une patiente atteinte d'un syndrome métabolique. On apprend que la patiente a un IMC (index de masse corporelle) trop important mais qu'elle peut difficilement y remédier car, pour elle comme pour son mari, son surpoids est un symbole de la réussite sociale de ce dernier. De fait, l'époux fait observer au médecin que : « *chez nous, si la femme n'est pas grosse ça veut dire que le mari n'a pas assez d'argent pour l'entretenir* ». Dans cet exemple, nous observons que la mise en évidence de la symbolique d'un excès de poids peut être capital pour la prise en charge comme le dit le praticien : « *ça ne change rien au problème, mais cela permet de trouver d'autres clés pour essayer de faire comprendre les avantages d'une perte pondérale*. (Médecin 1) ». Nous comprenons ici que la connotation de la pathologie elle-même n'est pas négative, au contraire, elle est signe de réussite sociale. Il est donc impératif que le médecin puisse le comprendre et ainsi adapter sa méthode d'accès à cette problématique de santé.

Lorsqu'il est question de médecine aiguë, les praticiens semblent penser que l'investigation de la culture est moins pertinente. Ainsi, pour les « petites maladies somatiques », comme par exemple une angine, la thématique culturelle est rarement abordée. Cependant comme nous l'a présenté le médecin il est intéressant et utile de sommairement découvrir le patient qui se présente devant nous. « *Même si quelqu'un vient pour un rhume, je crois qu'on peut prendre 3 à 5 minutes pour comprendre qui il est. Ça détend la consultation. Et je pense que ça aide à traiter le patient et puis si il revient 3 jours après et qu'il n'est pas guéri, alors qu'on a l'impression qu'il devrait l'être, ça peut nous aider à comprendre le pourquoi et le comment*. (Médecin 3) ».

Il en va de même avec les désirs du patient, en particulier quand la relation thérapeutique n'est pas de longue date, comme le rapporte le clinicien : « *Un patient qui vient vous trouver, vient avec une demande précise. Vous essayez de cerner l'ensemble du patient en parlant de son bagage culturel. Alors là ça devient extrêmement compliqué puisque le patient ne s'attend pas forcément à ce qu'on lui pose des questions par rapport à son vécu, ses origines. Une brève anamnèse va être possible, mais si on veut essayer d'aller plus en profondeur il faudra déjà établir un dialogue en lui expliquant bien le pourquoi de ce dialogue. Et ça c'est quelque chose qui est réalisable, je pense, que sur une petite minorité de patients. Le patient, comme je le disais avant, a une demande précise et il ne veut pas tellement entendre d'autre chose. Il veut plutôt que l'on réponde à sa demande. Il faut donc plusieurs consultations j'ai l'impression pour y arriver*. (Médecin 4) ». Cet avis vient pondérer encore un peu plus une systématique d'approche globale. Il est donc important de juger en fonction des conditions de la consultation actuelle, si une investigation plus poussée est envisageable et utile.

Mais ces difficultés ne doivent pas signifier qu'il ne faille pas offrir la possibilité de le faire, comme nous le préconise le professionnel : « *A quelque part oui. De la part du patient je pense que c'est nécessaire. De la part du médecin ce n'est peut-être pas forcément nécessaire si c'est « une petite consultation », à condition que l'espace de communication soit suffisamment large pour que le patient sente que dans d'autres circonstances, il peut avoir l'occasion de pouvoir donner un sens*. (Médecin 5) ». L'idée est donc d'ouvrir un espace

d'échange pour un problème futur qui lui nécessiterait une investigation approfondie. C'est en ce sens que nous pouvons y trouver un intérêt.

Le patient

Nous pouvons supposer que s'il y a des différences entre les types de pathologies, il existe aussi des disparités entre les patients. Nous nous sommes donc intéressés à savoir si les praticiens abordent la culture avec tous leurs patients et ce de manière variée. Pour le clinicien il faut aborder la question avec : « *tous les patients, mais avec une plus ou moins longue recherche de qui il est. On peut prendre quelques minutes pour ce faire. En plus, cela détend la consultation et est important dans un contexte de suivi. (Médecin 3)* ». Nous apercevons ici qu'elle pourrait concerner tous les patients, de façon plus ou moins approfondie. La plupart des praticiens sont d'accord pour dire que, dans l'idéal, la question culturelle devrait être abordée avec tous les patients. Cependant, si nous sommes plus attentifs à leurs témoignages, un fait souvent implicite mais partagé est qu'ils vont plus volontiers s'intéresser à la question culturelle quand ils ont le sentiment qu'ils ne partagent pas la même culture ou ressentent des différences évidentes à ce niveau avec leurs patients. « *Je le fais surtout avec des gens qui, je pense, ont un background différent. Si j'ai l'impression que l'on est sur la même longueur d'onde, je ne le demande pas. (Médecin 3)* » ajoute ce médecin. Nous revenons ici à la problématique des préjugés. Si le praticien part du principe que le patient partage le même bagage culturel parce qu'il provient de la même région, il va potentiellement négliger nombre de différences tant dans le vécu que dans la construction des représentations. Nous avons montré que les a priori étaient non constructifs dans l'abord d'un patient migrant; il en va de même pour les patients « d'ici ». La relation à la maladie est comme la relation à la culture locale : personnelle et unique. Ce propos est souligné par le praticien: « *Je pense qu'une jeune fille turque n'a pas les mêmes réponses à la consultation, n'a pas les mêmes attentes non plus, qu'une jeune fille de Lausanne. Ça changera complètement. (Médecin 4)* ». Par cet exemple, nous insistons sur le fait que, bien que les différences liées à la culture nécessitent une adaptation de la prise en charge, la plupart des praticiens raisonnent sur la question de la culture principalement quand le patient appartient à une culture distincte. Cependant, catégoriser toutes les jeunes filles turques selon un schéma, les jeunes filles de Lausanne dans un autre, et présupposer que les réponses et attentes seront a priori différentes, et similaires par catégories, nous semble représenter une erreur due à des stéréotypes du praticien.

En résumé, l'intégration en pratique de la dimension culturelle, diffère fortement d'un patient à l'autre. Cette constatation est aussi valable pour l'exploration active de la part du médecin quand il juge nécessaire d'aborder cette facette du patient pour sa propre compréhension. Nous nous sommes posé la question de savoir pourquoi il en était ainsi. Il est possible qu'une partie de la réponse se situe dans la définition même de la culture. Cette dernière n'étant pas un champ d'analyse défini mais plutôt une composante omniprésente, il est peu clair de savoir si l'intégration passive au court de la consultation n'est pas suffisante. Intégration passive, car en explorant la vie des gens, on explore inévitablement la culture, et rares sont les patients totalement réticents à parler d'eux comme le note le clinicien : « *J'ai été surpris de combien les gens vous parlent de leur passé, de leur vécu, de leur culture en partie, vraiment ! Et que c'est un besoin. C'est primordial pour une bonne prise en charge. On doit savoir ça. (Médecin 3)* ».

Nous pouvons maintenant statuer sur la pertinence de la prise en compte de la dimension culturelle des patients à ce stade de la consultation. Devons-nous prendre le temps, déjà si restreint, de nous intéresser à cette partie de la vie privée et pourquoi ?

C'est une réponse positive que nous amène le médecin : « *Et cela pour moi, ça fait partie du respect de l'autre que d'essayer de comprendre quelle est sa vision symbolique de son corps et de sa vie. (Médecin 1)* ». La vision symbolique est synonyme ici de représentation du patient. Tous les praticiens semblent partager l'idée que la bonne prise en charge passe obligatoirement par une connaissance de son patient. « *C'est plus aller à la rencontre de mon patient que de faire un acte militant de compréhension, d'intégration. (Médecin 1)* ». De ce fait, il semble juste d'aborder un patient dans son ensemble, comme le confirme le médecin : « *aborder les patients par ce qu'ils sont et non par leur maladie. (Médecin 3)* ». Dans la théorie le praticien aborde séparément les différentes dimensions du patient (somatique, social, psychologique, culturel) et leurs influences. Dans la pratique l'idéal serait de réussir à intégrer toutes ses dimensions en même temps afin d'en percevoir la résultante qui ne se résume non pas à une addition, mais plutôt à une interaction simultanée. Ce procédé soutient les idées d'Engel (voir modèle biopsychosocial premier chapitre). Nous voyons donc que les praticiens confirment le bien fondé des idées issues de la littérature et mettent en avant la nécessité de reconsidérer le patient dans son ensemble. Nous ajouterons ici l'importance de prolonger ces idées à un modèle bio-psycho-socio-culturel.

Le rôle du médecin

De ces concepts nous pouvons faire un pont avec le rôle du médecin. Au vu de la complexité de la position à adopter (avis divergents), il est intéressant de réfléchir quelle position le médecin doit adopter vis-à-vis de la sphère culturelle ou privée de son patient lors de l'entretien.

Le professionnel émet l'avis suivant : « *Il faut définir quel est le rôle du médecin. Jusqu'où le médecin doit intervenir dans la vie privée du patient. Pour certains patients oui, mais fouiller dans son bagage culturel c'est aller directement dans sa vie privée et je ne sais pas jusqu'où le médecin est autorisé à aller fouiller dans le bagage culturel de quelqu'un. C'est une chose à définir. Est-ce que vous m'autoriser à aller voir un peu votre passé ? Si la personne est partie prenante alors oui, mais autrement c'est difficile. Alors je pense que pour une personne qui serait d'accord d'aller plus loin dans la relation, ce sera important pour les traitements et pour établir une bonne relation médecin-malade mais autrement non. (Médecin 4)* ». Ce que le médecin mentionne ici, c'est que la qualité de la relation médecin-patient est déterminante pour aborder certains aspects de la vie des patients. Il semble donc essentiel selon lui de se concentrer sur la création de cette relation thérapeutique avant d'explorer certaines thématiques. De plus, il est important de respecter la volonté du patient de ne pas partager totalement sa sphère privée. A ce titre, il ajoute : « *Attention à l'indiscrétion. Je ne pense pas que le médecin ait le droit d'être indiscret. A long terme ça peut être négatif dans la relation parce qu'il y a des choses que le médecin ne doit pas forcément connaître. (Médecin 4)* ».

Dans un même ordre d'idée, le clinicien souligne le risque que peut engendrer l'investigation du bagage culturel auprès de certains patients, notamment les patients requérants d'asile. Ainsi cette investigation, selon lui, « *pourrait être assimilé à un interrogatoire de police comme ils en ont eu déjà pas mal. Je pose des questions sur leurs pays d'origine et cherche à savoir un peu depuis quand ils sont là. La plupart je ne sais même pas comment ils sont arrivés ici. [...] Ce qu'ils ont vécu, avec des questions assez ouvertes, je pose une ou deux fois la question dans les grandes lignes, mais je reviens pas trop là-dessus. Souvent il y a des troubles de stress post-traumatique, donc il faudrait pas trop les réactiver non plus. Là c'est*

un espace d'écoute, un espace de soin on a déjà assez à faire. (Médecin 6) ». Cet exemple atteste d'un point essentiel selon nous. La consultation médicale doit être une sphère de partage, d'écoute et de collaboration mais doit aussi représenter un univers sécurisant pour le patient afin que celui-ci puisse se livrer. Il semble adéquat de penser qu'aborder certains sujets avec certains patients puisse nuire à ce climat de confiance et de sécurité. Dès lors il appartient au clinicien de faire la balance entre le bénéfice de l'acquisition de connaissance concernant le patient et le risque, en enfreignant la sphère intime du patient, de réduire la qualité de la relation thérapeutique. Le médecin doit donc faire preuve de perspicacité pour percevoir quelle attitude il doit adopter et parfois s'arrêter très tôt dans une telle démarche. Par ailleurs, comme le fait remarquer le praticien : *« Il y a toute une catégorie de gens qui préfèrent de loin aller dans une permanence précisément parce que ils n'ont rien à dire sur leur vie. (Médecin 4) ».* Cet énoncé montre une autre réalité, à savoir que toute une catégorie de patients préfère des soins rapides, ciblés sur leurs plaintes et ne désire pas obligatoirement développer un quelconque partenariat avec le praticien. Il est donc aussi du devoir du médecin de savoir reconnaître ce type de patient et d'agir adéquatement.

Une autre opinion du médecin vient pondérer ces propos: *« En général, le ressenti des patients est favorable quant à l'exploration de leur vie ou vécu, cela personnalise la consultation. En consultation ils se sentent en confiance (secret médical), [...], ils se sentent à l'abri du regard ou d'une critique. Ils savent que ça reste ici et que l'on ne va pas aller raconter à tout le monde. [...] Ils n'ont pas l'impression de perdre leur temps. [...] Dès qu'il y a un suivi, les gens aiment assez qu'on sache qui ils sont. (Médecin 3) ».* Ce médecin, semble penser que rares sont les personnes qui ne veulent pas parler d'elles-mêmes, en partie parce que le cadre offert par la consultation est rassurant et intime. L'espace créé par le praticien peut donc représenter l'opportunité que certaines personnes recherchent pour justement se livrer. Il permet d'aborder des discussions impossibles à avoir dans un autre contexte.

Nous nous heurtons à une des difficultés et force de la profession de médecin de famille. Les aspects relationnels sont particulièrement importants dans le cadre d'un suivi à long terme en médecine ambulatoire, ce qui distingue la médecine de famille de la médecine hospitalière. Ainsi, dans la construction d'une relation adéquate de confiance à long terme, il revient au médecin de famille de sentir comment évolue une relation, pour ne pas créer de malentendu, tout en respectant la liberté du patient du choix de partager son vécu. Pour cela, le médecin de famille se base sur son expérience, sa sensibilité et son ressenti. Néanmoins, la participation active du patient offre bien des pistes pour une bonne consultation. Et comme nous l'avons montré dans le point « prise de contact » de ce chapitre, il ne faut jamais négliger les influences de l'instant présent. C'est encore ce que souligne le clinicien : *« Je ne sais pas jusqu'où j'aurais pu me permettre de poser des questions. On peut introduire et voir si la personne a envie ensuite d'en parler. On peut les mettre sur le chemin mais pas systématiquement. Ça c'est selon le moment, la façon dont le patient est disposé et selon la façon dont le médecin est disposé. Parce que le thérapeute n'a pas forcément envie de parler d'autre chose que du médical un jour et le jour suivant, il aura peut-être envie de parler de tout autre chose que du médical. Donc ça dépend beaucoup aussi de son état d'esprit personnel. (Médecin 4) ».*

Nous observons que la culture offre une dimension propre à la réalité de la consultation et que s'arrêter sur la question offre des possibilités. Possibilités de découverte du patient, de compréhension mutuelle et de création d'une relation de confiance. Nous comprenons, que la culture régit en partie l'interaction entre médecin et patient car elle définit bien des côtés de la sphère intime du patient. Il est donc nécessaire de travailler sur cette relation de confiance afin

de connaître adéquatement les patients. Etre à l'écoute et ce de manière empathique en est certainement la base. La relation thérapeutique de qualité est de ce fait une condition sine qua non à la médecine générale que la culture forge tant dans la création que dans le développement.

Techniques

Une fois le cadre posé autour de la question culturelle, nous devons explorer les techniques de communication de chacun et d'accès à la culture. Nous avons discuté jusqu'ici de la question de l'intérêt de s'arrêter sur les aspects culturels. Nous voulons à présent mettre en valeur quelques outils pratiques des praticiens pour y parvenir.

Point numéro un, le cadre : « *ne pas être pressé, laisser les gens s'adapter. (Médecin 1)* » comme le conseille le médecin. Nous l'avons dit, il est important que les patients se sentent en confiance lors de la consultation tant vis-à-vis du praticien que de l'environnement. Si le patient se sent confortable et en sécurité, il partagera plus librement. L'environnement est défini par la temporalité, le décor et l'attitude du médecin. Il est donc primordial d'être attentif à ces trois points, mais cette appréciation est valable pour l'entier des consultations ce pourquoi nous les survolons rapidement et y reviendrons plus tard dans le texte.

Ensuite, comme le préconise le professionnel : « *il faut construire depuis où il en est. (Médecin 5)* ». Il s'agit donc de déterminer le niveau de compréhension du patient. Le rapport qu'une personne entretient avec sa plainte actuelle, comprendre son habitude de vie, afin de pouvoir développer ensemble la suite dans un langage accessible à ce dernier tant sur le plan du vocabulaire que dans le degré de complexité des explications. Ces propos sont appuyés par le clinicien : « *Je pense que cela améliore la communication. [...] La manière dont je vais essayer d'expliquer quelque chose à quelqu'un, que ce soit un ingénieur super mathématicien, un policier, un paysan ou une infirmière. Ça change quand même quelque chose dans la manière de communiquer. Est-ce que c'est juste d'ailleurs la manière dont on s'adapte, ça je sais pas. (Médecin 3)* ». La qualité de la communication est la clef de voûte de l'échange.

Comme nous l'avons mis en évidence dans le premier chapitre, les représentations de la maladie du patient offre une voie d'accès à la culture, car elle est une composante de ces derniers. Ainsi, il semble juste de commencer par déterminer le modèle explicatif du questionnement autour de la santé et pour ce faire, ce clinicien propose l'utilisation de questions médicales normales : « *Les questions médicales normales ouvrent des portes aux patients si ils veulent parler de sujet personnel. [...] Ce que j'aborde avec chaque patient c'est: qui il est, d'où il vient. Faire une bonne anamnèse sociale, une bonne anamnèse professionnelle. Et effectivement, si quelqu'un vient de quelque part d'autre qu'ici, j'essaie d'aborder un peu son parcours de vie. Ce qui me donne probablement une sorte d'idée mais peut-être complètement faussée de sa culture. (Médecin 3)* ». Ce que préconise ce médecin, est de se faire, par ce biais, une idée globale au sujet de son patient (et de sa culture), et de ce fait comprendre les bases de l'élaboration de la structure de ses représentations. Puis, afin de pouvoir y accéder, une formulation de questions de type questionnaire de Kleinmann (voir premier chapitre) semble convenir, comme le soutient le médecin : « *Alors je ne savais pas que c'était un questionnaire de Kleinmann, mais ça je le fais pratiquement à toutes les consultations. Qu'est-ce qu'il pense qu'il a, qu'est-ce qu'il s'imagine, comment il s'imagine l'intérieur du corps, [...] et des choses comme le dos, puisque je fais beaucoup de médecine manuelle, c'est affolant ce que les vaudois s'imaginent qu'ils ont dans le dos. (Médecin 5)* ». Ainsi, accéder aux représentations des patients nous permet de mieux les comprendre dans

leur ensemble bio-psycho-socio-culturel et ainsi parvenir par une pratique anamnétique optimale, à l'orientation judicieuse de la suite de la consultation.

Nous pouvons conclure l'anamnèse, en insistant sur quelques points. Comme tous les médecins s'accordent à le dire, l'anamnèse est la partie la plus importante de la consultation parce qu'elle est la meilleure source d'information dans l'élaboration d'une stratégie médicale de réponse à la pathologie, est le temps principal du développement de la relation médecin-patient, permet la découverte globale du patient et donne accès à la culture. Plus spécifiquement à notre question de recherche, il est fondamental de comprendre que c'est principalement dès cet instant que le praticien a le choix de s'intéresser à la culture et de ce fait définir la direction que prendra toute suite de la consultation. C'est donc un moment charnière où le praticien peut s'arrêter quelques minutes sur toutes les possibilités de la consultation et ainsi définir quel rôle il va prendre en fonction de l'instant présent.

STATUS

Le rapport au corps

Dans le déroulement de la consultation selon le schéma de la pratique médicale occidentale, l'examen physique fait partie des recommandations pratiques car il est un outil souvent indispensable contribuant à l'élaboration d'un projet de soins. Le praticien le pratique donc afin d'étoffer les informations concernant le patient. Nous pouvons imaginer que l'image du corps que chaque individu est fortement influencée par sa culture. « L'image du corps, est quelque chose d'acquis par chaque individu en grandissant dans le cadre d'une famille, d'une culture ou d'une société particulière, même s'il existe, bien sûr, de nombreuses variations individuelles sur l'image du corps dans ces groupes ». [19] Ceci en particulier dans les rapports aux autres, entre hommes et femmes ou dans le lien avec la religion. Dans cette optique, nous pouvons comprendre aisément les malentendus ou malaises qui peuvent exister. Prenons la citation du professionnel : « *Maintenant si on prend l'exemple de la jeune fille turque musulmane et bien ça va nous poser quelques problèmes, tout simplement par exemple pour examiner cette personne. N'allant pas pouvoir faire une consultation seul, je n'examinais jamais une jeune fille seule, je faisais toujours venir quelqu'un avec moi. Mais ça m'est arrivé que la jeune fille et la personne qui venaient refusaient un examen parce j'étais quelqu'un qui ne devais pas faire cette examen. Puis en fin de compte, après avoir discuté un moment et expliqué pourquoi je faisais cet examen, tout en allant chercher pourquoi eux le refusaient, on arrivait à trouver un terrain d'entente et réaliser cet examen. Alors qu'une jeune fille du canton de Vaud, n'imaginera jamais qu'il faille faire venir quelqu'un pour un examen de consultation simple. Je ne parle pas d'autre examen autre qu'un examen simple. Regarder dans la bouche d'une jeune fille musulmane cela peut poser un problème. (Médecin 4)* ». Au travers de ses dires, ce médecin met en évidence l'implication culturelle dans son rapport à cette jeune fille. Nous pouvons relever un certain nombre de points intéressants :

Premièrement, ce cas illustre la différence de rapport au corps entre deux filles d'origines diverses et certainement de religions différentes. Il est donc important d'y prendre garde.

Deuxièmement, cette différence entraîne une modification de la pratique du médecin. Il doit, au vu de la complexité de la situation, réaliser différemment son examen (accompagnement par une tierce personne) et prendre le temps de bien expliquer la raison de ses gestes. C'est sur ce second aspect que nous voulons insister. Il est intéressant de préciser que, comme

l'explique ce médecin, bien que la situation soit problématique, elle n'est pas sans solution. En effet, en cherchant à comprendre la vision de la patiente et en expliquant le fondement de sa pratique, il parvient à trouver un terrain d'entente au sein duquel personne ne se sent lésé et la réalisation du geste médical est possible. Au travers de ces différentes facettes, la culture prend donc part à la dynamique.

Le dernier aspect intéressant soulevé par cet exemple, concerne le positionnement du praticien. Il peut choisir de s'adapter et trouver des solutions comme le médecin ci-dessus ou au contraire interrompre la prise en charge. Nous avons entendu plusieurs positionnements au cours de nos entretiens et chacune des positions est défendable. Prenons celle du médecin : *« La seule chose que je n'accepterais pas c'est que la religion ou la culture m'empêche de faire mon métier comme je l'ai appris. C'est-à-dire, que moi je n'examine pas une peau à travers des vêtements, je pose un stéthoscope sur une poitrine et non pas à travers des habits. [...] Maintenant, si la personne n'y tient pas, elle s'en va, parce que je ne suis absolument pas disposé à exercer notre médecine, encore une fois, autrement que comme je l'ai apprise. Mais dans les faits c'est rarissime que j'aie des problèmes. Les gens qui viennent me voir, quelque soit leur culture, savent qu'ils vont voir un médecin, qui leur demande un renseignement, et qu'il faut juste avoir vu, entendu et palpé pour se faire un avis circonstancié. (Médecin 1) »*. Ce positionnement radical, impose la culture du praticien au patient. Ce dernier demandeur de service, doit s'adapter au praticien, ce dernier justifiant sa position par la bonne utilisation des outils de la pratique médicale occidentale.

Mais il finit par nuancer, ses propos : *« La compréhension culturelle de l'autre permet de garder cette distance professionnelle nécessaire. (Médecin 1) »*. Dans cette citation, il sous-entend la nécessité de connaître un minimum de la culture du patient, non pas pour changer la pratique fondamentale, mais pour adopter une approche plus adéquate et surtout avoir une attitude irréprochable.

En conclusion, nous tenons à souligner ici que, des implications directes de la culture dans la perception du corps, découle la nécessité d'une adaptation du praticien. Comme nous l'avons observé, les contraintes engendrées par la perception du corps peuvent mener le praticien ou le patient au refus de prise en charge. Cependant, le partage des conceptions et des barrières peut aussi mener, comme il nous l'a été rapporté, à une communication débouchant sur la possibilité de pratiquer certains examens.

Prendre le temps de réfléchir à la question, en intégrant des données culturelles du patient et médicales du médecin, permet d'avoir conscience des enjeux relationnels et de définir l'attitude la plus adéquate possible dans le contexte de l'examen physique. En résumé, les différences du rapport au corps symbolisent le conflit culturel potentiel et pousse les protagonistes, par l'échange, à aussi effectuer une réflexion introspective.

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE

Plusieurs aspects sont à prendre en compte dans l'annonce d'un diagnostic. Le diagnostic du médecin est basé, la plupart du temps, sur ses connaissances médicales scientifiques. Il nécessite par définition une bonne connaissance théorique et une bonne capacité de compréhension ainsi que d'abstraction. De ce fait, il arrive souvent que le patient ne comprenne pas une explication donnée par le praticien sur l'objet de sa plainte. Cette incompréhension peut avoir deux origines: le patient n'a pas reçu d'enseignement médical qui lui permette de comprendre l'explication de son médecin ou parfois parce que les concepts peuvent être trop complexes. Autrement dit, il ne partage pas la culture médicale

professionnelle du médecin. Il incombe donc au praticien d'essayer de trouver un langage, une explicitation de ses théories accessible au patient. Partant de cette constatation, il semble exister deux écoles quant à l'approche à adopter dans ces cas de figure. La première consiste à transmettre le savoir médical dans un langage adapté et la deuxième à prendre comme point de départ les représentations du patient en y apportant un complément en terme de notions médicales.

Commençons par l'avis de ce médecin : « *C'est l'explication claire du modèle médical qui permet l'interaction et pousse la personne à réfléchir autour de sa vision, autour d'une composante culturelle. C'est le partage de la culture médicale. (Médecin 1)* ». Le sens ici est la transmission du savoir du médecin en termes clairs pour amener une autre vision de la problématique au patient. Ce dernier devient ainsi à même de se remettre en question quant à ses représentations ou ses habitudes de vie. Cette façon d'agir peut être efficace dans certaines situations (petites maladies somatiques par exemple), mais elle reste néanmoins à sens unique. Deux problèmes principaux émergent selon nous de cette manière de procéder. Tout d'abord, le patient peut ne pas comprendre les explications que le praticien lui fournit et donc dans un certain nombre de cas, il risque de ne pas saisir les enjeux d'un diagnostic. Dès lors, il est possible que le patient ne trouvant pas d'intérêt dans la thérapeutique n'adhère pas au traitement. Deuxièmement, le patient peut comprendre les explications du praticien mais celles-ci peuvent ne pas le satisfaire. Spécialement, si sa représentation de son problème varie trop fortement de l'explication apportée par le praticien. Il semblerait aussi que la culture puisse influencer l'attitude du patient face au médecin dans ce contexte. Le médecin nous rapporte l'élément suivant à ce sujet : « *Donc là, la personne, d'où elle vient a une grande importance. Les personnes africaines seront toujours d'accord avec votre diagnostic, toujours d'accord avec ce que vous leur proposez. Mais, en fait, si on a pas un petit peu plus de connaissance de cette culture, on n'arrivera pas à faire un traitement efficace tout simplement parce que les personnes vont dire oui mais ne vont jamais rien faire derrière, ni suivre ce que vous leur dites de faire. Donc on se rend bien vite compte qu'il faut traiter différemment telle ou telle personne. (Médecin 4)* ».

Partager sa culture médicale n'est pas chose facile et nécessite de s'assurer que le patient ne fasse pas que comprendre les explications, mais les intègre et les accepte. Nous entendons par là que les explications fournies par le médecin aient un sens qui ne soit pas en contradiction avec la propre représentation qu'a le patient de son problème. Et pour s'assurer qu'il est parvenu à ce résultat, le praticien se doit d'explorer les représentations du patient dans le but d'avoir une explication partagée et non pas deux modèles complètement différents. C'est la seconde école de pensée.

Pour illustrer les différences possibles dans les représentations (ici des symptômes), prenons un exemple qui nous a été donné par un médecin qui nous raconte l'histoire d'une femme de 35 ans, qui vit un deuil pathologique : celui de son mari. Après investigations le praticien découvre que selon les coutumes de son pays d'origine et de sa religion, son mariage lui a été imposé. De ce fait, n'aimant pas son mari à la base, elle a été obligée d'appréhender à l'aimer parce que c'était la coutume dans sa culture. Le décès de ce dernier a donc complètement bouleversé son contexte et lui a permis d'exprimer tout un certain nombre de ressentis. Lors d'une consultation ultérieure, elle fait part d'un questionnaire au médecin de famille au sujet d'un homme : « *J'ai rencontré un homme c'est bizarre il me fait des palpitations et je rougis, je ne comprends pas ce que c'est.* ». Étonné le praticien lui explique sa vision culturelle en nommant cela « *symptômes de l'amour. (Médecin 3)* », tout en lui indiquant qu'elle était tombée amoureuse d'un homme.

Il est bien clair qu'outre le contexte culturel qui a profondément conditionné le fonctionnement de cette femme jusqu'alors (l'évolution du contexte a permis les nouveautés), elle a certainement façonné une manière de penser diamétralement différente sur l'explication de la symptomatologie que celles du médecin. Il était donc nécessaire de commencer par comprendre la situation de la patiente afin de pouvoir aborder ensemble cette nouvelle analyse de la situation. Ainsi le praticien, au lieu de se lancer dans une batterie d'exams cardiologiques inutiles, peut orienter de manière plus adéquate sa prise en charge en se plongeant dans le contexte culturel et existentiel de la patiente. En plus, d'une prise en charge plus adéquate, nous pouvons extrapoler une telle démarche à une utilisation des ressources financière de la santé mieux ciblée.

En résumé, il semblerait que la majorité des praticiens trouve qu'il est nécessaire de partir des représentations du patient comme le met en évidence ce médecin : « *Le gros du travail d'un médecin qui est à la campagne c'est d'essayer d'accoucher le patient d'un sens parlant pour lui. C'est de les remettre dans leur histoire de vie à eux. [...] Aller d'abord rencontrer le patient où il en est et pas seulement lui imposer une explication qui serait probablement beaucoup plus intelligente que la sienne, mais d'aller le retrouver et d'éventuellement construire avec lui sa solution à lui. (Médecin 5)* ». De cette manière, nous pouvons obtenir une participation active du patient et très certainement une meilleure efficacité thérapeutique. Il s'agit ici d'élaborer une analyse avec le patient tout en partageant notre culture médicale en l'adaptant face à la pluralité culturelle, face à des modèles explicatifs variés. Par la personnalisation de la consultation, le patient reste au centre et se sent plus concerné. Ainsi, la relation patient-médecin reste un échange où les deux protagonistes se rapprochent d'un rôle égalitaire, d'un enseignement réciproque. Plus praticiens et patients sont proches quant aux représentations, plus la relation semble adéquate. Cette affinité se constate lorsque le praticien a l'impression de partager un tronc commun de culture avec le patient. Le partage de la culture devient le socle de la qualité relationnelle, comme l'exprime le médecin : « *Il y a des gens qui sont de « ma culture », donc là les choses se passent, je ne vais pas dire comme égaux, mais il y a une certaine compréhension sans qu'on ait besoin de le souligner ou sans qu'on ait besoin de le dire chaque fois. (Médecin 3)* ».

Le patient peut avoir de multiples représentations concernant, notamment, la thérapeutique. Nous avons vu l'utilité de partager une vision commune en ce qui concerne le diagnostic. Il va de soi que dans une suite logique, ce procédé devrait pouvoir s'appliquer à toute la thérapeutique. Afin de promouvoir l'implication du patient, il est primordial que celui-ci participe aux choix de la thérapie et en comprenne les fondements.

Pour revenir sur un plan moins abstrait et appuyer sur la nécessité de connaître son patient, prenons l'exemple de la forme galénique d'un médicament et son influence. A ce propos, le praticien observe : « *Une injection fait tellement plus de bien qu'une pilule à un kosovar. C'est incontournable. C'est pratiquement dans tous les pays qui ont eu la pénicilline et il faut toujours faire la piqûre du côté où ils ont mal. Ça c'est des choses culturelles qui sont aussi très importantes. Une recherche active de ce genre de choses est très importante pour le traitement, pour la compliance, mais aussi pour le succès du traitement. (Médecin 5)* ». L'intérêt de cet exemple se situe dans l'adaptation de la pratique médicale pour potentialiser l'effet bénéfique d'un traitement. Connaître et explorer la culture du patient nous permet de choisir la façon de faire la plus adaptée à son cas. Ce choix ne nous fera pas pour autant négliger ce que nous avons appris et la manière dont nous envisageons une pratique correcte selon notre culture médicale.

Si l'exploration de la sphère culturelle du patient permet une meilleure adaptation de sa prise en charge, il se peut qu'elle permette dans quelques situations de trouver une explication en

terme d'échec médical. Prenons un exemple d'ici : la difficulté de lutter contre l'alcoolisme qui est pourtant une des plus grandes causes de mortalité dans le canton de Vaud. La culture du vin y est prédominante et totalement intégrée aux habitudes de vie. « *On ne va pas pouvoir changer ça, parce pour certaine personne ce n'est pas poli de ne pas ouvrir une bouteille de vin quand les gens arrivent. (Médecin 3)* ». Alors, comment aborder la question de la réduction de consommation d'alcool ou de l'abstinence pour une personne qui, dans son éducation, a appris à s'ouvrir aux autres par la boisson, où l'alcool est parfois son unique lien social, où le vin représente le produit du terroir et qu'il est synonyme de culture locale depuis des générations. Il en va de même pour la signification du mot alcoolisme: il existe une différence marquée entre monde médical et monde populaire. Par exemple, une consommation de 4 bières occasionnelle en une journée ne représente pas dans la culture populaire une consommation à risque. Nous mettons en évidence qu'en fonction de notre culture, ici populaire ou médicale, la signification des mots diffère et que parfois, poser un diagnostic puis appliquer une thérapie n'est pas chose aisée. Mais pour le praticien en avoir conscience est tout de même un plus, comme l'observe ces cliniciens « *Cela permet de relativiser ou de comprendre pourquoi la thérapeutique ne fonctionne pas. (Médecin 3)* ». « *Parce que finalement ce que l'on nous demande, tout compte fait, s'est de réussir quelque chose et si je ne peux pas, c'est d'au moins dire pourquoi. (Médecin 1)* ». En résumé, l'intégration de la dimension culturelle permet la mise en évidence des limites médicales et d'apporter tout de même une réponse aux patients en envisageant peut-être des approches différentes.

Il semble important à ce stade de mettre en évidence un malentendu qui peut survenir lors d'un tel processus. Il est clair que de nombreuses fois nos patients ont des requêtes exagérées ou déplacées. S'adapter au patient en fonction de qui il est ne revient pas à se plier aux exigences du patient. Premièrement, nous ne serions plus dans une relation dite égalitaire prônée comme base de cette conception thérapeutique. Et deuxièmement, si les demandes du patient sont exagérées, c'est bien souvent qu'il ne saisit pas tous les enjeux de la médecine occidentale. Il est donc encore une fois important de bien connaître son patient, de chercher à savoir comment il construit ses demandes, pourquoi il les construit, afin d'avoir la réponse la plus adéquate possible. En résumé la demande fondamentale est « *d'identifier le besoin et avoir l'énergie de trouver la solution. (Médecin 2)* » comme le remarque le praticien. Alors si en plus l'optimisation de la solution est possible par la participation du patient, cela permet « *d'améliorer constamment l'efficacité de mon diagnostic et de mes traitements. (Médecin 1)* ».

Le principe de l'approche est basé sur la manière qu'a le patient de percevoir sa situation. Ainsi, partir encore une fois des représentations du patient semble être un avantage comme le dit ce professionnel : « *Utilité des représentations dans une perspective motivationnelle. (Médecin 6)* ». Dans cette optique, la technique consiste non pas à imposer une ligne de conduite au patient, mais bien au contraire de la créer avec lui. De partir d'où il en est et d'élaborer avec lui la thérapie future, en abordant les aspects psychologiques, sociaux et culturels.

L'entretien motivationnel, en plus d'être un bon exemple de l'importance culturelle, est construit selon un mode de questionnement similaire aux questions qui vont permettre l'accès indirect à la culture ou plus précisément aux représentations du patient. Dans toutes les thérapies, l'adhérence au traitement est primordiale. Il est donc fondamental que le patient suive le traitement adéquat. Ce point est encore plus prédominant en ce qui concerne les entretiens motivationnels, car ils traitent des problématiques de style de vie, d'addiction ou pathologie chronique, sujets bien connus pour être plus difficilement modifiables.

Cette manière de faire qu'on nomme « l'empowerment » est prouvée aujourd'hui comme plus efficace. Reprenons le cas des maladies silencieuses.

Comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, la compréhension de l'utilité d'un traitement est parfois difficile quand les symptômes sont discrets ou invisibles. Un médecin remarque à ce sujet : « *Au fond les patients ça leur est assez égal. Ils prennent les médicaments parce qu'on leurs dit de prendre les médicaments, s'il les prennent. Ce qui les préoccupe beaucoup plus c'est le pouce qui fait mal ou bien à la rigueur la fille qui pose problème ou autre chose que cette histoire de maladie silencieuse. (Médecin 3)* ». Il est clair que pour des problématiques plus évidentes, le patient sera plus impliqué spontanément et pour autant que l'on puisse répondre à sa demande, le traitement en sera plus efficace ou en tout cas mieux suivi. Partant de ce postulat, l'idéal serait de parvenir à impliquer le patient de la même manière pour tous les motifs de consultation ou toutes les pathologies, de le repositionner comme pilote de son corps et de sa vie, tant sur le plan des responsabilités que des volontés et des choix thérapeutiques. A nouveau la position du médecin n'est plus d'imposer un traitement, mais d'une certaine manière d'accompagner le patient pour que lui-même choisisse le traitement. Se positionner un maximum au même niveau. Cette rencontre peut difficilement se faire si le praticien ne connaît pas et ne comprend pas suffisamment bien son patient, qui il est. Il est assez simple de se dire que plus on connaît quelqu'un, plus nous pouvons trouver des solutions adaptées à la personne et la situation. « *Je pense que la relation c'est la moitié du médicament. (Médecin 7)* ».

Que ce soit en terme de traitement ou de projet de soin, il apparaît que la prise en compte des représentations du patient puisse mener à une meilleure collaboration thérapeutique. Cette approche paraît utile en termes de relation thérapeutique et dans une perspective motivationnelle.

CULTURE ET MEDECINE

UN MONDE PLURIEL

Nous avons pu observer dans nos recherches que la multiculturalité est aujourd'hui une réalité. Nos investigations sur le terrain auprès des médecins de famille nous ont confirmé cette réalité. Depuis quelques années la patientèle des médecins de famille de la région lausannoise apparaît comme plurielle comme le disent ces praticiens. « *Dans cette salle d'attente a défilé le monde entier. (Médecin 2)* ». « *Dans ce quartier [...] la multiculturalité est une évidence. (Médecin 1)* ».

Ainsi comme nous l'avons observé dans la littérature, des compétences transculturelles (présentées plus haut) ont été mis en place pour faire face à cette réalité. Issus de l'anthropologie médicale et du monde médical, ces outils ont pour but d'essayer d'approcher la diversité culturelle le plus adéquatement possible. Nous avons jusqu'ici tenté de mettre en relief l'émergence de la culture dans la consultation médicale. Notre volonté est à présent de présenter les méthodes qui, selon l'expérience pratique des médecins de famille, semblent leur être utiles pour mieux pratiquer dans un monde pluriel.

Dans la partie qui va suivre, nous présentons une discussion confrontant les concepts de médecine transculturelle résumés par Althaus [11] (premier paragraphe) avec les constatations issues de nos entretiens. Nous avons donc regroupé ces comparaisons selon les trois parties théoriques: savoir, savoir-faire, savoir-être.

SAVOIR

« Améliorer les connaissances médicales théoriques (savoirs) des soignants : ces connaissances sont essentielles pour prendre en charge des patients originaires de pays où la prévalence de certaines pathologies est très différente de celle de la Suisse [...] et où certaines pathologies sont fréquentes alors qu'elles sont inconnues chez nous [...]. Il est également nécessaire de mieux connaître les traitements spécifiques de ces pathologies auxquelles nous n'avons pas l'habitude d'être confrontés. De plus, il est important d'être conscient que les réponses aux traitements anti-hypertenseurs ou anti-diabétiques oraux par exemple peuvent varier de manière importante en fonction de l'origine. La connaissance des déterminants sociaux de la santé et de leur importance fait également partie de ce chapitre et les exemples sont nombreux pour expliquer qu'une partie des différences observées du niveau de santé est due à des inégalités sociales. » [11].

Nous observons que l'idée théorique à propos du développement du savoir de la médecine transculturelle concerne uniquement les connaissances théoriques scientifiques médicales. Il paraît évident que ces connaissances médicales représentent le socle de l'exercice de la médecine. Cependant, au fil de ce travail, nous nous sommes rendus compte que l'application stricte de ces uniques connaissances ne suffit pas, selon les médecins de famille, à prendre en charge un patient de manière optimale. Il semblerait que pour prendre soin de ses patients, il faille tenir compte de dimensions plus larges que strictement biomédicales. Ainsi, cette prise en charge nécessite des connaissances plus variées.

Selon un médecin, pour faire face aux situations variées de sa consultation, le praticien devrait constamment enrichir ses connaissances. Dans cette ordre d'idée ce médecin nous relate que: « *Pour pouvoir rester bon dans nos métiers, il faut pouvoir avoir un développement personnel. (Médecin 2)* ». Ainsi, d'après elle, d'une part, le médecin devrait d'une part développer ses connaissances médicales et d'autre part il devrait savoir s'intéresser de près au monde dans lequel il vit. « *Avoir un pied droit médical solide et un pied gauche humaniste global afin de garder sa sensibilité. (Médecin 2)* ».

Pour soutenir la pertinence des idées ci-dessus, illustrons à l'aide d'exemples issus de nos entretiens quelques domaines extramédicaux que nous considérons comme représentatifs d'une telle démarche.

Un élément important fréquemment rapporté lors des entretiens est l'importance d'avoir de bonnes connaissances concernant le monde dans lequel nous évoluons. Ainsi, posséder des connaissances sur le plan géographique, politique et historique semble un atout majeur dans la rencontre de l'autre. L'acquisition de ces connaissances participe au processus d'empathie de part le fait qu'elles permettent plus facilement au praticien de se mettre à la place du patient. De ce fait, elle favorise la compréhension de la problématique de santé ainsi recontextualisée. « *Comment être empathique avec une personne qui vient de vivre un massacre dans sa famille angolaise, si on ne sait pas qu'il y a une guerre en Angola. (Médecin 2)* ».

Dans un même ordre d'idée, en Suisse, nous avons depuis les années 90 assisté à une importante migration en provenance d'Ex-Yougoslavie et des Balkans. Il nous paraît évident que, pour rencontrer ce type de patient provenant de zones de conflits avec de potentiels lourds parcours de vie, il est nécessaire de posséder une connaissance minimale des conditions de leur départ, de leur émigration, ainsi que de leur arrivée en Suisse.

Prenons maintenant comme exemple le potentiel écart générationnel entre soignant et soigné au sein de la population suisse. Au vu de la pénurie des médecins de famille, nous assistons à

une augmentation de l'âge moyen des médecins de famille. Nous pensons qu'il est du devoir du médecin de comprendre son époque et ainsi de pouvoir s'occuper au mieux des nouvelles générations. Il en va de même pour les jeunes médecins. A l'inverse, dans une population vieillissante, le médecin plus jeune, doit savoir se replonger dans le passé pour comprendre ses patients. Ainsi selon le médecin « *Si vous voulez prendre en charge correctement une personne âgée qui a maintenant 80 ou 85 ans vous avez le devoir de connaître l'histoire suisse de ces 20 premières années à elles. (Médecin 1)* ». Par ce biais il est possible de mieux comprendre le contexte dans lequel cette personne s'est construite, les valeurs auxquelles la personne pourrait rattacher plus d'importance et bien évidemment les représentations que peuvent prendre certains aspects de la santé, de la maladie ou du handicap. L'exemple qui nous a été donné ici est celui du permis de conduire. Si nous contextualisons, la liberté et l'autonomie apportée par un véhicule, n'est plus aussi forte aujourd'hui au vu du développement des transports publics. Toutefois, comme le mentionne le praticien, il faut penser à : « *l'idée symbolique du permis de conduire que peut avoir la personne âgée pour générer une ouverture à la discussion. (Médecin 1)* ». Selon lui, la reconnaissance de ce symbole et l'ouverture du dialogue par ce biais aurait un impact très favorable dans l'accompagnement de la personne vers l'arrêt de la conduite qui peut être un sujet sensible.

Un autre domaine fréquemment abordé est la thématique de la religion. La religion est à l'origine de valeurs, comportements et conceptions potentiellement en rapport avec la santé. La connaissance, ne serait-ce que partielle, de certains comportements religieux permet au praticien de rester vigilant dans certaines circonstances.

Ainsi prenons un exemple qui nous a été rapporté. Le médecin peut faire certaines « *adaptations en fonction du ramadan* » comme nous le rapporte le professionnel. Sans entrer dans trop de détails, si nous prenons un traitement potentiellement asthéniant, il est important dans ce contexte d'être sûr, par exemple pour un travailleur, que le traitement additionné au ramadan n'entraînerait pas un excédent de risque d'accident sur son lieu de travail.

Pour ce médecin, un savoir des religions permet « *d'utiliser les connaissances culturelles pour justifier sa pratique. (Médecin 1)* » L'exemple précis donné par le médecin de famille était que, connaissant les règles de l'Islam, celui-ci savait que le report du ramadan peut se justifier en cas de problème de santé. Donc dans cet exemple le praticien utilise ses connaissances pour mener le patient à poursuivre son adhérence thérapeutique.

Il nous semble important de rappeler, comme mis en évidence précédemment, que des connaissances culturelles, telles les connaissances religieuses, nous semblent nécessaires afin de réaliser une pratique la plus adéquate possible. Mais ces connaissances impliquent aussi un risque d'étiquetage, comme nous l'a souligné le clinicien « *L'étiquetage ne sert à rien et l'étiquetage culturelle ne m'aide pas. (Médecin 5)* ». Il revient donc au praticien de savoir utiliser ses connaissances comme une aide dans la rencontre de l'autre et non comme un guide.

En conclusion, un savoir tant médical que par des connaissances sur le monde qui l'entoure est nécessaire au praticien pour l'exercice d'une pratique plus centrée sur le patient. Cette manière de faire est à notre avis plus adéquate. Nous constatons que les conclusions que nous tirons de l'expérience des praticiens soutiennent la littérature, tout en définissant une vision plus large des champs de connaissance nécessaire au développement du savoir. Dans ce contexte, le principal obstacle reste le manque de temps pour acquérir ce savoir extra-médical. Problème pour lequel nous n'avons pu mettre de solution en lumière car il dépasse le cadre de notre travail.

SAVOIR-FAIRE

« Améliorer le savoir-faire (aptitude) des soignants à s'occuper de patients d'origine migratoire. Ce sont essentiellement des compétences en communication qu'il est nécessaire d'acquérir pour améliorer le savoir-faire. Les liens entre une meilleure communication et l'amélioration de l'état de santé ont été démontrés il y a une dizaine d'années déjà par l'équipe anglaise du Dr Stewart dans une étude fondamentale dans ce domaine. La spécificité transculturelle de cette étape incontournable de la relation patient-médecin est liée au dialogue (consultation avec un tiers traduisant), à l'identification du modèle explicatif de la maladie, à la négociation du plan de traitement et de suivi, à la gestion des conflits induits par des perspectives différentes et à l'identification commune des résultats attendus » [11].

Le savoir-faire peut être conçu comme un ensemble de compétences communicationnelles, que le praticien a à sa disposition pour prendre en charge son patient. En médecine de famille, ces compétences s'avèrent d'autant plus précieuses de par le fait que le médecin joue fréquemment office de pont entre le monde médical et l'individu.

Prenons l'exemple de l'émergence de la problématique du SIDA dans les années 90, un médecin nous apprend qu'à l'époque, lors de l'arrivée de cette pathologie, la communauté médicale s'est retrouvée désemparée. A l'époque, les praticiens n'étaient pas habitués à explorer l'orientation et les pratiques sexuelles des patients lors de l'anamnèse. « *Apprendre quel outil pour communiquer avec ces populations. [...] Il a fallu à l'époque pour les médecins apprendre à faire une anamnèse sur les pratiques sexuelles des gens. (Médecin 2)* ». Ainsi pour déceler des comportements à risque (multiples partenaires, rapports non protégés, sexe anal, etc.), il a fallu adapter l'anamnèse. Le corps médical a dû affiner son savoir-faire afin de gérer une problématique nouvelle touchant principalement la communauté homosexuelle.

En plus des outils anamnétiques, le médecin doit avoir recours à différentes techniques de communication. « *On doit pouvoir entrer dans le monde des représentations de l'autre pour essayer d'imaginer pour tel être humain, tel problème, telle angoisse, telle pathologie qu'est-ce que cela représente. (Médecin 2)* ». Il est ici question, selon le médecin, des modèles explicatifs. Le but de ces démarches est de créer la relation thérapeutique dans le respect de l'autre et ainsi de pouvoir le prendre en charge. « *Essayer de respecter l'autre, essayer d'entrer dans son monde de manière à ce qu'une relation puisse s'établir et qu'on puisse faire notre boulot de médecin. (Médecin 2)* »

De plus, pour un autre praticien, ces outils de communication doivent être appliqués à tous les patients. « *Vous faites une démarche que vous faites avec n'importe qui. J'essaie toujours de comprendre quelle est la symbolique pour le patient d'une situation donnée. Et ça pour moi, ça fait partie du respect de l'autre, d'essayer de comprendre quelle est sa vision symbolique à lui de son corps et de sa vie. (Médecin 1)* ».

Si l'investigation des représentations du patient est un des outils de communication, le partage de la culture médicale en est un autre. Comme mentionné plus haut, afin de partager un plan de prise en charge commun, il semble important de prendre en compte les aspects culturels du patient. Selon le médecin, le partage de sa culture médicale, comme nous l'avons vu, peut servir à l'ouverture du dialogue et ainsi mener le patient à apporter sa dimension culturelle. « *Je lui explique pourquoi je le fais, pourquoi est-ce que je réfléchis comme ça, pourquoi je pense à cette thérapeutique. Et cette explication, en bonne et due forme que je lui donne très spontanément, fait qu'il va interagir avec moi. C'est ainsi que va s'installer des fois un*

dialogue où le patient apporte une composante culturelle qui m'était auparavant inconnue, mais que je vais intégrer après. (Médecin 1) ».

Disposer de temps pourrait être vu comme un moyen pour développer la communication, mais dans la médecine générale, le temps représente beaucoup plus que cela. En effet, le médecin peut utiliser cette dimension, pour tisser des liens avec ses patients, comme outil diagnostique ou encore pour évaluer l'efficacité d'une thérapeutique. Le temps nous semble être une dimension centrale du suivi médical dans ce sens où il permet d'approcher le patient d'une manière globale, systémique. Cette approche permet donc d'avoir accès à de potentiels enjeux culturels lors de la consultation. Ainsi comme nous l'explique le praticien: « *La durée du temps de la relation médecin-patient, c'est quelque chose pour moi d'extrêmement précieux, car l'aspect systémique c'est de voir le patient non pas comme un organe mais comme un être humain. C'est l'être humain dans son système, sa famille, son boulot, ses hobbies, etc. Quand un patient arrive, déjà il y a mise en place d'une relation intersubjective qui est une vraie relation entre deux personnes qui co-construisent un projet de santé. Enfin ça c'est ma définition de mon boulot, ce n'est pas de chercher des maladies, c'est de co-construire des projets pour la santé de l'autre, de co-construire entre « je » le patient et « je » le médecin, c'est ça que ça veut dire l'intersubjectivité. (Médecin 2) ».* Le deuxième message de ce médecin, concerne encore une fois la nécessité de prendre des décisions concernant le projet de soin en commun accord avec le patient. Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédant, parvenir à une compréhension commune nécessite une implication active du praticien qui selon nous représente un savoir-faire.

En plus des compétences propres au médecin, nous l'avons relaté, il est possible dans nombre de cas de les compléter par celles d'un tiers. Nombre de médecins nous ont rapporté avoir ou avoir eu recours à des interprètes dans plusieurs de leurs consultations, ceux-ci ayant les connaissances culturelles appropriées afin de communiquer correctement avec le patient et aussi les compétences d'informer le médecin sur de potentiels enjeux culturels que celui-ci ne pourrait cerner. Cependant, selon le clinicien : « *Il faut dans certaines circonstance recourir à des interprètes. Mais, une femme ne va pas parler librement de certaines thématiques si le traducteur est son fils ou mari* ». Malheureusement, le recours à ces interprètes est peu fréquent principalement dû au coût qu'il engendre. Car, excepté dans le cas de certains permis de séjour, l'interprète est à la charge du médecin avec pour exemple, un coup moyen de 200.-/heure pour un interprète formé à Appartenance.

Actuellement, force est de constater que la majeure partie des personnes qui vont faire le travail d'« interprètes » sont non-professionnels. Il s'agit des amis ou de la famille du patient avec tous les risques que comprend un tel procédé. Parmi eux, on peut compter que la traduction soit inexacte ou encore que le secret médical ne soit pas respecté. [26]

En résumé, le savoir-faire concerne un ensemble de compétences en termes de communication. Ces capacités ont toutes pour but d'augmenter le partage entre praticien et patient. Nous remarquons que les outils spontanément mis en avant par les praticiens corroborent aux principes des compétences transculturelles énoncées précédemment.

SAVOIR-ETRE

« Améliorer l'attitude (savoir-être) des soignants à l'égard de leurs patients d'origine migratoire. Ceci passe par la prise de conscience de sa propre origine socioculturelle, la mise en évidence de ses a priori et les stéréotypes que nous nous sommes construits. L'idée est de tenter de comprendre dans quelle mesure tout ceci influe (positivement ou négativement) sur son comportement à l'égard de ses patients en général et de ses patients d'origine migratoire en particulier et quelle sont les répercussions sur la prise en charge » [11].

Le savoir-être du médecin consiste en un positionnement et une attitude adéquate vis-à-vis du patient. Elle présuppose une neutralité, du respect et de l'empathie vis-à-vis de ceux-ci.

« La première chose qui est demandée au médecin, à l'être humain qui devient médecin, dans le savoir-être médecin, pas le savoir-faire technique, c'est d'être dans un positionnement tel qu'il puisse s'approcher de l'être humain souffrant, sans condition, le pauvre, le riche, le blanc, le noir, le gauchiste ou l'UDC. C'est à dire dans sa posture de médecin, il doit être sans préjugé et échapper au stéréotype. Cela demande d'entrer dans la représentation. (Médecin 2) ».

Cette vision, proposée par ce médecin, nous expose une définition du savoir-être médecin où le praticien doit se défaire des stéréotypes et des catégorisations ce qui semble permettre une approche adéquate de tous patients. Comme le résume le médecin, avec une *« médecine humaniste qui reste modeste. (Médecin 2) ».*

La bonne attitude ou le bon comportement à adopter peut varier en fonction du patient. Ainsi comme nous l'a présenté le professionnel, *« la compréhension culturelle de l'autre permet de garder cette distance professionnelle. Ce qui est synonyme d'efficacité et non pas de froideur ou de manque d'empathie. En plus, cela évite toutes sortes d'ennuis parce qu'en fonction des cultures, ce n'est pas la même façon de saluer, d'entrer en contact l'un avec l'autre, etc. (Médecin 1) »* Une attitude adéquate passe par une bonne prise de contact, des connaissances culturelles et le maintien d'une distance professionnelle adéquate.

L'attitude du médecin dépend aussi de sa propre histoire. Ainsi en fonction de son bagage, le médecin construit aussi un idéal de sa propre profession. De cette conception découle une ligne de conduite. *« Hors devenir médecin cela veut dire évoluer personnellement sur le plan des valeurs humanistes qui permettent ce positionnement. Parce que sinon on ne peut pas entrer dans le monde de l'autre et se représenter ce qu'il est entrain de vivre, ce que pour lui signifie avoir mal au dos ou ce que pour cette femme d'origine étrangère signifie d'avoir mal au ventre. Et on ne va pas forcément être capable de les accompagner. Donc devenir médecin implique cet effort là sur soi-même. (Médecin 2) ».*

L'être humain médecin, comme ses patients, est un être de culture. Que ce soient ses origines, la société dans laquelle il a grandi ou sa formation médicale, toutes ces dimensions (loin d'être exhaustives) façonnent son comportement face à l'autre. Au fil de nos entretiens, nous avons pu observer que ces caractéristiques se retrouvent dans la manière de pratiquer.

L'attitude du médecin à l'égard de ses patients est donc influencée par sa culture, ses idéologies, ainsi que son parcours de vie. Il est possible de tracer des parallèles entre, par exemple, les positions politiques du médecin et sa manière d'aborder la consultation. Ainsi on retrouve une empreinte libérale dans un de nos entretiens. *« Ma foi, si le patient ne veut pas se faire soigner, advienne que pourra. C'est la liberté que je lui laisse. C'est d'adhérer à ce que je lui propose ou non mais en n'ayant aucun ressentiment s'il fait autrement. (Médecin 1) ».* Ce médecin, laisse donc la possibilité au patient d'accepter le service qu'il lui offre ou non.

Dans un même ordre d'idée on retrouve un parallèle entre le comportement du médecin et son expérience de vie. Ainsi quand ce médecin nous rapporte: « *J'ai aussi été élevé dans un esprit où tu as parfaitement le droit de croire ce que tu veux, mais tu ne dois pas oublier qu'il y a des tas de gens qui pense autre chose. (Médecin 1)* ». Il nous explique qu'à l'époque, il faisait partie d'une minorité religieuse. Il pouvait pratiquer selon sa confession mais sous réserve de ne pas aller à l'encontre de la majorité pratiquant une autre confession. Cette conception, nous la retrouvons lorsque ce même médecin nous rapporte: « *Ce que je demande c'est qu'ils respectent ma vision culturelle à moi dans la mesure où ils sont venus ici et que la médecine ici s'exerce comme ça. (Médecin 1)* ». Pour ce médecin, une personne qui vient d'une autre culture doit s'adapter à la culture de son pays d'accueil. C'est à elle de s'intégrer, de s'adapter à la majorité et pas le contraire. Nous observons un parallèle entre le vécu de l'enfance et le comportement actuel du praticien. Bien que l'éducation ait un rôle capital dans l'attitude du praticien, elle ne justifie pas à elle seule un comportement face à la culture. Ainsi, comme nous le rapporte un clinicien partant du principe que l'éducation véhicule des stéréotypes et différents biais, il appartient au praticien d'en tenir compte et de savoir les remettre en question si nécessaire : « *Oui sûrement, parce que moi j'ai aussi été éduqué dans ma culture avec mes préjugés et avec mes biais. Alors j'essaie d'être aussi neutre et ouvert que possible et puis d'évoluer. (Médecin 3)* ».

La personnalité du médecin, construite par plusieurs composantes, va prendre un rôle important dans l'interaction avec les patients. Ainsi un médecin nous rapporte : « *Le médecin de famille en fonction de sa personnalité va avoir un type de clientèle. Si vous êtes quelqu'un qui est réputé pour consacrer plus de temps à la consultation, vous aurez un certain type de patient qui vont venir. Si vous êtes quelqu'un qui va vite et qui pose de bon diagnostic mais n'est pas à l'écoute, certains patients ne vont pas venir vous voir. Donc avec le temps, automatiquement, il y a une sélection qui se fait de bouche à oreille. Les personnes viendront vous trouver parce que vous avez telle ou telle façon d'aborder les choses. (Médecin 4)* ». Selon cet énoncé, les patients vont choisir un praticien aussi en fonction de sa personnalité et sa manière de consulter. Il apparaît donc que la diversité des pratiques, et donc de savoir-être, offre la possibilité pour le patient de trouver un praticien qui lui convient.

Il est intéressant de voir que certains praticiens ne se sentent pas forcément à l'aise avec certains patients, notamment pour des raisons de confession. Ainsi, le professionnel nous avoue que « *C'est difficile de s'occuper de patients évangéliques.* ». Elle nous décrit ces patients comme « *exigeants* » et comme des patients « *qui ont plus de peine à accepter que les autres* ». Il est étonnant que le médecin se rende compte lui-même que, de ses conceptions des patients évangéliques, il génère probablement une « *contre-attitude. (Médecin 5)* » à leur égard. Il est important de mettre en évidence que son attitude et son expérience en rapport avec cette catégorie de patient va déterminer l'approche relationnelle. Ainsi, il ne fera pas preuve de la neutralité nécessaire à une prise en charge respectant le principe d'équité. De ce fait, comme nous l'avons mis en évidence plus haut, un travail introspectif peut donc être considéré comme un outil composant le domaine du savoir-être.

Pour conclure, nous rappellerons ici que le savoir-être du praticien dépend de plusieurs facteurs, notamment de sa personnalité, de son parcours de vie, de sa culture, de ses préjugés et ce qu'il en fait. Il apparaît que, comme relevé dans la littérature, le savoir-être correspond à une attitude ouverte, non jugeante et empathique. Nous finirons par noter que de la multiplicité des savoir-être permet au le patient de trouver un praticien qui lui correspond.

FORMATION

Après s'être intéressés à la présence et à l'implication de la culture sur le plan pratique, ainsi qu'aux compétences à acquérir dans le domaine, il nous est apparu inévitable d'explorer la présence du sujet dans la formation des médecins de famille. Ainsi, nous avons cherché à savoir de quelles informations, cours, discussions ou autres, nos praticiens ont pu bénéficier.

Pré-grade

Commençons par la formation pré-graduée, autrement dit la formation universitaire. Nos généralistes étant pour la plupart des médecins d'expérience, les informations relatant de la formation universitaire ne sont plus tout à fait d'actualité. Elles sont, par contre, très intéressantes quant à l'évolution jusqu'à aujourd'hui. « *S'intéresser à l'individu et sa culture: J'aurais voulu qu'on me donne le droit. (Médecin 5)* ». Les praticiens s'accordent à dire que la culture était présente dans la formation, mais pas de manière active. Comme nous l'avons explicité dans le premier chapitre, les questions culturelles n'ont pris un essor que depuis quelques années, non pas par leur absence auparavant, mais par une réalité changeante les mettant en avant. Il est donc normal que cela se passe également dans le cursus de formation. Il ne semblait donc pas exister de cours, séminaire, consacrés en première intention à la question culturelle, et bien des professeurs ou praticiens ne l'intégraient pas dans leur enseignement. Si bien que cela a pu créer quelques frustrations chez nos aînés car la thématique était bel et bien présente. Si les aspects n'étaient pas abordés activement, cela ne veut pas dire qu'ils n'existaient pas dans les discussions. « *Pas d'intégration de la dimension culturelle dans la formation médicale, pas dans un programme, mais le sujet était discuté dans les questions de consultations. (Médecin 4)* ». Ceci met en évidence le fait que la question culturelle ne peut se résumer à la problématique « actuelle » du migrant et, qu'au fil des années, elle a toujours été présente. « *Il y a quand même eu, un professeur comme Jéquier-Doge. Alors ce n'était peut-être pas des compétences transculturelles, parce qu'il parlait pas tellement de ce que les patients s'imaginaient, mais il m'avait frappé dans ses cours par ses connaissances. C'est à dire qu'il se laissait enseigner par le patient, même des choses toutes simples. Par exemple, comment il faisait des choses dans son métier. Il savait des tonnes de choses pratiques sur pratiquement tous les métiers. C'était probablement déjà le début de l'intérêt à ce que la maladie signifie. Parce que ça veut dire que vous vous intéressez vraiment à la vie des gens. (Médecin 5)* ».

Nous leur avons donc posé la question de savoir s'ils considéraient, au vu de leur expérience du monde du travail, qu'une intégration active était pertinente. « *Utilité d'espaces de dialogue transculturelle dans le cursus. (Médecin 1)* ». L'avis général va dans le sens du développement de ces aspects, mais dans une optique de sensibilisation plus que dans une stratégie d'intégration. Ce que nous entendons par intégration, c'est qu'étant extrêmement difficile de réduire la culture à une variable, un cours de type « comment intégrer la culture » serait peu réalisable surtout au vu du manque d'expérience de terrain des étudiants. Mais une sensibilisation à cette dimension au travers des cours semble être fort utile. C'est d'ailleurs en ce sens que la faculté avance, très prudemment. En effet, la question culturelle est de plus en plus présente dans les cours bien que de manière tout à fait modeste. Fondamentalement, bien qu'il soit pertinent de développer cette optique, nous réalisons rapidement que pour en saisir réellement les enjeux, toute une autre approche de l'enseignement devrait être envisagée sur les plans relationnels, communicationnels et pratiques, malheureusement rares dans le calendrier facultaire. L'idée prônée reste donc une sensibilisation à sa présence dans les

interactions humaines afin que lors de la pratique et au fil de l'expérience le praticien y pense et puisse l'intégrer dans sa pratique. Au final, nous tenions à placer ici une citation d'un praticien pour les étudiants. L'arrivée dans la pratique aussi difficile et compliquée qu'elle soit ne doit pas que s'appuyer sur une littérature comme « guide ». Le jeune médecin doit avoir, comme le dit un praticien « *confiance en ses possibilités et laisser l'expérience lui apporter l'enseignement suivant. (Médecin 1)* ». Ce n'est que au fil de l'expérience que nous parvenons à saisir la finesse de la profession, l'aide est tout de même la bienvenue, mais la patience est de mise.

Post-grade

Qu'en est-il maintenant de la formation continue ? Si la présence de la dimension culturelle est rare dans la formation pré-graduée, elle semble l'être aussi dans la suite de la formation. Un médecin note à ce propos : « *La formation, c'est pas tellement une formation officielle, moi je l'ai plutôt eu sur le tas ou justement par d'autres associations. (Médecin 5)* ». En effet, non pas que le sujet n'apparaisse nul part, il ne semble pas exister une plateforme ayant comme sujet principal la culture. Il existe néanmoins des formations au sujet des patients migrants et leur prise en charge transculturelle. Mais ces enseignements spécifiques restent loin de l'approche globale de la culture avec l'ensemble des patients et non pas seulement restreinte à une catégorie d'entre eux. Pour un clinicien par exemple : « *Le problème de ces formations transculturelles, c'est que ce n'est pas très proche de la consultation de tous les jours d'un médecin du Gros-de-Vaud. Il faudrait faire une formulation transculturelle beaucoup plus large, dans le sens comme vous dites dans cette interview, l'importance de la culture même entre un médecin et un paysan du Gros-de-Vaud. (Médecin 3)* ».

Ce faisant, l'avis au sujet de la mise en place de nouvelles structures est aussi mitigé. Commençons par les avis négatifs. Tout d'abord, il est vrai que la tendance générale actuelle est de vouloir former les gens continuellement sur tous les sujets. Cette volonté est parfois vécue négativement dans la profession. En effet, le développement des enseignements peut être pris par les praticiens comme une remise en cause de leur efficacité de travail. A ce propos, le médecin exprime son mécontentement, il observe en effet : « *Nous on en a marre, les médecins de mon âge, de se faire former. (Médecin 1)* ». L'autre point mis en évidence est par rapport à la formation continue globale. Le domaine médical est tellement vaste qu'il existe de nombreux sujets qui nécessitent d'être étudiés et cet apprentissage prend un temps considérable. Il faut donc un sujet ou un mode d'enseignement qui soit intéressant et utile. Les praticiens semblent tout de même penser que le contrat pourrait être rempli au niveau du sujet, et que le mode ne doit pas être formel. En parlant des jeudis de formation, le professionnel observe : « *Ce serait intéressant parce que ça permettrait de s'arrêter un moment en tout cas pour se dire que ce problème existe. Sinon, on risque de passer des journées, des semaines en fonctionnant sans avoir le temps de se poser ses questions. Donc c'est bien de le faire pour montrer que c'est une réalité qui est là et pour en faire des rappels, parce que, je pense, que tout généraliste le sait très bien ce que vous dites là. [...] Pouvoir se dire mes collègues ont les même soucis, les même difficultés. [...] Je ne crois pas qu'on puisse faire un cours imposé. C'est un cours à option pour les personnes intéressées par ce type d'approche. [...] Je crois que la majorité des généralistes seraient intéressés à en parler occasionnellement, mais je ne suis pas sûr que la majorité des généralistes, si on leur propose un cours sur un certain temps, vont aller le suivre avec plaisir. Ça je ne crois pas. Ce que je vis à la consultation, ce n'est pas ce que l'on peut me dire par un cours, par une formation. Plutôt une discussion. Faire des tables rondes par rapport à ça me paraîtrait plus intéressant que de faire un cours. (Médecin 4)* ». Ce médecin soulève un point intéressant à notre avis. Comme il s'agit au

niveau pratique principalement de techniques communicationnelles ou réflexions sur soi, pour le médecin, des cours théoriques ne semble pas être adéquats. Alors, une approche d'échange permettrait de partager les expériences de chacun, non pas dans le but d'en tirer des directives à suivre, mais d'avoir une ouverture d'esprit sur le sujet et encore une fois de s'y sensibiliser. Peut-être est-ce là une des définitions possibles de la culture en médecine: une entité comme un tout, non réellement réductible à une théorie, car elle est échange d'expérience, unique à chacun mais commune à tous.

Si nous nous arrêtons un peu sur ce concept d'expérience, nous nous rendons comptes chez tous nos praticiens qu'elle est fondamentale. Cela peut paraître comme une évidence, mais elle est le meilleur des enseignements pour la majorité des sujets. Elle permet des connaissances étendues comme dans l'exemple du professeur Jéquier-Doge cité plus haut, elle permet des découvertes notamment de la culture, « *on s'intéresse à la culture, et puis on va suivre un cours ou bien on discute avec les gens. Et beaucoup de gens m'ont expliqué des choses et cela nous réveille pour la culture d'ici. (Médecin 5)* », elle est l'accès à la culture, comme l'explique le médecin : « *La sensibilisation à la transculturalité peut se faire durant les études. [...] Elle peut se faire à travers quelques colloques, mais je crois surtout qu'elle se vit et qu'elle grandit au contact et au fur et à mesure des années qui passent dans l'exercice de notre métier. (Médecin 1)* ».

Moyens actuels et propositions

Acquérir de l'expérience nécessite pas définition du temps. Nous nous sommes donc renseignés sur l'avis de nos praticiens sur les écrits actuels et nous leur avons demandé quelle(s) proposition(s) ils pourraient faire dans l'idée d'approfondir leurs connaissances plus rapidement. Dans le premier chapitre de ce travail, nous avons cité deux sources principales : la formulation culturelle et les compétences cliniques transculturelles (CCT). Cette citation du médecin, résume bien l'idée des praticiens : « *Ce sont des concepts qui ne me parlent pas du tout. C'est des titres que je vois occasionnellement, mais qui me font très vite passer au chapitre suivant parce que c'est de la théorie. C'est certainement un terme qui n'est, je ne veux pas dire pas très utile, mais qui ne correspond pas à la réalité de la vie de chaque jour d'un généraliste. (Médecin 4)* ». Outre le fait que certains de ces concepts soient passablement récents, ils ne sont pas très clairs dans l'esprit des praticiens pour autant qu'ils en aient entendu parler. Nous en concluons que leur utilité pratique est contestée, mais qu'ils permettent tout de même une réflexion face à une problématique bien réelle dans la vie des généralistes. Il serait par contre, comme dit précédemment, pertinent de développer une formation continue sur la base de ces concepts et des idées qu'ils véhiculent. Le médecin remarque à ce propos : « *Je pense qu'il n'y a pas assez. Oui sous forme de workshop, interactif, ateliers. (Médecin 3)* ». La méthode exacte, comme le contenu, reste encore à être défini. En ce qui concerne la consultation elle-même, l'idée d'une série de questions plus spécifiques à la culture a été mise en évidence à plusieurs reprises. Outre le fait que son utilité est assez rapidement mise en doute, en particulier quant à son élaboration de base, cette dernière aurait peut-être le seul intérêt de faire réfléchir à la question, afin de développer cette sensibilité.

La dernière idée abordée, et certainement d'une importance capitale, est celle du voyage. Elle s'adresse à toute la population des médecins de famille et plus particulièrement aux jeunes médecins. C'est notamment l'avis du clinicien : « *Le voyage forme la jeunesse. Chaque fois que vous voyagez, chaque fois vous avez une formation supplémentaire, une formation qui sera très utile dans votre cabinet futur de généraliste. Je pense que la personne qui ouvre un cabinet en Suisse et qui n'a jamais voyagé aura plus de difficulté à comprendre toutes les*

différentes personnes étrangères qui viennent que quelqu'un qui a déjà passablement voyagé et qui s'est confronté à toutes ces cultures. C'est le meilleur apprentissage certainement. (Médecin 4) ». C'est donc en voyageant que nous pouvons découvrir et apprendre le maximum sur les différentes cultures qui existent dans notre monde. Ainsi ouvrir son esprit à d'autres modes de vie, conceptions du monde et façons de penser, nous permet d'imaginer et percevoir toute la dimension supplémentaire socio-culturelle qui définit notre patient. Cette réflexion ne veut pas dire qu'un praticien qui n'a pas voyagé, ne peut pas y parvenir, mais cela lui prendra beaucoup plus de temps. L'autre avantage du voyage, en plus de découvrir concrètement de nouvelles cultures, est de vivre une culture différente. Le médecin note : « Un apprentissage est de se confronter soi-même dans le cadre de la santé à une culture diamétralement différente, pour en saisir l'importance. Utilité du travailler à l'étranger. (Médecin 6). Il nous permet de vivre le ressenti que quelqu'un peut avoir lorsqu'il se retrouve face à une culture qu'il ne partage pas. Que ce soit parce qu'il est étranger, ou parce ce qu'il ne partage tout simplement pas notre culture médicale. Vivre cette expérience, nous donnerait la possibilité d'être patient ou dans une autre culture médicale que la nôtre.

Nous avons eu la chance de pouvoir partager une expérience d'un médecin suisse qui exerce aussi à l'étranger et nous trouvions intéressant de l'intégrer ici, il observe : « *Ce sont deux mondes différents. On ne peut pas comparer. On ne peut pas mettre d'échelle de valeur dans un pays comme le nôtre et comparer à une échelle de valeurs dans un continent tel que l'Afrique. Nous avons une formation très solide que l'on a acquise au cours des années ici, qui va être utilisée en Afrique au niveau somatique essentiellement. Mais toute la prise en charge de la maladie est complètement différente autant dans la compréhension de la maladie que dans les moyens que vous avez, que dans les moyens que les gens ont, c'est totalement différent. Donc vous faites un autre métier. Quand vous êtes dans un dispensaire en Afrique, vous faites toujours de la médecine, vous êtes toujours médecin, mais vous faites un autre métier, il n'y a plus rien de comparable. Donc vous refaites même un nouvel apprentissage. La médecine que nous avons ici est rattachée à une culture et à un développement européen, bien entendu, disons, occidental. En Afrique nous avons une médecine qui est essentiellement issue d'une tradition, issue d'une culture complètement différente donc tout est parallèle. On est pas du tout opposé dans la prise en charge, mais c'est deux choses parallèles qui ont un même but, une même finalité, c'est soigner le patient, mais avec des approches complètement différentes. (Médecin 4) ». Ce que nous voulons préciser ici avec cette citation, c'est qu'outre l'expérience possible de développer sa sensibilité et de pouvoir saisir les finesses de la diversité culturelle de chacun des patients, rendu possible par l'expérience à l'étranger, il est nécessaire de s'adapter dans cette situation. Et s'adapter ne veut pas dire dénaturer notre médecine ou notre personne, mais parvenir à être flexible dans notre quotidien avec ouverture et tolérance. Parallèle que nous pouvons appliquer à la pratique d'ici. Et rappelons nous que au moins une fois dans la carrière d'un généraliste, ce phénomène s'applique, comme l'observe le professionnel : « [...] et dans une consultation de généraliste on fait un véritable apprentissage. Au début on arrive avec toutes nos notions théoriques et aussi pratiques de l'hôpital, mais quand on arrive dans un cabinet on fait un apprentissage de ce qu'est la réalité du cabinet.*

En résumé, le savoir-faire pris au sens de compétences humaines semble pouvoir être influencé par le parcours et les expériences du praticien. Pour beaucoup d'entre eux, travailler à l'étranger est un excellent exercice pour développer des compétences face à l'altérité. Se retrouver soi-même dans une autre culture, avec ses autres codes, permettrait de prendre un recul par rapport à sa propre culture et ainsi de développer une sensibilité sur cette question.

CULTURE, L'APPROCHE PAR LA DEFINITION

Il ressort de tous nos entretiens que la culture est omniprésente dans la consultation médicale et que la pratique du praticien est influencée par la conception qu'il a d'elle. L'opinion des praticiens quant à leur rôle et son exploration reste cependant très partagée. Malgré cet état de fait, il semble que chaque patient arrive avec son bagage, son histoire, sa culture et que la prise en compte de cette dimension est pertinente pour tous les praticiens interrogés. Résumons nos observations.

[Prise de contact] Cette prise en compte peut débiter dès la prise de contact avec le patient comme nous l'avons vu par des informations provenant du dossier médical du patient ou de l'impression générée par la rencontre entre deux individus. Nous retiendrons donc ici que, dans une certaine mesure, cet instant peut laisser suspecter au praticien certains potentiels enjeux de la consultation. Cependant comme nous avons pu le remarquer ces premières impressions font fréquemment référence à des schémas préconçus du praticien, à des stéréotypes n'apportant généralement rien de constructif à la relation.

[Anamnèse] Selon les praticiens, le moment clé de l'investigation de la culture est l'anamnèse. Elle représente le moment central quant à la prise d'informations au sujet du patient ainsi que de l'établissement de la relation thérapeutique. L'anamnèse représente le moment charnière où le praticien va se positionner vis-à-vis de l'investigation de la culture en fonction de sa propre définition de la culture, de ses idéologies et de son parcours de vie.

[Status] La culture, par le biais de la religion notamment, influence l'image du corps ainsi que la manière de l'examiner. Comme nous l'avons observé, certaines conceptions concernant l'abord du corps peuvent être perçues comme contraignantes par le praticien et aller jusqu'à un refus de prise en charge. Il apparaît cependant que le partage des conceptions réciproques vis-à-vis de l'examen physique permet d'aller au-delà de ces contraintes. En somme ces divergences peuvent pousser les protagonistes, par l'échange, à effectuer une réflexion introspective permettant d'arriver à une conception commune de prise en charge.

[Diagnostic et thérapie] Que ce soit en termes de traitement ou de projet de soins, il apparaît que la construction commune d'une représentation de la maladie, basée sur les conceptions du patient, permette de mener à une meilleure collaboration thérapeutique. Il semble que l'exploration des représentations du patient puisse aussi notamment mener dans certain cas à définir de potentiels échecs de traitement. Cette approche paraît utile notamment dans une perspective motivationnelle. De plus, selon plusieurs praticiens la relation comporte aussi en elle-même un rôle thérapeutique.

[Savoirs] Afin de prendre en compte, la culture et l'individu dans sa globalité, trois compétences semblent primordiales: le *savoir*, le *savoir-faire* ainsi que le *savoir-être*. Ce constat souligne les théories actuelles de médecine transculturelle.

Cependant si nous prenons les compétences regroupées sous le nom de *savoir*, il est souvent question dans la littérature de savoir médical et épidémiologique. En pratique nous avons pu mettre en évidence que plus que touchant les connaissances médicales, le *savoir* représente aussi des connaissances d'ordre plus générales et humaines tout aussi importantes à la prise en charge. Néanmoins, ce savoir peut générer des stéréotypes. Il revient donc au praticien de savoir utiliser ses connaissances comme une aide et non comme un guide. Rappelons que le meilleur expert de la culture du patient reste le patient lui-même.

Le *savoir-faire* regroupe un ensemble de compétences communicationnelles dont la finalité est l'augmentation du partage entre praticien et patient. Il est ressorti de nos entretiens que les compétences utilisées en pratique correspondent aux compétences citées dans la littérature à savoir : triadique, l'identification du modèle explicatif de la maladie, la négociation du plan de traitement et de suivi, la gestion des conflits induits par des perspectives différentes et l'identification commune des résultats attendus.

Le *savoir-être* quant à lui regroupe les caractéristiques d'une attitude de prise en charge adéquate du patient à savoir une attitude ouverte et empathique ajoutée à une capacité d'introspection. Il apparaît que cette attitude est nécessaire à la bonne prise en charge de tous les patients.

De ces concepts mis en évidence, nous désirons discuter la notion même de culture en prenant les définitions des généralistes comme point de départ.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, il existe de nombreuses définitions de la culture. Afin d'étayer cette notion, nous avons investigué auprès des médecins différentes représentations de la culture. Dans les entretiens, nous avons en effet pu mettre en lumière une importante variabilité de définitions et nous avons pu démontrer que cela a des implications non négligeables sur la relation médecin-patient.

En effet, s'il existe une telle variabilité dans la manière de définir et d'aborder la culture, c'est que selon un praticien, « *elle est un domaine mal défini dans lequel on peut mettre beaucoup de choses différentes. (Médecin 6)* ».

La culture peut être perçue comme englobant la totalité de l'existence de l'individu, comme « *tout ce qui nous rattache à la vie. (Médecin 5)* », ou simplement comme « *l'ensemble des usages et coutumes d'un peuple. (Médecin 2)* ». Cependant, malgré des définitions variables, tous les praticiens s'accordent sur son importance dans la consultation de premier recours.

Le positionnement vis-à-vis d'un objet dépend de la définition que l'on a de cet objet. Ainsi nous avons constaté que le positionnement du médecin vis-à-vis de la culture dépend de la définition que celui-ci s'en fait. Il a été intéressant d'observer durant nos entretiens que plus la définition de la culture était large, plus le thérapeute semblait mener à en tenir compte d'une manière ouverte et non-jugeante dans sa consultation.

Ainsi la culture prend une place subjective dans la consultation en fonction du point de vue du praticien. Dès lors, il est intéressant d'observer que sa place, son émergence, son rôle et les problématiques qui en découlent, peuvent être décelées et donc rapportées de manière variable par le praticien. Ainsi, il semble intéressant d'imaginer que pour une même consultation l'importance de la culture pourrait fortement varier d'un praticien à l'autre.

Si nous reprenons la définition d'un clinicien à savoir que la culture est « *tout ce qui nous rattache à la vie. (Médecin 5)* », nous nous plaçons dans une représentation où la culture est omniprésente dans chaque aspect de l'existence. Dans notre contexte cette définition donne aussi implicitement une place omniprésente à la culture dans la consultation.

Une autre définition donnée par ce médecin est que « *la culture c'est ce qui pousse, les racines, mais les racines dans la vie. Quand on arrache un arbre mort on est effaré comme il y a plus de racines que de branches que ce qu'il n'y paraît. (Médecin 5)* ». De manière métaphorique cette définition apporte une notion supplémentaire. Telles les racines de l'arbre, la culture façonne l'homme et lui permet d'interagir avec son milieu et y puiser ce dont il a besoin. Comme les racines de l'arbre sont enfouies sous terre, la culture d'un individu n'est pas toujours apparente au premier regard.

Dans notre entretien avec le praticien, la culture nous est décrite comme « *une composante absolument essentielle du dialogue singulier qui va s'engager entre le patient et le médecin. (Médecin 1)* ». Même si elle est décrite comme composante absolument essentielle, nous constatons ici que la culture est perçue comme l'une des différentes dimensions à prendre en compte dans la consultation. Il est intéressant de remarquer que contrairement à la définition de ce professionnel où la culture est perçue comme un cadre, il n'est question ici que de l'un des éléments du tableau.

Dans cette conception, il est implicitement question d'une composante dont le praticien peut choisir de tenir compte ou pas.

Pour appuyer cette constatation nous citerons des affirmations que le praticien nous a rapporté durant l'entretien: « *Nous n'avons pas à nous adapter à cette vision culturelle qu'ils ont eux. (Médecin 1)* ». Dans cet exemple, le praticien a un positionnement centré sur sa culture médicale et est peu prompt à faire des compromis. Nous observons donc que lorsque que celui-ci perçoit la culture comme une dimension spécifique de la consultation, son attitude vis-à-vis de cette notion peut varier. Selon les circonstances, il peut choisir de ne pas en tenir compte. Il aurait été intéressant de définir l'impact de la négation de la culture en fonction des diverses étapes de la consultation. Cependant, il est nous apparaît que si le praticien ne décèle pas l'enjeu culturel d'une situation de soin au point de ne pas en tenir compte, il semble aussi que celui-ci ne soit pas le mieux placé pour nous informer sur cette question. Pour pallier ce biais, une étude comportant un observateur extérieur présent durant la consultation, pourrait être une solution.

Revenons maintenant au comportement de ce médecin. Il s'associe à une idée du déroulement d'une bonne pratique correspond à la vision culturelle et ethno-centrée du praticien. Il note de fait : « *Ce que je demande c'est qu'ils respectent ma vision culturelle à moi dans la mesure où ils sont venus ici et que la médecine ici s'exerce comme ça. (Médecin 1)* ».

Ce positionnement fort, soulève pour nous certaines interrogations, notamment concernant l'égalité des soins. Dans cet énoncé le praticien suppose qu'il n'existe qu'une manière définie de pratiquer la médecine. Il n'est cependant ici pas seulement question de l'image de l'exercice de la médecine que se fait le praticien. Même si la médecine scientifique représente une quantité de connaissances et de savoir-faire relativement définis, son exercice varie en fonction de chaque praticien.

Par cet énoncé le praticien légitime sa pratique, son positionnement et la nécessité du patient à adhérer à sa propre vision, sous prétexte du bon exercice de la médecine. Il nous semble qu'un tel comportement, particulièrement avec des patients de cultures différentes peut représenter une source de manque de partage, d'inadéquation dans les soins et donc d'inégalité dans la prise en charge.

On observe donc par ces deux exemples que la pratique varie si la culture est perçue comme l'une des composantes ou comme seule composante lors de la consultation médicale.

Il est apparu par nos entretiens que le partage d'un registre culturel commun permet une meilleure compréhension et rend la communication plus simple. Plusieurs praticiens nous ont rapporté que la consultation s'avérait plus simple avec des patients avec lesquels ils avaient l'impression de partager la même culture. Selon le médecin : « *Il y a des gens qui sont de « ma culture », donc là les choses se passent. Il y a une certaine compréhension sans qu'on ait besoin de le souligner ou sans qu'on ait besoin de le dire chaque fois. (Médecin 3)* ». Ou encore l'avis d'un autre médecin : « *C'est plus facile, on a une culture en commun, des références communes. On sait beaucoup plus où on va avec des patients suisses qu'avec des patients avec qui on n'a pas forcément une culture commune, de langage commun. (Médecin 6)* ».

Or rappelons-le, la construction de la culture d'un individu est vue par nos médecins de famille sous l'influence de différents facteurs. Que se soit le pays d'origine, la famille, la religion, l'éducation, « *on construit tout le temps, pardessus son enfance et ce qui se passe autour et je pense qu'on peut appeler ça culture. (Médecin 5)* ». Selon ce médecin toujours « *il y a une culture familiale de la compréhension de la maladie. (Médecin 5)* ». Donc de tous ces facteurs, toutes ces influences, va découler un comportement de l'individu face à la santé, à la maladie et à la façon d'y répondre. Il est intéressant de souligner qu'on construit tout le temps. Loin d'être quelque chose de figé, l'individu, de part son parcours, ses voyages ou des changements sociétaux en tout genre, va voir sa culture évoluer constamment.

Partant de ce constat, il paraît donc logique de penser que pour deux individus, le partage régulier de leurs représentations puisse mener à une meilleure compréhension mutuelle et permette ainsi d'augmenter la qualité de la relation thérapeutique. Il suffit de penser au travail de médecin de famille en campagne. Ainsi le clinicien relate que : « *Le gros du travail d'un médecin qui est à la campagne c'est d'essayer d'accoucher le patient d'un sens parlant pour lui. C'est de les remettre dans leur histoire de vie à eux. [...] Aller d'abord rencontrer le patient où il en est et pas seulement lui imposer une explication qui serait probablement beaucoup plus intelligente que la sienne, mais d'aller le retrouver et d'éventuellement construire avec lui sa solution à lui. (Médecin 5)* ». Dans cet exemple, le praticien, au lieu d'imposer sa culture médicale au patient, investit donc les représentations du patient et cherche à construire une vision commune en partant de celles-ci.

Finalement, comme le résume le professionnel, le but de la consultation est bien: « *Qu'est-ce qu'on peut faire ensemble? (Médecin 2)* ».

CONCLUSION, LE SAVOIR-PERCEVOIR

Dans ce travail nous avons pu mettre en évidence le rôle central de la culture dans la consultation de médecine de famille. Nous avons pu constater qu'elle influe sur toutes les étapes de la consultation, de la prise de contact jusqu'à la réalisation d'un projet de soin. Tenir compte de la culture permet donc une compréhension plus globale de l'individu et son rapprochement. « *Voir l'être humain dans toutes ces facettes, qui sont multiples, comme un cristal de roche. Nous ne sommes pas plats mais composés de plusieurs dimensions et il faut tenir compte de toutes ces dimensions. (Médecin 7)* ».

Cependant, aucun modèle théorique issu de la littérature ne permet une prise en compte rigoureuse et spécifique de la culture. Partant des compétences transculturelles actuelles, semblant être les plus à même de traiter la question culturelle, nous avons cherché à les développer en intégrant l'expérience pratique quotidienne de la médecine de famille et ce pour tous les patients. Nous avons mis en évidence l'importance d'un savoir comportant tant des connaissances médicales que générales, un savoir-être nécessitant attention de soi et introspection, et un savoir-faire déterminé par des capacités communicationnelles approfondies. Nonobstant le fait qu'ils soient indispensables dans l'approche de la culture, il subsiste une difficulté principale : l'impossibilité pour l'individu de maîtriser tout les savoirs permettant la gestion de la pluralité culturelle. Ce pourquoi, nous tenions à apporter, une quatrième compétence de prise en charge de l'altérité, le *savoir-percevoir*.

Par *savoir-percevoir*, nous entendons la capacité d'être alerte et réceptif à toute subtilité culturelle qui ressurgit de l'autre, de soi et qui raisonne dans l'échange. Nous pensons que cette capacité doit s'appliquer à tous les patients, chaque personne étant un être culturel unique et distinct. « *Le médecin est aussi responsable de gérer l'interculturalité. C'est à lui de trouver le langage, c'est à lui de trouver l'outil qui lui manque, parce qu'il est impossible tout savoir, impossible de tout avoir vécu. Il faut juste identifier et trouver ce dont on a besoin pour pouvoir soigner tel être humain. [...] Identifier le besoin, l'outil et avoir l'énergie de trouver la solution. (Médecin 2)* ». Rester attentif aux enjeux de l'interaction, savoir les percevoir, nous semble permettre d'être créatif dans ce que peut être entrepris face à l'altérité. C'est en s'arrêtant sur la question que le praticien peut développer cette sensibilité et potentialiser l'expérience future. Nous voulions réaliser un outil d'aide au praticien de type « supplément d'anamnèse culturelle », nous proposons finalement non pas un support théorique, mais une réflexion autour de la culture, un instant pris sans structure précise, dans le but de développer ce savoir-percevoir. Nous pensons en conclusion de ce travail que l'adoption de ces compétences culturelles améliore la qualité de la prise en charge qui se voit prendre une dimension supplémentaire. Ce que nous pourrions définir comme un modèle bio-psycho-socio-culturel.

Nous terminons ce travail en reprenant la notion de culture. La culture peut être vue selon nous comme la somme d'une infinité de sous-cultures : culture médicale, culture religieuse, culture ethnique, etc. Cette somme de cultures façonne l'individu tout au long de sa vie lui conférant une culture propre et unique. La culture est donc un concept dynamique en constante évolution définissant aussi bien la construction de l'identité de chacun, patients comme médecins, que leur l'environnement. Dans ce carrefour entre médecine et société qu'est la consultation de médecine de famille, où se rencontrent deux individus, la culture définit l'articulation de la rencontre et l'établissement de ses règles. Elle est le socle relationnel.

Cependant et pour conclure, partant des différents constats de ce travail nous pensons qu'une définition simple qui, pour est être gardée en mémoire pour orienter la pratique de la médecine de famille, pourrait être:

« La culture est une fabrique de sens » (B. Good)

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Henning S. Migration levels and trends: Global assessment and policy implications. Migration Section, Population Division, Department of Economic and Social Affairs (DESA), United Nations, New York; 2012
- [2] Althaus F, Paroz S, Renteria SC, Rossi I, Gehri M, Bodenmann P. La santé des étranger en Suisse; les médecins ont-ils mieux à faire ou peuvent-ils mieux faire ?. Forum Med Suisse. 2010;10(4):59-65
- [3] Massé R. Culture et santé publique. Montréal: gaëtan morin éditeur; 1995
- [4] Rossi I. Mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre santé et migration Auteur. Revue Médicale Suisse. 2003 oct 22; 545
- [5] Dominice Dao M, Chipier L. Guide de formulation culturelle: Un outil d'évaluation et de compréhension transculturelle. Service de médecine de premier recours, HUG; 2011
- [6] Bischoff T, Herzig L, Sommer J, Haller DM. Les Instituts universitaires de médecine générale s'engagent pour l'avenir de la spécialité. Revue Médicale Suisse. 2010 mai 19; 249
- [7] Gaspoz JM. La médecine de premier recours: premier secours – dernier recours ?. Revue Médicale Suisse. 2007 sept 26; 126
- [8] WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale- médecine de famille 2002). La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002
- [9] Eytan A. Troubles dépressifs dans un monde globalisé : enjeux pour le diagnostic psychiatrique. Revue Médicale Suisse. 2007 sept 19; 125
- [10] Pocreau JB, Borges LM. Reconnaître la différence: le défi de l'ethnopsychiatrie. Santé mentale au Québec. 2006; 31(2)
- [11] Althaus F, Hudelson P, Domenig D, Green AR, Bodenmann P. Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. Quels besoins, quels outils, quel impact ?. Forum Med Suisse. 2010; 10(5): 79-83
- [12] Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Ciltural Research. Annals of Internal Medicine. 1978; 88: 251-258.
- [13] Hudelson P. Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ?. Santé conjugée. 2008; 46: 35-39
- [14] Sommer J, Rieder A, Haller DM. Apprentissage de la médecine de famille et de la relation médecin-patient: témoignages d'étudiants. Revue Médicale Suisse. 2011; 7: 1100-5.
- [15] Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977 Apr 8;196(4286):129-36
- [16] Barras V. Histoire du médecin de 1880 à la fin du XXème siècle », dans Louis Callebat (éd.), Histoire du médecin, Paris, Flammarion, 1999, pp. 269-307.

- [17] Berquin A. Le modèle Biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*. 2010; 6: 1511-1513
- [18] Bodenmann P, Jackson Y. Patients migrants: des enjeux transculturels, des compétences spécifiques. *Revue Médicale Suisse*. 2011; 7: 1035-6
- [19] Helman CG. *Culture, Health and Illness*. 4th ed. London: Hodder Arnold; 2007
- [20] Hudelson P, Stadler H. Diversité socioculturelle et formation médicale. *Revue Médicale Suisse*. 2005; 34
- [21] Baubet T, Taïeb O, Heidenreich F, Moro MR. Culture et diagnostic psychiatrique: l'utilisation du «guide de formulation culturelle» du DSM-IV en clinique. *Annales Médicopsychologiques*. 2005; 163: 38-43
- [22] Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*. 2006; 3: 1673-1676.
- [23] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française. Paris: Masson. 1996
- [24] Ouvrard P, Widmer D, Masson V. Anthropological immersion: a new concept of Continuing Professional Development to improve attitudes in general practice. *PrimaryCare*. 2011; 11: 3
- [25] Consult-transculturelle-interpretariat.hug-ge.ch. Hôpitaux Universitaires de Genève: Consultation transculturelle et Interprétariat. [Modifié le 04.04.2008]
Disponible: http://consult-transculturelle-interpretariat.hug-ge.ch/consultation_transculturelle/references_documents_utiles.html
- [26] Weber O, Faucher F, Reeves F, Guex D, Singy P. *Projet OPTIC Psychiatrie et Migrants, rapport de synthèse*. Lausanne; 2007
- [27] IMCO, Groupe 15, Tuteur: Panese F. Reconnaissance et prise en compte des appartenances culturelles dans la prise en charge de sujets souffrants en psychiatrie. Lausanne; 2010
- [28] Bates B, Bickley LS, Szilagyi PG, *Guide de l'examen clinique*. 5e édition. Arnette. 2008
- [29] Hampton JR et al. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *BMJ*. 1975; 2: 486-9
- [30] Green AR, Betancourt JR, Carrillo EJ. Integrating Social Factor into Cross-cultural Medical Education. *Academic Medicine*. 2002; 77(3): 193-197.
- [31] Rossi I. Corps et migration ou le regard interculturel. *Médecine Psychosomatique*. Lausanne: 1994; 2/23: 23-30
- [32] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996; 312: 71-2

ANNEXE

Questions clés	Sous-questions	Questions Rebonds
+ Pourriez-vous vous présenter en deux mots? Comment se déroule une consultation type?	(information sur le médecin, sa dynamique, la trame de ses consultations, la part de l'anamnèse, ses affinités, sa formation et evtl des indices)	* Culture = « ce qui est commun à un groupe d'individu » Contexte soc plurielle → investig cette nouvelle réalité clinique dans relation méd-patient Valoriser point de vue professionnel
1 Auriez-vous des exemples de problèmes/malentendus? Quelle place pour la culture dans la profession médicale?	Quelle est la place de la culture du patient/ médecin dans la consultation? Quelles sont les difficultés d'ordre culturelles survenant dans la consultation?	Auriez-vous un exemple de consultation ou vous avez senti votre culture ou celle du patient comme faisant partie prenante de la consultation? Est-ce que vous considérez la culture dans votre consultation?
2 Pensez-vous que cette problématique ne concerne que certains patients/médecins? Lesquels? Citoyens Lausanne/Echallens/etc?	Pourquoi certains patients et pas d'autres? Depuis quand considérez-vous la culture?	Avez-vous fréquemment affaire avec des patients migrants? Le patient du gros-de-Vaud n'a-t-il pas lui aussi une culture propre?
3 De quelle manière tenez-vous compte des aspects culturels dans la consultation?	Utilisez-vous des compétences transculturelles? Lesquelles? Etes-vous formé en médecine transculturelle? Utilisez-vous votre sensibilité?	Connaissez-vous la formulation culturelle du DSM? Comment votre méthode s'est-elle développée?
4 Pourquoi prendre en compte la culture dans la consultation?	Quels sont les aspects culturels dont il est important de tenir compte dans la consultation? Quel est l'impact de cette prise en compte?	Pensez-vous que cette prise en compte soit un devoir du médecin? En quoi la culture influence-t-elle la consultation?
5 Quelle compétences mobilisez-vous pour cela? Poss. extension à l'ensemble de la population? Utilité: - consultation - levier thérapeutique	Quelle utilité voyez-vous à l'utilisation de ces outils à tout un chacun? Pensez-vous que le patient pourrait se sentir mieux pris en charge?	Pensez-vous que cela puisse influencer la relation thérapeutique? Pensez-vous qu'il soit possible d'utiliser une même méthode pour tous?
+ Quelle serait votre définition de la culture? En médecine!	Auriez-vous quelque chose à ajouter?	Auriez-vous des questions? Pensez-vous qu'un outil pourrait vous servir? lequel?

Noir = parties communes

Rouge = parties écrites par Quentin Guélat

Bleu = parties écrites par Cyril Chams

REMERCIEMENTS	II
ABSTRACT	III
TABLE DES MATIERES	IV
LA CULTURE, DEFINITIONS	1
MEDECINE ET CULTURE, CONCEPTS ET THEORIE	2
INTRODUCTION	2
<i>Contexte</i>	2
<i>Le métier de médecin de famille</i>	3
<i>Motivations</i>	4
MODELES DE COMPREHENSION, LE SAVOIR THEORIQUE	5
<i>Ethnopsychiatrie</i>	5
<i>Modèles explicatifs</i>	6
<i>Modèle biopsychosocial</i>	7
<i>Médecine transculturelle et compétences cliniques transculturelles (CCT)</i>	8
<i>Application pratique, un défi lacunaire</i>	11
<i>Interprétariat professionnel</i>	14
CULTURE ET RELATION THERAPEUTIQUE VISION THEORIQUE	14
METHODOLOGIE	16
METHODE	16
LISTE DES MEDECINS	17
LIMITES	18
AVERTISSEMENT CITATIONS.....	18
CULTURE ET CLINIQUE	19
PRISE DE CONTACT	19
<i>La rencontre, une image culturelle préconstruite</i>	19
<i>La rencontre, l'enjeu du temps</i>	21
ANAMNESE	22
<i>Communication</i>	22
<i>La pathologie</i>	24
<i>Le patient</i>	26
<i>Le rôle du médecin</i>	27
<i>Techniques</i>	29
STATUS.....	30
<i>Le rapport au corps</i>	30
DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE	31
CULTURE ET MEDECINE	36
UN MONDE PLURIEL	36
SAVOIR	37
SAVOIR-FAIRE	39
SAVOIR-ETRE	41
FORMATION.....	43
<i>Pré-grade</i>	43
<i>Post-grade</i>	44
<i>Moyens actuels et propositions</i>	45
CULTURE, L'APPROCHE PAR LA DEFINITION	47
CONCLUSION, LE SAVOIR-PERCEVOIR	51
BIBLIOGRAPHIE	53
ANNEXE	55

Tryptique découpé
Ann McCall
2009

