



Faculté de Médecine

Travail de fin d'études en vue de l'obtention du master complémentaire en
Médecine Générale

**« Comprendre pour mieux soigner »
État des lieux de l'expérience des médecins généralistes bruxellois
dans la prise en charge des patients d'origine turque**

Dr Sinem OZKUL

Promoteur: Prof. Parla ASTARCI

Année académique 2019-2020

REMERCIEMENTS

Je tiens sincèrement à remercier plusieurs personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail de fin d'études dont principalement:

Mon amie Hacer Gonul, doctorante à l'ULB, qui m'a permis de découvrir l'univers de l'anthropologie médicale, source d'inspiration du choix du sujet de mon TFE.

Mon promoteur, Professeur Astarci, pour ses conseils, son soutien ainsi que sa disponibilité tout au long de la rédaction.

Les responsables de mon groupe de séminaire loco-régional, Dr Fettweis et Dr Gosuin, pour leur aide précieuse à l'étape de la préparation des entretiens.

Mr Rogenhofer, Tuteur dans le département de Sociologie à l'Université de Cambridge, pour les échanges et les discussions autour des résultats obtenus des entretiens.

Les médecins généralistes bruxellois qui ont consacré du temps pour les entretiens.

Ma famille qui n'a pas manqué son soutien moral en ces temps difficiles avec la pandémie...

Et bien sûr, mon compagnon Şahin qui m'a encouragée et soutenue avec patience du début à la fin de ce travail.

ABREVIATIONS

TFE : Travail de fin d'étude

SLR : Séminaire loco-régional

RDV : Rendez-vous

UNESCO : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

ADO : Antidiabétiques oraux

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
INTRODUCTION	2
MATERIEL ET METHODE	4
1. Recherche bibliographique.....	4
2. Type d'étude	4
3. Méthode.....	4
4. Guide d'entretien	5
5. Recrutement	6
6. Entretien	6
7. Retranscription et Analyse	7
RESULTATS	8
1. Caractéristiques des entretiens.....	8
2. Description du profil des médecins généralistes.....	8
3. Analyse des réponses.....	8
3.1 Motivation culturelle comme motif d'installation.....	8
3.2 Caractéristiques de la relation médecin-patient.....	9
3.2.1. Difficultés rencontrées	9
3.2.2. Influence de l'origine culturelle du médecin.....	10
3.2.3. Influence de l'expérience du médecin.....	11
3.2.4. Relation médecin-patient asymétrique.....	12
3.2.5. Langue parlée en consultation.....	12

3.3 Représentations de la santé et de la maladie chez les patients d'origine turque	13
3.3.1. Prévention.....	13
3.3.2. Maladie aiguë	14
3.3.3. Maladie chronique.....	15
3.3.4. Fin de vie.....	17
3.3.5. Traitement	18
3.4 Perspectives pour le futur.....	19
DISCUSSION	21
1. Quelques notions théoriques.....	21
1.1 L'immigration turque: l'espoir d'un avenir meilleur.....	21
1.2 Culture: Définition complexe.....	22
2. Synthèse des résultats.....	22
3. Mise en perspective des résultats et des connaissances actuelles.....	24
3.1 Rencontre de l'autre.....	24
3.1.1. Concordance ethnique comme critère de choix du soignant.....	24
3.1.2. Modèle paternaliste dans les relations de soins.....	24
3.1.3. Contre-transfert culturel.....	25
3.2 Comprendre pour mieux soigner.....	25
3.2.1. Modèles explicatifs de la maladie.....	25
3.2.2. Groupes minoritaires les plus à risque de développer des maladies chroniques.....	26
3.2.3. Facteurs culturels comme obstacle à l'adhésion médicamenteuse..	27
3.2.4. Fin de vie et soutien familial dans la culture turque.....	27

3.2.5. Influence de la culture sur l'utilisation des soins de santé.....	28
3.3 Améliorer les compétences culturelles des médecins pour une meilleure prise en charge.....	28
4. Forces de l'étude.....	30
5. Limites et difficultés.....	31
6. Apports du travail.....	32
7. Pistes permettant d'enrichir le travail.....	33
CONCLUSION.....	34
BIBLIOGRAPHIE.....	35
ANNEXES.....	38

RESUME

Introduction: La diversité culturelle étant en croissance, les médecins généralistes sont plus souvent confrontés à prendre en charge des patients d'origine étrangère. Les divergences culturelles peuvent être parfois sources d'incompréhensions et risquent d'altérer la qualité de la prise en charge des patients.

Objectifs: Ce travail a pour objectif d'évaluer l'influence des facteurs culturels sur les perceptions de la maladie et les relations thérapeutiques chez les patients d'origine turque du point de vue des médecins généralistes.

Méthodes: Entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes bruxellois, lecture d'ouvrages, recherche bibliographique.

Résultats: Parmi les 17 médecins généralistes sollicités, 12 ont participé à l'étude. Plusieurs thématiques ont été abordées lors des entretiens telles que la prévention, les perceptions de la maladie, la fin de vie et le rapport au médicament. Les caractéristiques de la relation médecin-patient ont également été analysées. Pour terminer, l'avis des médecins généralistes a été sollicité sur l'intérêt d'instaurer un cours d'anthropologie médicale en faculté de Médecine.

Discussion: La concordance ethnique est recherchée par la plupart des patients d'origine turque pour le choix du médecin généraliste. La relation médecin-patient est influencée par le modèle paternaliste qui est très répandu dans le pays d'origine. La barrière linguistique est un des obstacles à la prise en charge. Les patients d'origine turque sont plus à risque de développer des maladies chroniques. Les difficultés d'adaptation du régime alimentaire, la sédentarité, le tabagisme, les processus de migration et l'hérédité en sont les principales raisons. Le soutien familial en fin de vie et la croyance religieuse sont des valeurs importantes au sein de la communauté turque.

Conclusion: L'acquisition d'une compétence transculturelle clinique améliore la qualité de la prise en charge. L'intégration d'un cours d'Anthropologie Médicale dans les facultés de médecine peut être une base pour sensibiliser les futurs médecins aux facteurs socio-culturels de la santé.

Mots clés: Anthropologie médicale, Médecine Générale, Minorité ethnique, Belgique

INTRODUCTION

J'ai toujours eu un intérêt particulier à la pratique d'une médecine générale en milieu urbain d'où mon installation à Bruxelles au début de mon assistantat. Sur l'échelle mondiale, Bruxelles est la deuxième ville la plus cosmopolite après Dubai^[1]. Cette capitale européenne accueille 74,1% de résidents d'origine étrangère de la population de 18 à 64 ans^[2]. Mon lieu de pratique étant localisé au cœur de la commune de Schaerbeek, je reçois en consultation des patients d'origine sociale et culturelle très diverses dont un nombre important de patients d'origine turque. La multiculturalité a souvent été considérée comme une richesse dans nos sociétés mais celle-ci peut être à l'origine d'incompréhensions multiples dans les relations de soins pour les médecins.

En effet, j'ai été confrontée plusieurs fois à des plaintes et demandes parfois incompréhensives qui compliquaient ma prise en charge et par conséquent la qualité de mon travail. Ma frustration était certes plus importante par rapport à d'autres médecins car étant moi-même d'origine turque, je ne comprenais pas pourquoi j'étais confrontée à ces blocages dans ma prise en charge alors que je connaissais très bien «la culture turque». Après discussion avec des collègues assistants et des médecins généralistes titulaires, j'ai constaté que eux aussi avaient été confrontés à des incompréhensions culturelles à certaines étapes de leur prise en charge.

C'est grâce à une amie anthropologue que j'ai découvert le concept d'anthropologie médicale dont j'ignorais jusqu'à ce jour. Selon l'anthropologue Raymond Massé, l'objectif principal de cette discipline est de saisir l'influence des facteurs culturels sur les comportements des malades, l'apparition des maladies et les pratiques de prévention afin d'améliorer l'efficacité des programmes médicaux occidentaux dans le Tiers-Monde^[3]. Petit à petit j'ai commencé à me poser plusieurs questions telles que «Qu'est-ce que la culture de manière générale?», «La culture a-t-elle un impact sur les perceptions de la maladie chez les patients d'origine turque? », « A quelle échelle peut-elle influencer les relations médecin-patient?», «Comment sensibiliser à l'avance les médecins à cette prise en charge particulière?», «Et les autres médecins généralistes bruxellois, ont-ils déjà été confrontés à des incompréhensions similaires aux miennes? ».

Suite à ces questionnements, j'ai souhaité approfondir mes connaissances dans un premier temps en anthropologie médicale en lisant les ouvrages suivants :

- « Initiation à l'anthropologie médicale et de la santé » de Joël Ipara Motama.
- « Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé » de Massé Raymond

Étant donné que je me suis concentrée sur la patientèle d'origine turque dans ce travail, il m'a semblé pertinent d'en savoir plus sur l'histoire de l'immigration turque en Belgique. A cet effet, les principaux articles que j'ai lus étaient les suivants :

- « Étude démographique de la population d'origine Turque en Belgique » par Schoonvaere Quentin.
- « Belgo-Turcs ; Ponts ou brèche entre la Turquie et l'Union européenne ? » une étude menée à la demande de la Fondation Roi Beaudoin par Ayhan Kaya et Ferhat Kentel.

Par ailleurs, les échanges que j'ai eues avec les animatrices de mon groupe de SLR et mon promoteur m'ont également aidée à affiner le thème de mon TFE.

J'ai donc décidé de réaliser un état des lieux de l'expérience des médecins généralistes bruxellois dans la prise en charge des patients d'origine turque. Plusieurs entretiens ont été menés principalement sur la commune de Schaerbeek. L'objectif était de saisir, du point de vue du médecin généraliste, l'influence des facteurs culturels sur les relations thérapeutiques et les perceptions de la maladie chez les patients d'origine turque. A la fin de ce travail, j'estimais acquérir une meilleure compréhension du sens de certaines demandes et comportements afin de pouvoir les intégrer dans mes projets thérapeutiques et par conséquent améliorer la qualité de ma prise en charge.

Quelque soit le lieu de pratique, j'estime que tout médecin généraliste peut être amené un jour à rencontrer des patients pour lesquels les soins devraient être adaptés culturellement. Une sensibilisation au préalable à ce sujet me semble donc fondamental.

MATERIEL et METHODE

1. Recherche bibliographique

Premièrement, les deux principaux ouvrages qui m'ont aidée tant dans la phase de réflexion que celle de rédaction de ce travail sont :

- « Initiation à l'Anthropologie Médicale et de la Santé » de Ipara Motema J.
- « Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé » de Massé Raymond

Ensuite, j'ai réalisé une recherche dans la littérature générale en utilisant principalement les ressources suivantes: Medline via PubMed, JAMA, et PlosMedicine. Les termes MesH que j'ai utilisés étaient: «General Practitioners», «Minority Health», «Turkey», «Belgium», «primary health care», «Physician-Patient Relations», «Cross-Cultural Comparison», «Euthanasia», «non-adherence». Une recherche dans Google Scholar et Google a également été effectuée.

Le principal critère utilisé pour la sélection des articles était la langue de publication: Anglais et Français. La date de parution des ouvrages et articles n'a pas été retenu comme critère de sélection.

2. Type d'étude

J'ai choisi de faire une étude qualitative dont le but consiste en une analyse de données subjectives afin d'apporter une meilleure compréhension à un phénomène en particulier. Mon intention étant d'interroger des médecins généralistes sur leur expérience de prise en charge des patients d'origine turque, ce type d'étude m'a semblé être le plus approprié.

3. Méthode d'investigation

Plusieurs méthodes sont utilisées afin de mener une étude qualitative. Celles qui sont les plus utilisées sont les entretiens de groupe, les entretiens individuels et les observations. Dans le cadre de ce travail, j'ai décidé de réaliser des entretiens individuels semi-directifs. Le but d'un entretien semi-directif est d'offrir une certaine liberté d'expression en posant des questions ouvertes à la personne interrogée tout en essayant de diriger la discussion, grâce à

un guide d'entretien, autour des thèmes choisis préalablement^[4]. Mon objectif étant d'interroger individuellement les médecins généralistes sur le sujet de la prise en charge des patients d'origine turque.

4. **Guide d'entretien**

Afin d'apporter une structure au guide d'entretien, j'ai organisé les questions en plusieurs thèmes. Le canevas a été élaboré à partir de données bibliographiques et de ma propre expérience en consultation avec les patients d'origine turque. Par la suite, ces différentes questions ont été relues par mon promoteur et les médecins responsables de mon groupe de SLR pour être ensuite reformulées en tenant compte des différentes remarques. Toutes les questions ont été formulées de manière ouverte afin de ne pas orienter la réponse des participants en leur donnant la possibilité de s'exprimer librement sur les différents thèmes.

Ce guide d'entretien était constitué de plusieurs phases:

- ***Phase d'introduction***

Pendant laquelle j'ai expliqué brièvement le sujet de mon travail en essayant de ne pas donner beaucoup d'informations pour éviter de créer des éventuels biais.

- ***Phase de début d'entretien***

Celle-ci avait pour but d'établir un certain climat de confiance afin de permettre à l'intervenant de s'exprimer librement sur les différents thèmes.

- ***Phase de réponse***

Cette phase a tout d'abord commencé avec des questions courtes en lien avec le profil de chaque soignant interrogé afin de pouvoir dresser un profil socio-démographique. La suite des questions formant le corps de l'entretien ont été regroupées en plusieurs parties:

- Partie I: Description de la prise en charge (difficultés rencontrés, relation médecin-patient, évolution dans la pratique).
- Partie II: Perception de la santé et de la maladie chez les patients d'origine turque du point de vue du médecin généraliste.
- Partie III: Perspectives pour l'avenir: conseils à donner aux autres médecins, intérêt d'un cours d'anthropologie en faculté de médecine.

- ***Phase de conclusion***

La dernière phase de l'entretien a été attribuée aux remerciements et a permis à l'intervenant d'apporter d'autres informations complémentaires si le besoin en était ressenti.

5. Recrutement

J'ai décidé d'interroger des médecins généralistes exerçant en région Bruxelloise principalement sur la commune de Schaerbeek étant donné que celle-ci comprend une densité importante d'une population d'origine turque. La liste des participants a été établie avec l'aide de mon promoteur ainsi que par la stratégie boule de neige, c'est-à-dire que j'ai demandé aux premiers intervenants s'ils connaissaient un confrère ou une consœur qui serait intéressé(e) de participer à mon étude.

J'ai contacté la plupart des médecins par téléphone et certains sur leur lieu de pratique. J'ai expliqué brièvement le sujet de mon TFE puis proposé de fixer un RDV à leur convenance afin de réaliser l'entretien. Dans une optique d'avoir un échantillon représentatif, j'ai diversifié le panel des médecins généralistes interrogés selon leur type de pratique, leur genre, leur âge, leur origine, leur nombre d'années de pratique et le pourcentage de patients d'origine turque parmi leur patientèle totale. Nous avons retenu deux critères d'inclusion à notre recherche qui étaient premièrement une pratique de la médecine générale de minimum 5 ans, et deuxièmement un pourcentage de patient d'origine turque de 20% au sein de la patientèle totale. Le recrutement des participants s'est déroulé jusqu'à saturation des données c'est à dire lorsque les données recueillies et leur analyse ne fournissaient plus de nouveaux éléments à la recherche.

6. Entretien

La plupart des entretiens ont eu lieu au cabinet des médecins généralistes, et pour certains à leur domicile. Seuls les deux derniers entretiens ont été réalisés à distance par téléphone en raison des strictes mesures de prévention appliquées lors de la pandémie Covid-19.

Au début des entretiens, une autorisation pour l'enregistrement a été demandée à chaque participant en leur précisant que cela était nécessaire pour une retranscription optimale. J'ai essayé d'établir un climat de confiance en précisant qu'il n'y avait pas de bonne

ni de mauvaise réponse aux questions posées et que l'anonymat et la confidentialité allaient être respectés.

Les entretiens ont commencé par un questionnaire socio-démographique dont les réponses ont été organisées sous forme de tableau qui se retrouve en annexe de ce travail.

7. Retranscription et Analyse

Tous les entretiens ont été enregistrés via l'application « Dictaphone » de mon téléphone portable. Ceux-ci ont été retranscrits intégralement par moi-même sur fichier Word. L'anonymat a été préservé en notant pour chaque intervenant les initiales «MG» pour «médecin généraliste» suivi d'un numéro (MG1, MG2, MG3, etc...).

La méthode d'analyse utilisée dans ce travail est l'analyse thématique qui est une des méthodes d'analyse de contenu utilisée dans les études qualitatives. Étant donné qu'elle vise à analyser des opinions, attitudes, comportements et motivations, j'ai estimé qu'elle trouvait toute sa pertinence dans mon travail. Cette analyse a été faite manuellement et s'est organisée autour de trois phases:

1. Pré-analyse: elle consiste en une lecture flottante du contenu des entretiens et formulation des premières hypothèses.
2. Catégorisation/Codage: elle vise à découper le texte en unité de sens et procéder à un rassemblement des éléments ayant des caractères communs.
3. Interprétation et Inférence: cette dernière phase consiste à prendre appui sur les éléments mis au jour par la catégorisation pour fonder une lecture originale et objective du corpus étudié. Elle permet non seulement d'évaluer la fécondité du dispositif mais également de déterminer la valeur des hypothèses ^[5].

RESULTATS

1. Caractéristiques des entretiens

Au total 17 médecins ont été sollicités et 12 d'entre eux ont participé à notre étude. Parmi ceux-ci, 8 ont eu lieu au cabinet des médecins généralistes, 2 d'entre eux à leur domicile et les 2 derniers ont du être réalisés à distance par téléphone.

La durée moyenne des entretiens était de 20 minutes et 34 secondes. L'entretien le plus long a duré 36 minutes et 34 secondes et l'entretien le plus court a duré 12 minutes.

2. Description du profil des médecins généralistes

Tous les médecins généralistes interrogés exercent sur la commune de Schaerbeek à l'exception d'un médecin qui travaille sur la commune d'Evere.

L'âge moyen des médecins généralistes interrogés était de 53 ans.

La répartition du genre était plus ou moins équitable (5 femmes et 7 hommes).

La majorité des médecins interrogés avaient une durée de pratique de plus de 30 ans (8 médecins sur 12).

Parmi les 12 médecins interrogés, 5 étaient d'origine belge, 2 d'origine française, 2 d'origine turque, un d'origine grecque, un d'origine macédoine et un d'origine albanaise. 6 d'entre eux parlent le turc dont un médecin d'origine belge.

3. Analyse des réponses

3.1 Motivation culturelle comme motif d'installation

Pour certains médecins généralistes, l'installation dans le quartier était le fruit d'un hasard tout comme intégrer une équipe de médecins qui travaillaient déjà dans un établissement de santé situé sur la commune de Schaerbeek. Pour d'autres, et plus particulièrement certains des médecins qui parlent le turc, l'installation était motivée par la présence d'une patientèle d'origine turque.

«MG 1: Principalement culturelle et communautaire un peu, si je peux dire. Puisque nous

parlions le turc et que les patients vivaient tous un petit peu dans le quartier turc. On a pensé que ça pouvait fortement les aider à se prendre mieux en charge pour les soins de santé vu l'inaccessibilité de la langue.»

«MG 8: Ah, c'était naturel, spontané puisqu'on était les premiers médecins de l'immigration turque.»

3.2 Caractéristiques de la relation médecin-patient

3.2.1. Difficultés rencontrées

a) Barrière linguistique

La barrière de la langue est un des freins qui a été mentionné par plusieurs médecins généralistes lors des entretiens. Cela ne concerne pas seulement les patients âgés issus de la première vague d'immigration mais également les plus jeunes patients qui ont migré en Belgique suite au regroupement familial ou des problèmes politiques dans le pays d'origine. Pour surmonter cet obstacle linguistique, les médecins et/ou le patient font appel à une tierce personne qui est souvent une connaissance ou un membre de la famille du patient.

«MG 10: Il y a avec les personnes plus âgées quand même souvent la barrière de la langue mais c'est très rare qu'ils viennent chez moi sans être accompagnés de leur enfant. Quand ils sont pas accompagnés, ce qui arrive, souvent les enfants sont disponibles par téléphone.»

b) Hyperconsommation des soins

L'hyperconsommation des soins est une autre problématique qui a été abordée par quelques médecins généralistes. En effet, une partie de leur patientèle serait demandeuse d'examen complémentaires intempestifs et de traitements médicamenteux inutiles.

«MG5: Donc au début j'étais un peu choqué, il y avait cette notion d'hyperconsommation. Il faut un scanner dès qu'on a mal à la tête, il faut des antibiotiques pour tout. Tout problème de santé se résout par de l'amoxiclav par exemple.»

«MG 7: [...] ils consomment beaucoup de médicaments à mon goût. Beaucoup de gens qui disent : « Ah tu as pris ça, je devrais essayer ». Pas toute la population évidemment, mais

cette génération de 40 ans et plus j'ai connu beaucoup qui consommaient beaucoup de médicaments. Parfois même de surconsommation d'examens, donc faire un examen et puis le refaire, prendre un deuxième avis.»

c) Attitudes limites

Certains médecins décrivent une forme d'exigence venant de la part du patient qui compliquerait parfois leur prise en charge. Cette exigence se manifestait par une agressivité qui apparaîtrait dans des circonstances lorsque la demande du patient n'est pas traitée dans l'immédiat par exemple.

«MG3: C'est l'agressivité pour avoir tout tout de suite, on est dans une société où on veut tout tout de suite mais on a l'impression que eux le veulent encore plus vite que les autres. Voilà, et donc ça, ça peut rendre les choses encore plus compliquées.»

«MG 9: Et on s'aperçoit parfois qu'ils sont ingrats, vous pouvez être disponibles pendant 30 ans et parce que vous les avez pas reçus dans la minute qui suit, parce qu'ils n'ont pas de rdv, vous êtes débordé, et vous avez une urgence, et bien ça ils sont capables de ne pas vous le pardonner. Ils sont comme ça parfois. Pas tous hein, certains, et bien là, à ce moment là, les liens thérapeutiques se rompent.»

3.2.2 Influence de l'origine culturelle du médecin généraliste

Lors de l'analyse des réponses, j'ai constaté que l'origine culturelle du médecin avait une influence non négligeable sur la relation médecin-patient. Ceux qui partagent la même origine culturelle que les patients décrivent leur expérience comme étant plutôt positive. Le fait de connaître et d'être imprégnés dans la culture turque leur permet de répondre plus facilement aux besoins de leurs patients d'origine turque. Mis à part leur rôle de médecin généraliste, certains assument également un rôle d'éducateur qui viserait la réinsertion sociale des patients.

«MG9: La consultation se passe en turc [...] j'ai l'avantage de connaître la culture turque et je peux répondre à leurs attentes et ils savent aussi à quoi s'attendre en me consultant aussi. Donc c'est une compréhension réciproque.»

« MG1: Nous, nous pouvons les influencer positivement, en disant « Maintenant tu vas

étudier, tu vas suivre des cours là, tu vas faire de la musique. Il faut inscrire vos enfants aux activités». Nous, ils nous écoutent. Donc on fait un petit peu office aussi de gourou en plus de notre thérapeutique.»

Selon un médecin généraliste, les patients d'origine turque auraient tendance à se diriger vers les médecins avec lesquels ils se sentiraient culturellement plus proches. La divergence culturelle pourrait donc avoir un impact négatif sur la satisfaction des soins.

«MG6: Quand ils vont consulter certains médecins belges par exemple, ils ont l'impression de ne pas avoir été écoutés parce que ce n'est pas la même culture [...]»

Cependant un autre médecin a constaté que certains patients d'origine turque préféreraient ne pas se rendre chez des médecins généralistes de même origine culturelle. Les causes sont peu connues mais certains auraient justifié cela par un manque de confiance.

«MG3: On voit bien quand même qu'il y a toute une population turque qui vont chez des médecins d'origine turque mais ce qu'on voit aussi c'est que beaucoup de gens turcs qui ne veulent pas aller chez des médecins d'origine turque. SO : Pour quelles raisons d'après vous? MG3: Ça j'en sais rien. Mais les rares fois où ils m'en parlent, c'est un problème de confiance.»

3.2.3 Influence de l'expérience du médecin généraliste

La confiance des patients d'origine turque envers le médecin serait intrinsèquement liée au nombre d'années de pratique du soignant quelque soit son origine culturelle. Une fois cette confiance installée, l'échange entre le patient et son médecin généraliste se ferait de manière plus fluide.

«MG2 : Mais je dirais que comme je travaille maintenant depuis autant d'années, donc j'ai 3 générations plus ou moins. Et donc je fais partie quelque part de leur environnement où c'est devenu comme ça par la force du côtoiement dans le quotidien. Donc je dirais que mes contacts sont très faciles, facilités justement parce que les gens me connaissent par la génération antérieure et les générations qui suivent ont déjà appris à me connaître je dirais.»

«MG6: Ils nous font confiance et ils font confiance à l'expérience, aux années de travail qu'on a. Donc les consultations sont généralement beaucoup plus faciles pour moi.»

«MG7: Donc ce qui fait que cet échange depuis 40 ans, fait évidemment que moi je suis à l'aise avec eux d'une façon incroyable et tout fonctionne quand ils viennent chez moi. [...] les parents et les enfants me connaissent tellement bien qu'il y a une confiance absolue dans ce que je fais.»

3.2.4 Relation médecin-patient asymétrique

Certains médecins généralistes décrivent la relation médecin-patient comme unidirectionnelle plutôt qu'une relation caractérisée par un échange mutuel. Certains de leurs patients préfèrent avoir en face d'eux un médecin qui organise l'ensemble la prise en charge thérapeutique. Il y aurait peu de participation active de la part des patients dans la prise des décisions concernant leur santé. Les attentes envers le médecin généraliste pourraient être par moment très importantes.

« MG3 : C'est beaucoup le médecin qui constate, qui conseille, qui va aiguiller, qui va prescrire, qui va essayer de mettre un encadrement ».

« MG4 : Ils attendent qu'on prenne les décisions à leur place d'abord. [...] Mais ce qu'ils attendent du médecin, c'est qu'ils veulent s'appuyer dessus et qu'on porte leur problème, et leur maladie et qu'on règle leur problème. Ce que je me refuse à faire de toute façon ».

3.2.5 Langue parlée en consultation

Les médecins généralistes qui parlent le turc font souvent leur consultation dans cette langue non seulement avec les patients âgés, qui ne parlent pas très bien le français, mais également avec certains jeunes car ceux-ci préfèrent s'exprimer dans leur langue maternelle. D'autres médecins généralistes estiment que parler ne fût-ce que quelques mots en turc pourrait faciliter les échanges.

«MG7 : Quand les personnes âgées viennent chez moi, je leur dis de ne pas parler en français [...] Je leur dis qu'il faut parler en turc, ça va plus vite pour moi donc je comprends tout directement. »

«MG 4: Maintenant j'ai l'avantage que je parle turc et que parfois ça facilite les choses pour les patients turcs qui parlent très peu le français. Et même ceux qui parlent français

refusent de parler français. Spontanément ils vont aller vers le turc.»

«MG 2 Et donc cette patiente-là c'était pas une patiente que je connaissais de longue date mais vu que je parle 2-3 mots de turc ça facilite un tout petit peu.»

3.3 Représentations de la santé, de la maladie et du traitement

3.3.1 Prévention

a) Influence de la culture sur les habitudes alimentaires

Au cours des entretiens, plusieurs généralistes ont mentionné la difficulté de l'adaptation d'un éventuel régime alimentaire chez leurs patients d'origine turque. Cela s'expliquerait en grande partie par le fait qu'ils soient attachés à leur cuisine traditionnelle. La sensibilisation des patients diabétiques sur l'importance des mesures hygiéno-diététiques représente une tâche difficile pour les médecins généralistes.

«MG6: La diététique avec notre population c'est peine perdue. Vous allez l'envoyer chez un diététicien, ils vont recevoir un régime à suivre c'est impossible pour eux de suivre ça parce qu'ils ne mangent pas du tout ce qu'on leur propose de manger. Donc, leur repas sont tout à fait différents. Ça sert à rien les régimes. Pendant des années j'ai envoyé des gens voir une diététicienne aucun régime n'a été suivi.»

«MG9: [...] ils restent très attachés à leur culture et leur cuisine de là-bas et c'est très difficile de leur faire appliquer un régime. Surtout lorsque c'est une cuisine qui est à base de sauce, et le pain doit accompagner tous les plats et donc ça c'est du point de vue diététique.»

b) Un rapport à la nourriture différent en fonction des générations

Les patients d'origine turque issus de la première vague d'immigration auraient un rapport à la nourriture différent comparé aux plus jeunes patients. Être en bonne santé passerait par l'ingestion de quantité importante de nourriture. Cela expliquerait en partie la difficulté de l'adaptation du régime alimentaire chez les patients âgés. Les jeunes seraient plus ouverts aux recommandations même si la malnutrition reste une problématique majeure dans cette tranche d'âge.

«MG1: [...] le suivi hygiéno-diététique est très difficile. Parce que ce sont des populations, maghrébines ou turques, qui se disent: «Il faut beaucoup manger, bien manger pour être en bonne santé». C'est comme juste après l'après-guerre en Europe. Ce sont des populations qui ont connu la faim et qui ont connu des privations et qui pensent que la bonne santé vient de bien manger.»

«MG7: Je dirais qu'il y a deux populations. Il y a ceux que j'ai connus quand j'ai commencé à travailler qui ont maintenant déjà 70-80 ans qui sont beaucoup plus difficiles à faire changer dans leurs habitudes parce qu'ils ont leur habitudes alimentaires etc.. Les jeunes sont plus regardant, ils comprennent peut-être mieux aussi.»

3.3.2 Le vécu de la maladie aiguë

a) Première ligne court-circuitée

Certains estiment que le vécu de la maladie aiguë chez les patients d'origine turque varie en fonction du degré de l'urgence et que en cas de «réelle urgence» il y aurait un recours justifié aux services des urgences. Cependant d'autres médecins généralistes expliquent qu'il y a au sein de leur patientèle, beaucoup de personnes qui ont une phobie importante de la maladie quelque soit son degré ce qui expliquerait parfois un recours inadapté aux services des urgences. Dans ces cas, le médecin traitant serait dans la plupart du temps court-circuité.

«MG1: La maladie aiguë c'est la panique. C'est les urgences. Donc ils viennent pas ici ou ils nous appellent pas. C'est direct les urgences. Parce qu'il y a de la fièvre. Il n'y a pas encore ce côté, où le médecin traitant va d'abord me diriger ou trier un petit peu ce que j'ai. Là c'est fort panique.»

«MG 3: Alors moi je suis étonné par le nombre de patients turcs qui passent par les urgences pour un bouton rouge sur le nez. Donc ils sont en panique tout de suite, ils ont un culte de la maladie, ils ont une phobie de la maladie plus je trouve que chez d'autres gens et ils ont un recours aux urgences, qui est à mon sens démesuré.»

b) Croyance au médicament miracle

Suite à un besoin oppressant de rassurance face à la maladie aiguë, beaucoup de patients d'origine turque seraient demandeurs de remède miracle. Les médecins généralistes sont sujets à refuser des demandes de traitements inappropriés comme par exemple la prescription d'antibiotique en dehors de toute indication médicalement parlant.

«MG1: Les premières attentes tout au début de ma carrière, c'était « Ah il faut donner quelque chose et ça doit être guéri en un jour». Une injection. Donc il y a les anciens traitements dans les pays d'origine où c'était les injections de pénicilline. Il faut injecter de la pénicilline et je dois être guéri le lendemain.»

«MG12: Il faut une réponse très rapidement, il y a encore une envie d'utilisation d'antibiotique pour tout traitement donc c'est vrai que dans l'urgence c'est encore cette croyance aux antibiotiques et au médecin et au médicament miracle, à action rapide on va dire.»

3.3.3 Le vécu de la maladie chronique

a) Assimilation à un handicap

Il existerait chez certains patients d'origine turque une angoisse majeure à l'idée d'être atteint d'une maladie chronique. Une fois le diagnostic établi, l'acceptation serait pour certains très difficile et la maladie chronique serait même parfois assimilée à un handicap. Toutefois avec le temps et grâce aux explications données par leur médecin traitant, les patients finiraient par l'accepter.

«MG10: Le mot chronique, j'ai l'impression, est quelque chose d'anxiogène et donc voilà. C'est pareil, on peut pas généraliser non plus. Mais c'est vrai que la maladie chronique prend souvent des proportions plus importantes que ce qu'elle n'a en terme physique j'ai l'impression.»

b) Influence de l'âge et/ou du niveau d'éducation

Le vécu de la maladie chronique serait également influencé par l'âge et/ou le niveau d'éducation du patient. Par exemple, les patients plus âgés qui n'ont pas un accès direct à l'information éprouveraient plus de difficultés à se représenter la maladie chronique. Dans ce cas, le médecin traitant aurait donc un rôle majeur dans l'éducation du patient. À côté de ça, les patients qui ont un niveau intellectuel plus élevé accepteraient plus sereinement le diagnostic et les conseils thérapeutiques seraient dès lors plus faciles à mettre en place.

« MG1: Donc il y a une absence de connaissance via les livres, via les masses média, via internet. Donc auxquels les personnes au dessus de 50 ans n'ont pas accès. Et donc c'est un petit peu notre parole qui compte et notre éducation mais il faut du temps. »

c) Influence de la croyance

Certains patients d'origine turque aurait tendance à interpréter leur maladie dans une approche purement religieuse.

« MG11 : Souvent c'est un rapport avec Dieu, avec le fait que ce soit Dieu qui a mis ça en place chez le patient et que c'est la vie qui est comme ça. Par exemple j'ai une patiente, je lui expliquais que le diabète c'est lié aussi au poids, à l'alimentation, aux antécédents, c'est difficilement intégrable. »

d) Maladies chroniques «populaires»

Certains médecins généralistes estiment que le vécu varie également en fonction du type de pathologie chronique. Ils font la distinction entre les maladies chroniques «courantes» tels que le diabète et l'hypertension artérielle et les maladies chroniques moins courantes, ou peu connues, tels que BPCO/asthme ou encore les maladies plus invalidantes. Pour une partie de leur patientèle, le diabète et l'hypertension artérielle seraient donc acceptées assez facilement étaient donné que ce sont des pathologies assez fréquentes et beaucoup plus si leurs patients ont un traitement efficace. Par contre, l'acceptation d'autres maladies moins connues ou invalidantes seraient plus compliquée.

« MG9 : Il y a certaines maladies chroniques qu'ils comprennent pas, qu'ils connaissent

pas, ça demande plus de travail. Mais quelqu'un, quand vous leur dites qu'il a le diabète, qu'il a de l'hypertension ils savent qu'ils commencent un traitement à vie à donc voilà.»

« MG2 : Quand ce sont des problèmes de diabète et hypertension, je dirais que la maladie, entre guillemet, est banalisée par rapport à d'autre pathologie plus sévères et plus invalidantes. Et donc je pense qu'ils sont dans l'acceptation de la maladie. »

« MG8 : [...] tandis que les pathologies chroniques que tout le monde a, ça ça vient. Ça ils acceptent. Et à partir du moment où ils ont un traitement et une réponse il n'y a pas de problème. C'est surtout pour les pathologies plus lourdes que l'acceptation est plus difficile.»

3.3.4 Fin de vie

a) Influence de la croyance

La majorité des patients d'origine turque étant de confession musulmane, les questions théologiques prennent leur importance en fin de vie. Par exemple, l'euthanasie est un acte qui ne fait pas partie du registre du patient ni de son entourage car selon leur croyance Dieu est le seul à décider du sort du patient. Par ailleurs, il y aurait une volonté de la part des proches de maintenir à tout prix le patient mourant en vie dans l'attente d'un dernier miracle, ce qui peut parfois ouvrir la voie à l'acharnement thérapeutique. Mais souvent, la fin de vie se passerait en douceur pour le patient même si l'acceptation reste un peu difficile pour les proches.

« MG3: Ils ne sont pas du tout ouvert à l'euthanasie.»

« MG6: Comme ils sont fort religieux ils n'ont pas tellement peur de mourir. Ils n'appréhendent pas ça d'une manière trop noire. »

« MG8: C'est surtout l'entourage qui ne l'accepte pas. Que ce soit son papa, sa maman, son frère, sa sœur, sa tante. Ça, nous avons encore des problèmes. Mais la personne elle-même en général non. Puisque c'est aussi la croyance qui fait que: « On est venu de la terre, on doit retourner à la terre».

« MG12: Et donc on veut absolument le maintenir avec tous les médicaments, tous les traitements et le maintenir en vie le plus longtemps possible alors que souvent le patient lui-même a plus envie de pas en finir mais en tout cas qu'on lui foute la paix. »

b) Accompagnement du patient en fin de vie

Afin que le départ se fasse en douceur il y a aurait de plus en plus d'ouverture aux soins palliatifs et dans la majorité des cas les patients qui sont en fin de vie préféreraient passer leurs derniers moments à leur domicile en présence de leurs proches. En effet, plusieurs médecins ont attiré l'attention sur la présence importante de la famille auprès du patient qui est en fin de vie.

« MG3: Alors ils sont très différents, là je trouve des caucasiens, ça fait partie je trouve d'abord d'une grande qualité à mon sens. Donc ils accompagnent leur proche jusqu'au bout [...] Je trouve qu'ils commencent à s'ouvrir un peu à l'accompagnement de fin de vie pour, je dirais, soulager la souffrance mais sans provoquer le décès et ils ont des accompagnements médicalisés importants que ce soit avec des plateformes palliatives quand il y a le cancer ou que ce soit avec nos soins infirmiers pour accompagner les gens jusqu'au bout avec eux.»

3.3.5 Le rapport au traitement

Comme déjà mentionné précédemment, la croyance au **médicament miracle** est très fréquente au sein de la patientèle d'origine turque. Il y a une envie de guérison rapide ce qui explique un besoin important d'utiliser des antibiotiques à tort ou à raison. L'utilité d'un traitement chronique peut parfois être difficilement acceptée par les patients.

Certains médecins généralistes ont évoqué un problème de **surconsommation médicamenteuse**. Les psychotropes sont les médicaments qui sont les plus incriminés.

La notion de la **compliance médicamenteuse** a également été abordée au cours des entretiens. La majorité des médecins généralistes ont estimé qu'il y avait une bonne compliance médicamenteuse au sein de leur patientèle. Non seulement l'entourage familial, mais le médecin traitant aussi aurait un rôle important en donnant les explications nécessaires aux patients même si cela demanderait un investissement important en terme de temps.

« MG12: [...] je pense que si on prend le temps d'expliquer, d'exprimer les faits plus scientifiques, le pourquoi du comment, avec la confiance qu'on peut avoir depuis certaines

années, je pense que ça se passe bien.»

« MG11 : Étant donné que la famille est souvent derrière, il y a une bonne compliance.»

Par ailleurs, les principales hypothèses justifiant une mauvaise compliance médicamenteuse seraient: les oublis, les effets secondaires, les problèmes financiers et une crainte de dépendance. Certains patients auraient également du mal à poursuivre leur traitement chronique en cas d'absence de symptômes. Un des médecins a mis l'accent sur la difficulté à assurer le suivi médical des patients de la première, voire deuxième, génération qui passent une longue période de l'année en Turquie.

« MG5: [...] pour moi l'origine a un intérêt. C'est qu'une partie de nos patients diabétiques turcs vivent par période en Belgique. Donc ils sont une partie de l'année en Turquie et une partie de l'année Belgique et moi je pense qu'il y a là, quelque chose qui vient biaiser leur prise en charge sur ce genre de chose. C'est-à-dire que quand ils sont en Turquie, l'observance thérapeutique n'y est pas toujours, ils reviennent en Belgique ils refont tout leur bilan. »

3.4 Perspectives pour le futur

La dernière partie de l'entretien consistait à relever les différents conseils/outils à l'intention des médecins généralistes afin de les aider à mieux prendre en charge des patients d'origine culturelle différente, soit les patients d'origine turque dans le cas de notre étude.

Un des conseils donnés c'est de réaliser, si possible au préalable, un stage dans le milieu culturel en question afin de sensibiliser les médecins aux enjeux culturels.

Plusieurs médecins généralistes ont attiré l'attention sur l'importance de l'**écoute empathique** et de l'ouverture à la culture de l'autre. Même si cela demande beaucoup de temps, en tout cas lors de la première rencontre, ça faciliterait grandement les échanges lors des consultations ultérieures.

La **prise en charge sociale** du patient est un autre sujet qui a été abordé lors des entretiens. Effectuer des visites à domicile pourrait aider le soignant à mieux se rendre compte du milieu socio-culturel du patient et de son éventuel impact sur sa santé.

Pour terminer, j'ai demandé l'avis des médecins généralistes sur l'intérêt d'instaurer un cours d'anthropologie médicale en Faculté de Médecine.

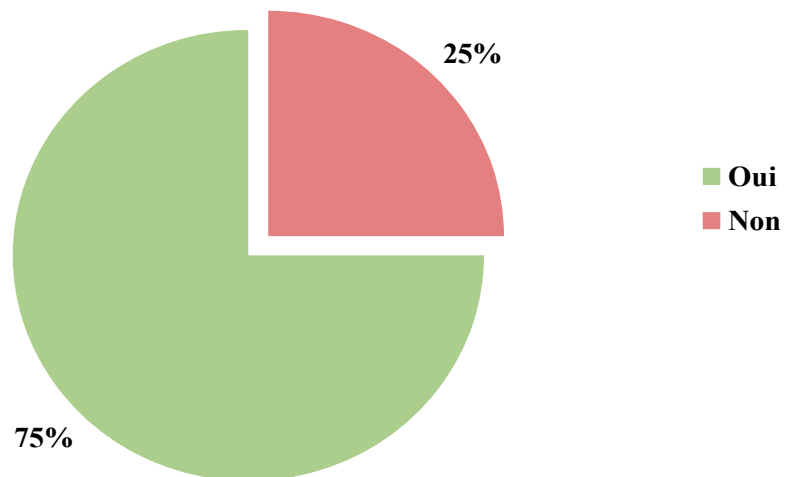


Figure 1: Pensez-vous qu'il faudrait instaurer un cours d'anthropologie médicale en Faculté de Médecine ?

9 médecins généralistes sur 12 pensent positivement à l'idée d'instaurer un cours d'anthropologie médicale en faculté de médecine. Les raisons principales sont les suivantes :

- Éveiller le sens à l'altérité

«MG1: Mais certainement que c'est une base qui permet d'éveiller peut-être le sens à l'altérité, à ce qu'est l'autre.»

- Améliorer la qualité de la consultation

«MG3: Je suis certain qu'on aurait gagné du temps et qu'on aurait sans doute gagné en qualité de consultation. J'ai probablement perdu des mois ou des années à essayer de comprendre comment ils fonctionnaient et à voir comment moi je pouvais fonctionner pour essayer d'améliorer un peu nos relations.»

- Bruxelles: siège de la diversité culturelle

«MG9: Comme il y a beaucoup de cultures différentes à Bruxelles, en Belgique en général, mais surtout à Bruxelles. Oui, un cours d'anthropologie pour mieux comprendre l'approche culturelle des patients et tout ça, oui certainement.»

DISCUSSION

1. Quelques notions théoriques

1.1 Petit aperçu sur l'immigration turque

L'immigration turque vers la Belgique commence au début des années 1960 suite à une demande croissante de main d'œuvre pour relancer le secteur industriel et minier au sein du pays. En 1964 un accord bilatéral est signé entre la Belgique et la Turquie afin d'encadrer les flux migratoires, depuis cet accord le mouvement migratoire a monté en intensité. Durant ces années, le vieillissement de la population belge devient un problème crucial au sein du pays. Les autorités lancent une politique de regroupement familial non seulement pour rajeunir cette population mais aussi pour stabiliser la main d'œuvre immigrées qui était à cette époque encore fort fluctuante.

Au début des années 1970, la Belgique est touchée par une crise économique sévère qui a fait monter le taux de chômage de manière drastique au sein du pays. Suite à cela, les autorités politiques ont décidé de fermer les frontières belges à l'immigration de travailleurs en 1974. Dorénavant, l'immigration turque ne pouvait être possible que via la procédure de regroupement familial.

La majorité des migrants turcs sont originaires des provinces de la Région d'Anatolie centrale (Afyon, Eskisehir, Kayseri). En Belgique, les deux grands pôles d'attraction pour l'immigration turque sont Anvers et la Région de Bruxelles-Capitale. A Bruxelles, les principales communes qui accueillent les résidents d'origine turque sont Schaerbeek, Saint-Josse et Bruxelles-Ville^[6]. La population d'origine turque résidant sur la commune de Schaerbeek est essentiellement originaire d'Emirdag, un quartier de la ville d'Afyon en Anatolie centrale^[7].

1.2 Culture: une définition complexe

Il existe une tendance à réduire le concept de « culture » à quelques traits typiques d'une population particulière alors que la signification est bien plus large que ce que l'on imaginerait. Selon l'UNESCO, la culture est définie comme « l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances»^[8]. Il me semble important de préciser qu'il existe également d'autres facteurs tels que l'âge, le sexe, la classe sociale et l'éducation. Ceux-ci peuvent représenter des sources de variabilité culturelle au sein d'une même population et peuvent constituer des catégories dénommées « sous-culture ».

Les cultures peuvent être aussi interprétées comme des réponses adaptatives des êtres humains à leur environnement géographique, climatique, social et politique^[9]. Dès lors, la culture à laquelle fait référence un individu ne peut pas être considérée comme un concept rigide dont il hérite des ces ancêtres car celle-ci est sujette à changer en fonction de l'évolution de son environnement.

Il est donc intéressant pour le soignant de s'intéresser, dès le premier contact, à la manière dont le patient se positionne par rapport à sa culture d'origine et d'être conscient des variabilités personnelles.

2. Synthèse des résultats

En ce qui concerne la relation médecin-patient, quelques difficultés ont été mentionnées par les répondants dont la barrière linguistique, l'hyperconsommation des soins et certains comportements inadéquats qui surviennent dans des situations d'urgence ou lors du refus de certaines demandes. La divergence culturelle peut être à l'origine d'incompréhensions dans les processus des soins qui risquent de compromettre la confiance ainsi que la satisfaction des patients. Il y aurait dès lors une préférence à consulter d'autres médecins d'origine culturelle similaire et les consultations se dérouleraient dans la plupart du temps en turc y compris pour les patients qui maîtrisent parfaitement le français. Cependant il existerait une minorité de patients qui préféreraient ne pas consulter des médecins généralistes de leur communauté pour des raisons qui n'ont pas pu être mis en évidence dans cet étude.

La majorité des médecins généralistes interrogés estiment que, quelque soit leur origine culturelle, l'expérience clinique est un critère qui suscite la confiance chez les patients et

influence positivement la relation médecin-patient.

En ce qui concerne les attentes des patients d'origine turque envers leur médecin généraliste, celles-ci peuvent être très importantes. Il y aurait peu de participation active par les patients dans les projets thérapeutiques et certains soignants se verraient même poussés à prendre des décisions à leur place.

Chez les patients d'origine turque, les mesures hygiéno-diététiques sont difficiles à mettre en place en raison de l'attachement important à la cuisine traditionnelle.

En présence de symptômes, il y aurait un besoin oppressant de rassurance et de guérison avec un remède miracle. Ce qui oblige parfois les soignants à refuser des prescriptions d'antibiotiques ou des demandes d'examen complémentaires non justifiés. Par ailleurs, la première ligne des soins serait souvent court-circuitée ce qui amènerait un recours démesuré aux services des urgences.

L'acceptation de la maladie chronique varierait d'un patient à l'autre. L'âge et le niveau d'éducation influenceraient le vécu et l'adhérence thérapeutique. Certains patients d'origine turque interpréteraient leur maladie sous un angle purement religieux. Les maladies fréquentes, ou «populaires», telles que l'hypertension et le diabète seraient plus facilement acceptées même si elles peuvent parfois être assimilées à un handicap. L'application des mesures d'hygiène restent assez compliquée. L'adhérence au traitement médicamenteux reste correcte d'après plusieurs médecins. L'entourage familial aurait un rôle important à jouer tout comme le médecin traitant. Les principales causes de non-adhérence cités par les médecins sont les oublis et les effets secondaires. Ces deux principales causes ne sont pas nécessairement liés à des facteurs culturels. Tandis que les problèmes financiers et l'interruption du suivi médical lors des voyages prolongés en Turquie, pour les patients de première voire de deuxième génération, peuvent être spécifiques pour la plupart des patients d'origine turque.

Concernant la fin de vie, celle-ci se passerait souvent en douceur et dans l'acceptation étant donné que la majorité de la population d'origine turque est de confession musulmane. L'euthanasie ne fait pas partie du registre du patient ni de son entourage. Il y aurait cependant de plus en plus d'ouverture aux soins palliatifs. La présence importante de la famille autour du patient mourant est un autre élément relevé lors des entretiens.

Finalement, plusieurs médecins ont souligné l'importance de prendre le temps d'écouter les patients, de s'intéresser à leur culture en leur posant des questions sur leurs manières

d'appréhender les questions de santé. Un autre conseil était de faire un stage dans le milieu culturel en question afin de se sensibiliser au préalable aux notions culturelles. La plupart des médecins généralistes interrogés sont regardants à l'idée de mettre en place un cours d'anthropologie médicale en faculté de médecine.

3. Mise en perspective des résultats et des connaissances actuelles

3.1 Rencontre de l'« autre »

3.1.1 Concordance ethnique comme critère de choix du soignant

Suite aux recherches fouillées dans la littérature, il s'avère que les patients des populations minoritaires ont tendance à se diriger vers les médecins de leur propre race ou d'origine ethnoculturelle similaire. Les patients estiment que ces médecins sont plus susceptibles de partager des croyances, des valeurs et expériences culturelles ce qui favoriserait une meilleure communication. Les différences ethniques entre les médecins et les patients pourraient donc représenter un obstacle au partenariat. Plusieurs hypothèses ont été élaborées. Tout d'abord les médecins pourraient inconsciemment incorporer des stéréotypes raciaux et ethniques dans l'interprétation des symptômes et comportements des patients. Cela pourrait influencer les décisions médicales. Ensuite, les médecins pourraient ne pas comprendre les modèles de maladie ethnique et culturelle des patients. Finalement, les soignants peuvent ne pas être conscients de la visite et leurs attentes pourraient différer de celles des patients^[10].

3.1.2 Modèle paternaliste dans les relations de soins

Il existe une divergence dans les attentes du soignant et du patient quant au rôle du médecin généraliste dans les relations thérapeutiques. Tandis que la vision occidentale privilégie l'autonomie et l'affirmation du patient, certains groupes ethniques originaires du Sud-Est asiatique, de l'Europe de l'Est, etc., répondent mieux à une relation d'autorité. De plus, sur le plan des objectifs et de la nature des traitements, ils peuvent réagir mal aux prises en charges qui sont axées sur le développement de l'autonomie^[3]. En Turquie, c'est le modèle paternaliste qui prime. Les patients ont l'habitude d'avoir une relation plus hiérarchique où le médecin joue le rôle du sage qui dispose toujours de la meilleure solution aux problèmes de santé^[11].

Les belgo-turcs font également référence à ce modèle ce qui explique en partie l'asymétrie dans les soins constatée par certains médecins généralistes bruxellois. Les patients d'origine turque, ont énormément d'attentes envers leur médecin traitant et prennent peu d'initiative lorsqu'il s'agit de prendre en main leur santé.

3.1.3 Contre-transfert culturel

Le médecin n'est pas dans une position de neutralité lorsqu'il reçoit un patient d'origine culturelle différente en consultation. Tout comme le patient, lui aussi est muni d'un bagage culturel et interprète les faits à travers son propre système culturel de référence. Lors des entretiens, plusieurs médecins généralistes avaient exprimé un sentiment de choc apparaissant face à certains comportements ou demandes venant de la part des patients d'origine turque. Ce choc découle justement de ce contre transfert culturel. Une méthodologie en trois étapes peut être proposée aux médecins afin de limiter le contre transfert^[12]:

1. **Se centrer**: en étant conscient de sa propre identité psychologique, socio-culturelle et professionnelle.
2. **Se décentrer**: en prenant conscience de nos filtres qui nous empêchent de percevoir le système de référence culturelle du patient.
3. **Réserver un espace de médiation et de créativité**: cela consiste à instaurer un climat d'écoute et de confiance afin de permettre la communication de deux univers distincts. Plus l'écart entre les deux cultures est important plus cet espace de médiation est fondamental car il permettra de combler le fossé entre les deux intervenants.

3.2 Comprendre pour mieux soigner

3.2.1 Modèles explicatifs de la maladie

Un des concepts le plus connu en anthropologie médicale est le modèle explicatif mis au point dans les années 1970 par l'anthropologue et psychiatre Arthur Kleinmann^[13]. Ce modèle soutient que les patients conçoivent leur maladie uniquement à travers leurs expériences sociales et personnelles qui sont influencées par les croyances générales concernant les questions de santé. A chaque fois que le patient est malade, il élabore son propre modèle explicatif des causes, des significations, des mécanismes, des diagnostics et l'efficacité des traitements. Le

soignant aussi dispose de son propre modèle explicatif biomédical et en tient compte pendant sa prise en charge. Diverses conséquences peuvent voir le jour lorsque le médecin ignore l'importance des modèles explicatifs de son patient telles que l'insatisfaction des soins, un faux diagnostic, un traitement inadéquat, la non-adhérence etc...

3.2.2 Groupes minoritaires plus à risque de développer des maladies chroniques

Une étude menée aux Pays-Bas en 2013 a relevé que les groupes de populations non-occidentaux (dont les patients d'origine turque) sont plus sujets de souffrir de maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, BPCO) et d'en mourir que les Néerlandais d'origine ayant le même milieu socio-économique ou la même éducation^[14]. Ce risque est expliqué par la combinaison de plusieurs facteurs tels que le mode de vie (alimentation, sédentarité), le déroulement des processus de migration et l'hérédité. Ce qui est intéressant à savoir c'est que la prévalence du diabète chez les patients d'origine turque vivant aux Pays-Bas est plus élevée par rapport à la population turque vivant en Turquie. La migration elle-même est considérée comme un facteur de stress qui peut favoriser l'apparition rapide de maladies métaboliques.

Les résultats des traitements sont également plus faibles dans ces groupes de population, une partie de cette différence est expliquée par un niveau d'éducation et un degré d'autonomie plus faible. Les patients avouent rencontrer des problèmes dans le respect des conseils sur le mode de vie (activité physique et alimentation) car ils ressentent ces conseils comme contraires à leurs propres opinions culturelles. La culture de groupe est dominante chez cette population. La différence par rapport à l'environnement social est donc difficile à admettre.

Les pathologies cardiovasculaires sont également plus fréquentes chez les patients d'origine turque. Selon les patients, l'hypertension artérielle est une des conséquences du stress de la migration et ils espèrent en guérir au retour dans le pays d'origine.

La prévalence de la BPCO est la plus élevée chez les hommes d'âge moyen d'origine turque qui représentent le groupe qui fument le plus aux Pays-Bas (63%). Une des motivations à arrêter le tabac est le mois de Ramadan qui influence les musulmans à adopter des mesures d'hygiène correctes.

3.2.3 Facteurs culturels comme obstacle à l'adhésion médicamenteuse

Une étude menée en Belgique en 2014 à Gand portée sur l'adhésion aux ADO chez les migrants turcs atteints de diabète de type 2 soutient la majorité des hypothèses issues de l'étude néerlandaise. La croyance que le stress ou le climat belge est une des causes du diabète était répandue dans l'échantillon d'analyse. Cette étude montre que ces croyances peuvent avoir un impact non négligeable sur la non-adhérence thérapeutique. Par ailleurs, plusieurs patients auraient utilisé un cadre religieux pour interpréter leur maladie. Des prestataires belges pensent que cette vision religieuse conduirait au fatalisme et donc à une non-adhérence thérapeutique or chez les patients d'origine turque la religion peut être un facteur stimulant pour la compliance. Selon cette étude, plusieurs patients se référeraient aux médecines complémentaires, dont la phytothérapie, mais n'en parleraient pas systématiquement avec leur médecin traitant.

Le phénomène d'acculturation, soit l'acquisition d'une nouvelle culture, a également été mentionné comme obstacle à l'adhésion médicamenteuse au sein de la population d'origine turque. La plupart des migrants sont originaires de zones rurales et sont confrontés à une culture urbaine occidentale où ils vivent dans des communautés plutôt fermées. Lorsqu'ils se sentent confrontés à des conflits culturels ou se sentent discriminés ils se retrouvent plus vulnérables au stress et à la dépression par rapport au reste de la population.

Dans cette étude, aucun impact du contexte culturel n'a été détecté en ce qui concerne l'accès au soin étant donné que les répondants vivent en Belgique depuis longtemps et connaissent le système de santé. Cependant les barrières linguistiques et le faible niveau d'éducation restent des obstacles majeurs à l'éducation thérapeutique^[15].

3.2.4 Fin de vie et soutien familial dans la culture turque

Des études réalisées aux Pays-Bas soulignent que les patients d'origine turque et leurs proches considèrent les soins familiaux comme un devoir évident même si cela représente un lourd fardeau pour les proches. Lorsqu'il s'agit de la fin de vie, les patients préfèrent mourir à domicile sauf s'il y a un espoir de guérison. Dans ce cas, une hospitalisation est demandée afin de bénéficier des traitements qui prolongent la vie (ex: respiration artificielle, médicament cardiovasculaire, etc...)^[16]. Il y a très peu d'ouverture à l'euthanasie car selon la croyance religieuse, Dieu est le Seul à décider de la vie d'une personne. Dans ce cas, effectuer ou

demander l'euthanasie ou le suicide assisté est perçu comme une négation des droits de Dieu sur la vie et est considéré comme un comportement blasphème^[17].

Lorsque les patients en fin de vie se trouvent à domicile, il existerait une utilisation limitée des soins palliatifs ou des soins professionnels à domicile. Les principales raisons sont les méconnaissances des systèmes de soins et la barrière linguistique. Les opinions culturels sur les devoirs familiaux sont également citées^[16].

3.2.5 Influence de la culture sur l'utilisation des soins de santé

Une étude menée par Elisabeth Uiters aux Pays-Bas a analysé l'utilisation des soins de santé au sein des groupes ethniques minoritaires dans le pays de résidence^[18]. Cette utilisation diffère non seulement entre les différents groupes ethniques mais également au sein d'un même groupe en fonction des générations. Par rapport à la population autochtone, les patients appartenant aux groupes minoritaires ont plus souvent recours à l'utilisation des soins de médecine générale. La différence était plus significative chez les patients d'origine turque. Les patients de la première génération étaient plus susceptibles de consulter le médecin généraliste que les personnes appartenant à la deuxième génération. Selon cette étude, les contacts avec le médecin spécialiste étaient également plus élevés au sein des groupes ethniques minoritaires.

Une autre étude hollandaise a analysé le recours des patients appartenant aux groupes minoritaires aux soins de santé dans le pays d'origine^[19]. Les patients d'origine turque constituait le groupe ayant le taux le plus élevé (21,3%). Les principaux motifs étaient la demande d'un deuxième avis et une insatisfaction à l'égard des soins de santé dans le pays de résidence.

3.3 Améliorer les compétences culturelles des médecins pour une meilleure prise en charge

En Belgique, la population se diversifie de plus en plus. Auparavant, les médecins qui étaient les plus souvent confrontés à prendre en charge des patients d'origine ethnique diverses travaillaient au cœur des quartiers multiculturels. A l'heure actuelle les patients d'origine

étrangère sont de plus en plus dispersés au sein du pays^[20]. Dès lors, tout médecin généraliste, quelque soit son lieu de pratique, peut être confronté un jour à prendre en charge des patients d'origine culturelle diverse pour lesquels les soins devraient idéalement être adaptés.

Les médecins généralistes bruxellois interrogés dans le cadre de cet étude qui estimaient avoir acquis une certaine compétence culturelle ont précisé que c'était étroitement lié à une expérience pratique sur le terrain. Malheureusement les médecins qui n'ont pas d'expérience spécifique pourraient se sentir assez démunis lors de la prise en charge de patients d'origine étrangère.

Selon une enquête réalisée aux Pays-Bas^[20], les patients allochtones (essentiellement d'origine turque et marocaine) estiment que les médecins ne comprennent pas la manière dont un migrant ressent sa propre santé. Les principales reproches vis-à-vis du corps médical sont les suivantes:

- Un suivi médical non compatible avec les croyances du patient
- Les patients ne se sentent pas pris au sérieux ce qui les amène à demander un deuxième avis auprès de quelqu'un issu de leur communauté
- Les informations reçues du soignant n'étant pas très claires, ils ressentent une difficulté à respecter le traitement proposé.

Cette même enquête a pris en compte les ressentis des médecins généralistes et la plupart estiment que la prise en charge des patients d'origine étrangère est très compliquée. De plus, leurs plaintes n'étant pas très claires, il y aurait une demande de soins excessive.

Nous savons maintenant que la barrière linguistique est des principaux freins à la prise en charge des patients d'origine étrangère. Cependant cette barrière a une probabilité de disparaître avec le temps vu que l'intégration de ces populations aura eu lieu mais les perceptions culturelles différentes vont sans doute subsister^[21]. Les médecins devraient dès lors améliorer leurs compétences culturelles pour améliorer la qualité de la prise en charge.

En Belgique, il existe différentes formations qui visent à sensibiliser les médecins sur l'influence des facteurs culturels dans les soins. À Anvers, un cours de 12 heures concernant les liens entre la culture et la santé fait partie du cursus obligatoire en première année de doctorat tant pour les futurs spécialistes et pour les futurs médecins généralistes. À Bruxelles, il existe également une formation à la communication interculturelle de cinq jours destinée à l'ensemble des collaborateurs des maisons médicales.

Par ailleurs, l'UCL organise un atelier d'une demi-journée intitulé « Approche interculturelle

de la santé » qui est donné par un anthropologue dans le cadre d'un certificat universitaire en «Santé mentale en contexte social, multiculturalité et précarité»^[20].

4. **Forces de l'étude**

- ***Originalité***

Les enjeux de la diversité culturelle dans les soins de première ligne est un sujet qui a été traité dans de nombreux ouvrages notamment en Belgique. Cependant très peu sont dédiés à une population particulière. Mon travail prend toute son originalité dans le sens où j'ai tâché de restreindre mon étude à la population d'origine turque en interrogeant les médecins généralistes bruxellois. J'ai essayé d'interpréter les données recueillies sous un angle anthropologique afin d'apporter une certaine profondeur.

- ***Validation interne et externe***

J'estime avoir atteint la validité interne car au terme de ce travail, mon hypothèse de départ qui était de savoir s'il y avait une influence ou non des facteurs culturels sur les perceptions de la santé et les relations thérapeutiques a pu être confirmée avec les résultats. La validation externe a également été atteinte étant donné que les résultats de notre étude renforce les éléments relevés dans les études antérieures.

- ***Avantage d'être un « insider »***

Un chercheur « insider » est défini comme une personne qui partage une caractéristique particulière telle que le sexe, l'appartenance ethnique ou la culture avec le groupe qu'elle étudie^[21]. Étant moi-même d'origine turque, j'avais l'avantage de comprendre plus facilement certaines informations relatives à la population turque tel que l'importance accordée aux normes religieuses par exemple. Un autre avantage d'être un « insider » est la richesse d'informations récoltées pendant les entretiens. Parmi les médecins généralistes interrogés, notamment ceux avec lesquels je partageais une origine culturelle commune, certains ont parlé de sujets qu'ils n'auraient peut-être pas abordé avec un chercheur « outsider » pour minimiser le risque de mésinterprétation.

- ***Forces d'apprentissage***

Grâce au sujet de mon TFE, j'ai eu l'occasion de me sensibiliser à d'autres disciplines telles que les sciences humaines et sociales. Toutes les nouvelles notions acquises, notamment dans

le domaine de l'anthropologie médicale, m'ont permis en peu de temps d'adapter progressivement mon attitude thérapeutique. Auparavant, j'avais tendance à guider une consultation clinique avec des questions qui dépassaient rarement du cadre scientifique. Depuis que je me suis intéressée à ce sujet, j'ai tâché d'accorder plus de temps de parole non seulement aux patients d'origine turque mais à toute personne quelque soit son origine culturelle à propos de ses perceptions de la santé. J'ai clairement constaté une amélioration en terme de qualité d'échanges. Les patients me semblent plus à l'aise et plus en confiance ce qui favorise leur adhésion aux décisions concernant leur prise en charge.

5. Limites et difficultés du travail

- ***L'impact de la pandémie Covid-19***

La plupart des entretiens ont été réalisés à la fin du mois de Février et au début du mois de Mars 2020. Alors que je continuais à solliciter d'autres médecins pour mon étude, très peu d'entre eux ont répondu à ma demande. Ce manque de retour pourrait être expliqué par la priorité accordée aux soins par les médecins généralistes durant la pandémie Covid-19.

Les derniers entretiens qui ont dû être réalisés à distance par téléphone en raison de cette pandémie avaient toute leur particularité. En effet, j'ai remarqué que les échanges étaient beaucoup plus restreints étant donné qu'il n'y avait pas ce contact humain contrairement à un entretien physique. Certaines réponses aux questions restaient un peu superficielles alors qu'elles auraient dû être approfondies lors d'un entretien en face à face.

- ***Biais liés au critère d'échantillonnage***

Afin de garantir une richesse d'informations sur les patients d'origine turque, j'ai interrogé majoritairement des médecins qui avaient plusieurs années de pratique derrière eux. Pour cette raison, ceux-ci étaient peut-être moins souvent confrontés aux barrières culturelles avec l'expérience clinique qu'ils ont accumulé avec le temps. Par ailleurs, l'origine du médecin avait aussi toute son importance sur la variété des données recueillies. Les médecins qui ne partagent pas la même origine culturelle que les patients sont peut-être plus sensibles aux particularités de la prise en charge contrairement aux médecins qui sont de même origine culturelle. De plus, les médecins généralistes dont la majorité de leur patientèle est constituée de patients d'origine turque peuvent éprouver des difficultés à saisir les caractéristiques

culturels propres à la population belgo-turque étant donné qu'une comparaison ne pourrait être faite avec le reste de la population.

- ***Biais lié à la grille d'entretien***

Idéalement, la grille d'entretien aurait dû évoluer au fur et à mesure des entretiens. Cependant je n'ai pris connaissance de cette notion que vers la fin de entretiens étant donné que c'était la première fois que j'avais utilisé cette méthode dans le cadre d'un travail.

Un autre point que j'aurais du tenir compte c'était de faire des entretiens «tests» avant de me lancer sur le terrain pour adapter les questions. Même si je n'étais pas très satisfaite au terme des premiers entretiens je n'ai pas osé changer la structure de mon guide. Dès lors, la majorité des questions ont été posées similairement tout au long de ce travail.

- ***Limites liées au statut d' «insider»***

J'ai mentionné précédemment les avantages à être un « insider » dans une étude de recherche cependant ma présence a peut-être influencé l'orientation du discours du médecin généraliste lors des entretiens. En effet, j'ai ressenti parfois chez l'interviewé une certaine méfiance qui était marquée par des moments d'hésitation et un besoin de reformulation des phrases pour éviter la stigmatisation de la communauté turque.

- ***L'impact de la durée de l'entretien sur la richesse des réponses***

La plupart des entretiens ont eu lieu au cabinet des médecins généralistes entre deux consultations. Dès lors, le temps consacré à l'entretien était limité, ce qui expliquait en partie mon hésitation à poser des questions de relance en cas de réponse courte car je craignais ne pas avoir le temps d'aborder tous les thèmes du guide d'entretien.

6. Apports du travail

Mon objectif de départ était d'évaluer du point de vue des médecins généralistes l'influence des facteurs culturels sur la perception de la maladie et les relations thérapeutiques chez les patients d'origine turque. Au terme des entretiens, j'ai pu identifier une partie de ce facteurs culturels. Grâce aux résultats des autres études trouvées dans la littérature, j'ai réussi à intégrer plus de données ce qui a enrichit mon travail de recherche de base.

Etant donné qu'il y a très peu d'étude réalisées en Belgique sur les patients d'origine turque, j'estime que mon travail peu intéresser plusieurs soignants qui sont sensibilisés par les questions sociologiques et anthropologiques qui ont toute leur importance dans le domaine médical.

7. Pistes permettant d'enrichir le travail

Nous avons évalué ces différents concepts uniquement sur bases des données issues de l'expérience des médecins généralistes. Dès lors une des pistes qui permettrait d'enrichir ce travail serait d'interroger également les patients d'origine turque sur l'ensemble des thématiques abordées afin de confronter les réponses à celles des médecins généralistes pour apporter une analyse plus approfondie des objectifs de départ. L'échantillon des patients pourrait être catégorisé en appliquant des critères tels que: génération, niveau d'éducation, genre du patient, maîtrise ou non de la langue française, etc,... dans l'optique d'avoir un échantillon plus homogène afin de limiter les biais d'interprétation.

Par ailleurs, il pourrait être intéressant de faire une analyse transculturelle des perceptions d'une pathologie spécifique entre plusieurs groupes de patients d'origine culturelle différente afin de mettre en évidence les données propres à chaque culture.

CONCLUSION

Ce travail a permis d'identifier l'influence des facteurs culturels sur les relations thérapeutiques et les perceptions de la santé au sein de la patientèle d'origine turque. Quelque soit l'origine du patient, la méconnaissance de ces aspects peuvent créer des tensions inutiles qui risquent de compromettre non seulement la satisfaction des patients mais également l'attitude des médecins généralistes. La sensibilisation des médecins est primordiale avant même de se lancer dans la pratique médicale. Dès lors, un cours d'anthropologie médicale devrait faire partie du cursus obligatoire dans les facultés de médecine. Le but n'est pas d'avoir une attitude ethnifiante mais plutôt de prendre conscience de l'importance de ces déterminants culturels afin d'adapter les soins dans un but unique qui est de respecter la dignité humaine.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Migration Report 2015: **Migrant and Cities, New Partnerships to Manage Mobility**. IOM, Genève. Disponible à l'adresse suivante:
https://publications.iom.int/system/files/wmr2015_en.pdf
2. SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme. **Monitoring socioéconomique. Marché du travail et origine 2019**. In. Bruxelles; mars 2020. Disponible à l'adresse suivante:
<https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/publications/FR/MonitoringSocioeconomique2019.pdf>
3. Massé, R. **Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé**. Montréal-Paris: Gaëtan Morin, 1995: 668.
Disponible à l'adresse suivante:
http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse_raymond/culture_et_sante_publique/culture_et_sante_publique.pdf
4. Didier Roche. **Réaliser une étude de marché avec succès**. Groupe Eyrolles, 2009.
Consulté le 5.04.2020: <https://ec56229aec51f1baff1d-185c3068e22352c56024573e929788ff.ssl.cf1.rackcdn.com/attachments/original/7/5/4/002592754.pdf>
5. Wanlin P. **L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels**. Recherches qualitatives-Hors Série 2007, 3 :243-272
6. Schoonvaere Q. (2013), **Étude démographique de la population turque en Belgique**. Bruxelles : UNIA
7. Kaya A., Kentel F. **Belgo-Turcs: un pont ou une brèche entre la Turquie et l'Union européenne ?**, Fondation Roi Baudouin. 2007; 104p
8. Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. **Conférence mondiale sur les**

politiques culturelles. Mexico City, 26 juillet - 6 août 1982

9. Sterlin, C. & Dutheil, F. **La pratique en contexte interculturel.** Reflets 2000, 6 (1): 141–153
10. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, et al. **Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship.** JAMA. 1999; 282:583-89.
11. Dagdeviren N, Akturk Z. **An evaluation of patient satisfaction in Turkey with the EUROPEP instrument.** Yonsei Med J. 2004; 45:23–28.
12. Sterlin, C. & Dutheil, F. **La pratique en contexte interculturel.** Reflets. 2000 ; 6 (1), 141–153.
13. P. Hudelson. **Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ?** Rev Med Suisse 2002; 2: 22444
14. Oosterberg EH, Devillé W, Brewster LM, Agyemang C, van den Muijsenbergh M. **Chronic disease in ethnic minorities: tools for patient-centred care in diabetes, hypertension and COPD.** Ned Tijdschr Geneesk. 2013; 157(16) :A5669.
15. Peeters B, Van Tongelen I, Duran Z, et al. **Understanding medication adherence among patients of Turkish descent with type 2 diabetes: a qualitative study.** Ethn Health. 2015;20(1):87-105
16. de Graaff F., Mistiaen P., Devillé W., Francke A. **Perspectives on care and communication involving incurably ill Turkish and Moroccan patients, relatives and professionals: a systematic literature review.** BMC Palliat Care. 2012; 11:17
17. Ahaddour C., Van den Branden S., Broeckaert B. **God Is The Giver And Taker Of Life". Muslim Beliefs And Attitudes Regarding Assisted Suicide And Euthanasia.** AJOB Empirical Bioethics. 2017; 9: 1-11
18. Uiters E. **Primary health care use among ethnic minorities in the Netherlands: a comparative study.** Utrecht: NIVEL, 2007: 200 p

Disponible à l'adresse suivante :

<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Primary-health-care-use-among-ethnic-minorities-in-the-Netherlands-a-comparative-study-2007.pdf>

19. Şekercan A, Lamkaddem M, Snijder MB, Peters RJ, Essink-Bot ML. **Healthcare consumption by ethnic minority people in their country of origin**. Eur J Public Health. 2015; 25(3):384-390.
20. Vassart C. **Améliorer le dialogue entre médecins généralistes et patients d'origine étrangère. Aperçu des outils existants**. Bruxelles:Fondation Roi Baudouin. 2014; 76p
21. Saidin K. **Insider Researchers : Challenges and opportunities**. Proceedings of the ICECRS, 2017; 849-854

ANNEXES

Annexe 1: Profil socio-démographique des médecins généralistes

	Genre	Âge	Origine	Années de pratique	Type de pratique	Avec/ Sans RDV	Nb de patients/j	% de patients d'origine turque
MG 1	F	59	Turque	33	MM	Sans	20-30	90
MG 2	F	65	Belge	38	Solo	Avec	10	30
MG 3	H	65	Belge	35	MM	Avec	20-30	65
MG 4	F	63	Albanaise	37	Solo	Avec	30-40	50
MG 5	H	38	Belge	13	MM	Avec	25	60
MG 6	H	61	Macédoine	36	Solo	Ticket	40	50
MG 7	H	68	Belge	42	Solo	Avec	>30	60
MG 8	H	62	Turque	37	MM	Sans	variable	90
MG 9	H	62	Grecque	32	Solo	Avec	>60	80
MG 10	F	33	Française	10	MM	Avec	25-30	50
MG 11	F	30	Française	5	MM	Avec	20-25	30
MG 12	H	41	Belge	16	MM	Avec	20-30	30

Annexe 2: Guide d'entretien

<p><u>Caractéristiques socio-démographique</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quel âge avez-vous ? - Quelle est votre origine ? - Depuis combien d'années pratiquez-vous la médecine générale ? - Quel type de pratique exercez-vous ? - Travaillez-vous avec le système de rdv ? - Combien de patients avez-vous par jour ? - Quel est le pourcentage approximatif de patients d'origine turque au sein de votre patientèle totale ? - Quelles ont été vos motivations d'installation dans le quartier ?
<p><u>Description de la prise en charge</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comment décririez-vous votre expérience avec les patients d'origine turque de manière globale? - Pouvez-vous décrire les caractéristiques de la relation soignant-soigné en consultation ? - Quelles sont selon vous, leurs attentes principales vis-à-vis du médecin traitant?
<p><u>Perceptions de la santé et de la maladie</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous me décrire sur base de votre expérience personnelle les perceptions de la santé chez les patients d'origine turque ? - Comment décririez-vous le vécu de la maladie chronique au sein de cette patientèle ? - Qu'en est-il du vécu de l'urgence ou de la maladie aiguë ? - Selon vous, la compliance est-elle correcte chez les patients d'origine turque? - Comment décririez-vous le vécu de la fin de vie?
<p><u>Compétence culturelle</u> - <u>Perspectives pour le futur</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comment pensez-vous avoir acquis votre compétence culturelle ? - Avez-vous des conseils à donner aux médecins qui n'ont aucune expérience avec les patients

	d'origine turque afin de les aider à améliorer leur prise en charge ? - Pensez-vous qu'il faudrait instaurer un cours d'anthropologie médicale en faculté de médecine ?
--	--

Annexe 3 : Pourquoi s'intéresser au modèle explicatif du patient ?

- Comprendre la signification de la maladie pour le patient
- Identifier les inquiétudes et attentes du patient
- Comprendre les comportements du patient (non-adhérence, utilisation d'autres thérapies, rendez-vous manqués)
- Adapter l'information et les explications au patient
- Créer une alliance thérapeutique et négocier un plan de traitement mutuellement satisfaisant
- Améliorer la compréhension mutuelle entre médecin et patient
- Fournir des outils pour une meilleure analyse de la situation
- Suggérer des options de traitement supplémentaires

Annexe 4 : Entretien MG 1

Fiche d'identité du médecin généraliste

Âge, Genre, Origine 59 ans, femme, turque

Nombre d'année de pratique Depuis 1987

Type de pratique (Solo/ Assoc/ MM) Auparavant en solo, depuis 2000 en Maison Médicale

Avec ou Sans RDV Sans RDV

Nombre de patients vus par jour Une vingtaine par jour

Pourcentage de patients d'origine turque 90%

SO : Pouvez-vous m'expliquer vos motivations à vous installer dans le quartier?

MG1 : Principalement culturelle et communautaire un peu, si je peux dire. Puisque nous parlions le turc et que les patients vivaient tous un petit peu dans le quartier turc. On a pensé que ça pouvait fortement les aider à se prendre mieux en charge pour les soins de santé vu l'inaccessibilité de la langue. Le français n'est pas la deuxième langue parlée en Turquie pour les turcs donc on s'est dit qu'on serait plus efficace ici que dans un autre quartier.

SO : Comment décririez-vous votre expérience avec les patients d'origine turque?

MG1 : Il y a les avantages et les inconvénients de travailler en communauté. Donc, à l'origine le but était d'aider et d'être positif. Mais l'inconvénient c'est qu'on reste en communauté et donc si on parle leur langue. C'est pas à cause de nous qu'ils ne parlent pas le français c'est un peu les conditions socio-économiques, le chômage, l'absence de travail, le fait de ne pas être intégré à la population autochtone par l'habitat donc de se retrouver tous ici. Et donc, la communautarisation est aussi favorisée par notre présence si je peux dire.

Donc ça nous dérange un peu mais d'un autre côté il y a les points positifs. C'est que nous, nous pouvons les influencer positivement, en disant « Maintenant tu vas étudier, tu vas suivre des cours là, tu vas faire de la musique. Il faut inscrire vos enfants aux activités ». Nous, ils nous écoutent. Donc on fait un petit peu office aussi de gourou en plus de notre

thérapeutique.

SO : Comment décririez-vous la relation soignant-soigné en consultation avec vos patients d'origine turque?

MGI : C'est vrai, nous sommes parfois très intimes, ils peuvent nous raconter beaucoup de choses qui nous sont accessibles tout comme, ne pas nous dire certaines choses parce qu'on les connaît très bien. Moi en tout cas, je les réfère parfois à un confrère dans la maison médicale, un jeune médecin qui les connaît pas bien. Parce qu'ils veulent pas parler de certaines choses qui peuvent aller au delà de l'intimité. Donc dans l'ensemble ça va. Les relations sont autoritaires quand c'est nécessaire et intimes et amicales quand c'est nécessaire. Donc c'est au cas par cas.

SO : Quelles sont, selon vous, leurs attentes principales vis-à-vis du médecin traitant?

MGI : Disons que, les patients qu'on a se sont habitués à nous. Depuis plus de 30 ans on les soigne. Les premières attentes tout au début de ma carrière, c'était « Ah il faut donner quelque chose et ça doit être guéri en un jour ». Une injection. Donc il y a les anciens traitements dans les pays d'origine où c'était les injections de pénicilline. Il faut injecter de la pénicilline et je dois être guéri le lendemain. Oui parce qu'il y avait peut-être pas de compliance auparavant dans les pays en voie de développement et donc on faisait plus des injections dépôt de pénicilline par exemple pour les infections parce qu'on voyait plus le patient, mais ça il n'y avait pas dans la médecine occidentale. Donc c'est plus traitement médicamenteux, ils comprenaient pas pourquoi ils devaient les prendre. Mais maintenant ça va, ils sont habitués à notre façon de travailler. Notre façon de travailler c'est quand même de l'occidental. Quand on explique bien, ils ont bien compris, qu'un antibiotique n'est pas nécessaire, la différence entre un virus et une bactérie ils comprennent maintenant.

SO : Parlons maintenant si vous voulez bien du vécu et des représentations que font les patients d'origine turque de la maladie.

MGI : Bien sûr.

SO : D'après vous, comment les patients d'origine turque, approchent la question de la fin de vie ?

MGI : Je n'ai jamais eu de demande d'euthanasie par exemple ou bien d'arrêt de soins. Parce que pour tout ce qui est palliatif et même un cancer très avancé, et même une patiente

de 95 ans qui est alitée il y a une ignorance si je peux dire des pathologies et de l'information et ils espèrent toujours un miracle au dernier moment.

SO : Et la maladie chronique ?

MGI : Ça ils connaissent. Toutes les maladies chroniques qui sont évolutives, il faut leur expliquer plusieurs fois. Donc il y a une absence de connaissance via les livres, via les masses média, via internet. Donc auxquels les personnes au dessus de 50 ans n'ont pas accès. Et donc c'est un petit peu notre parole qui compte et notre éducation mais il faut du temps. Avec le temps on leur explique que c'est une maladie chronique que ça va peut-être pas les tuer mais ça va les faire souffrir longtemps. Et ça il faut longtemps avant de le faire accepter. Tout ça est dû à la méconnaissance. Un patient un peu plus intellectuel peut être informé par les masses médias, par les livres, par internet aussi bêtement.

SO : Et qu'en est-il du vécu de l'urgence, de la maladie aiguë ?

MGI : La maladie aiguë c'est la panique. C'est les urgences. Donc ils viennent pas ici ou ils nous appellent pas. C'est direct les urgences. Parce qu'il y a de la fièvre. Il n'y a pas encore ce côté, où le médecin traitant va d'abord me diriger ou trier un petit peu ce que j'ai. Là c'est fort panique. Donc c'est tout de suite: « Il faut hospitaliser ». Même s'ils viennent chez moi pour un petit qui tousse il faut l'hospitaliser.

SO : Pouvez-vous décrire la compliance médicamenteuse chez vos patients d'origine turque ?

MGI : On se retrouve souvent avec des patients qui ont tout arrêté ou qui ont arrêté la moitié de leurs médicaments parce qu'ils n'avaient plus de prescriptions tout simplement, ou parce qu'ils ont oublié leur médicament ou parce qu'ils se sentent mal avec. En fait il y a la peur de devenir dépendant de ces médicaments toute leur vie, donc ils disent « Je vais pas en prendre comme ça je m'habitue pas ». Donc il y a cette mentalité qui existe dans toutes les tranches d'âge. Donc c'est à nous de dire voilà: « Certains médicaments ne sont pas vraiment nécessaires pour ta santé ». Il faut prendre le temps. C'est une question de temps et d'explication. Mais souvent ils arrêtent le médicament.

SO : Pouvez-vous un peu détailler la notion d'observance thérapeutique et de suivi des règles hygiéno-diététique?

MGI : En dehors des médicaments, le suivi hygiéno-diététique est très difficile. Parce que ce

sont des populations, maghrébines ou turques, qui se disent: «Il faut beaucoup manger, bien manger pour être en bonne santé ». C'est comme juste après l'après-guerre en Europe. Ce sont des populations qui ont connu la faim et qui ont connu des privations et qui pensent que la bonne santé vient de bien manger. C'est difficile de casser ce tabou. Ça c'est très difficile, plus difficile que de dire « les médicaments sont utiles, il faut les prendre ». Ça c'est beaucoup plus difficile.

SO : Comment abordez-vous la question de la non-compliance médicamenteuse en consultation avec les patients?

MG1 : Disons que je ne suis pas autoritaire, je n'oblige pas le patient. S'il a envie d'arrêter le médicament je lui explique les pour et les contre et s'il l'arrête c'est son choix. Donc je vais pas lui dire : « Si tu arrêtes je te soigne plus, je suis extrêmement fâchée ». Avant j'étais comme ça, maintenant je le suis plus.

SO : Comment pensez-vous avoir acquis votre compétence culturelle, avez-vous eu une formation particulière ?

MG1 : Moi, j'ai vécu dans ce milieu depuis mon enfance. Je servais d'interprète pour mes parents, la famille, les cousins-cousines qui parlaient pas français. Donc j'avais déjà une certaine habitude étant jeune d'aller faire des traductions dans les hôpitaux. Donc je connais bien les habitudes culturelles de mes patients.

SO : Avez-vous constaté une évolution dans votre pratique?

MG1 : Oui, certainement parce que nous on a lutté contre ça, et je pense aussi que d'autres médecins aussi dans le quartier ont lutté. Donc c'est pas du tout la même façon ni pour nous de nous comporter ni pour les patients par rapport à il y a 30 ans. Il y a aussi l'effet bénéfique si je peux dire, malheureusement pas pour la langue, mais l'effet bénéfique des télévisions turques malgré tous les effets néfastes qu'il y a côté c'est-à-dire qu'il y a beaucoup d'émissions sur la santé. Donc tous les matins il y a des émissions sur la santé, l'obésité, le cholestérol, l'hypertension, le cancer. Et donc les personnes qui travaillent pas les matins regardent beaucoup ces émissions. Il y a aussi beaucoup de programmes néfastes, au moins ça c'est un acquis et donc même pour la vaccination de la grippe. C'est via les télés turques que les patients viennent nous retrouver en disant: «Ah c'est la période pour la grippe je l'ai

vu à la télévision» etc.

Le diabète aussi entre autre. Par contre il y a d'autres effets néfastes notamment actuellement ils parlent de la chirurgie du diabète. Même moi je savais pas ce que c'était. Donc je me dis «Tiens on greffe des îlots de Langherhans, qu'est-ce que c'est?». Pour finir, j'ai vu sur internet que c'était le Sleeve. Et donc voilà j'explique bien à mes patients que c'est quand même bien des choses qui ne sont pas anodines et qu'en Turquie on fait ça à la chaîne puisque ce sont des cliniques privées qui font ça, sans nécessairement avoir un BMI au dessus de 40.

SO : D'après vous, pensez-vous qu'il faudrait mettre en place un cours d'anthropologie médicale en faculté de médecine ?

MGI : Ça peut aider pour tout. Vous avez déjà tellement de cours, on pourrait puisque c'est maintenant multi-culturel, donc c'est pas que des Européens qui vivent en Belgique, mais bon alors lesquelles? Enfin oui, c'est un peu vaste. Donc c'est un peu à chaque étudiant, moi je trouve, qui doit s'intéresser à une autre culture. Et ça, ça doit être plutôt personnel. Voilà, je pense pas qu'il faut.

SO : Auriez-vous des conseils à donner aux médecins qui n'ont aucune expérience avec les patients d'origine turque afin de les aider à améliorer leur prise en charge clinique?

MGI : Disons qu'il faut être à l'écoute. Il faut parfois être ferme notamment pour les jeunes, pour l'éducation donc en dehors de la santé. Pour la santé, il faut être un peu plus complice il faut dire « donc maintenant avoue » etc, sinon il y a un mur qui se forme.

Prendre en charge aussi socialement tout ce qu'il y a côté. Bon il a un rhume, je m'en fou de son rhume. Souvent je dis: « Je m'en fou de ton rhume, prends une aspirine ou prends un dafalgan mais qu'est-ce que tu fais? Où est-ce que tu vas à l'école? Qu'est-ce que tu fais comme étude? ». Si ce sont des jeunes filles qui viennent chercher un certificat pour la natation, je leur dis : « Bon tu sais écoute, moi je n'ai pas su nager jusqu'à l'âge de 20 ans. Et franchement quand je devais prendre le bateau etc... Il nous est arrivé d'aller en ferry, on sait pas nager et donc est-ce que tu aimerais te noyer ? ». Ou je dis ça aux mamans : « Est-ce que tu aimerais que ton enfant se noie quand tu vas en Turquie, quand tu dois prendre le bateau en voiture ? » Ah non. Donc je dis « Laisse les quand même aller ». Donc il faut les convaincre d'une autre façon.

C'est un petit peu de l'improvisation. Ça dépend de chaque patient, ça dépend de la façon de voir de chaque patient. C'est sur le moment même. Certains sont plus sévères, plus réticents.

Je pense qu'il faut improviser. C'est très important. Plus que avoir beaucoup de connaissances scientifiques. Parce qu'on peut très bien dire à un patient : « écoute franchement je ne sais pas ce que tu as. Je vois une lésion mais je suis pas sûr de ce que c'est je vais un peu m'informer, je vais parler à un ami dermatologue à l'hôpital, je prends la photo et tu reviens ». Et ça, ça rassure même les gens. Il faut pas nécessairement être la plus scientifique. Le fait de dire aux patients « Je sais pas » ça les rassure aussi. Donc le côté social, scientifique. Le côté culturel, ça vient souvent il suffit de demander : « Tiens chez vous comment ça se passe ? Comment vous faites ça ? ». On va une fois ou deux fois en visite à domicile et on voit un peu comment les gens vivent et il faut être à l'écoute.

Annexe 5 : Entretien MG 3

Fiche d'identité du médecin généraliste

Âge, Genre, Origine 65 ans, Homme, Belge

Nombre d'années de pratique 35 années

Type de pratique (Solo/ Association/ Maison Médicale) Maison Médicale

Avec ou Sans RDV Avec RDV

Nombre de patients vus par jour Vingtaine

Pourcentage de patients d'origine turque 65%

SO : Quelles ont été vos motivations à vous installer dans le quartier?

MG3 : Rationnaliser l'approche d'un cabinet qui se trouvait à Woluwé et ça n'avait aucun sens car les gens venait de Schaerbeek et Saint-Josse-ten-noode et donc pour faciliter les déplacements, la régularité aux rendez-vous etc, on a préféré ouvrir une antenne sur Schaerbeek, au lieu de rester exclusivement à Woluwé.

SO : Vous travaillez depuis combien de temps sur Schaerbeek ?

MG3 : 5 ans

SO : Comment décririez-vous votre expérience avec les patients d'origine turque ?

MG3 : Enrichissante sur certains points, très compliquée sur d'autres et mitigée sur les troisièmes (rire).

SO : Pouvez-vous détailler chaque catégorie?

MG3 : Alors enrichissant, parce que ça nous oblige à repenser beaucoup de fondamentaux sur nos modes de fonctionnements habituels avec des patients, on va dire, caucasiens classiques.

Ce qui est très compliqué c'est d'obtenir la compréhension de ce qui est mis en place et surtout l'adhésion qui est mis en place. Donc les problèmes de compliance, la compréhension de la maladie et surtout obtenir une participation active à la prise en charge. On a un peu le sentiment que c'est une population, qui attend le miracle du Messie et plutôt qu'une prise en

charge où nous on est là pour les aider mais où eux sont partie prenante du système.

Et mitigé, c'est le côté on va dire d'une population qui est assez sanguine et qui parfois manque de respect, mais voilà donc pour le reste moi je suis plutôt content.

SO : Un manque de respect vis à vis de votre profession?

MG3 : Vis à vis de la profession, vis à vis des membres qui encadrent la profession. Donc puisqu'on est dans une approche multi-disciplinaire c'est le respect des rdv chez l'ensemble des praticiens (généralistes, spécialistes, infirmiers, kiné, etc) c'est assez compliqué à obtenir. C'est l'agressivité pour avoir tout tout de suite, on est dans une société où on veut tout tout de suite mais on a l'impression que eux le veulent encore plus vite que les autres. Voilà, et donc ça, ça peut rendre les choses encore plus compliquées. Après on prend du recul et peut-être que 35 ans de métier ça aide à prendre plus de recul que quand on a 6 mois.

SO : Comment décririez-vous la relation soignant-soigné en consultation avec vos patients d'origine turque?

MG3 : Et bien elle est très unidirectionnelle, c'est beaucoup le médecin qui constate, qui conseille, qui va aiguiller, qui va prescrire, qui va essayer de mettre un encadrement. Donc ça c'est l'aspect enrichissant parce qu'il y a énormément de pathologie lourde chez ces gens, plus que la moyenne. Et après, là où ça se complique, c'est qu'une fois qu'on a mis tout ça en place c'est d'arriver à concrétiser, à faire en sorte qu'ils soient partie prenante de tout ça et qu'ils le fassent. J'avais encore un patient tout à l'heure, à qui je dis voilà « Comment ça va côté cholestérol, vous faites attention à ce que vous mangez, vous prenez vos médicaments? ». « Ah non je fais attention à rien je ne prends pas les médicaments ». Voilà.

SO : Comment vous réagissez face à cette réponse?

MG3 : Et bien je réexplique l'intérêt de la démarche et comme ça faisait un an qu'ils n'avaient plus fait de prise de sang j'ai dit: « Écoutez alors ne prenez pas le médicament, on va reconstrôler le cholestérol et je vous revoie dans une dizaine de jours et on refera le bilan ». Donc l'idée c'est de réexpliquer l'intérêt de la démarche et le fait qu'en ne prenant le médicament il se met en danger.

SO : Quelles sont selon vous, leurs attentes principales vis-à-vis du médecin traitant?

MG3 : Alors je pense que le médecin traitant, même si parfois on est mal traité par ces patients, je pense que dans l'ensemble ils ont des attentes énormes qui portent sur, c'est assez

typique je trouve aussi de cette franche de la population, c'est vraiment le médico-psycho-social. Donc ce sont énormément de gens qui ont des troubles psychologiques, énormément de gens qui ont de grosses pathologies médicales, énormément de gens, de familles qui ont des problèmes sociaux que ce soit du décrochage scolaire chez les jeunes et la drogue, que ce soit des polyopathologies chez les gens à l'autre extrémité de la vie avec énormément de troubles cardiovasculaires importants, ou que ce soit des problématiques liées à l'inactivité soit parce qu'ils sont à la mutuelle depuis très longtemps ou parce qu'ils sont au chômage depuis tout aussi longtemps. Et donc il y a beaucoup de décrochage, beaucoup de besoin et je pense qu'ils attendent du médecin d'à peu près tout résoudre sans forcément faire appel à tous les services qui sont autour d'eux. C'est comme si pour eux c'était extrêmement compliqué d'aller chercher l'information ailleurs que chez le médecin. Et donc on est un peu les aiguilleurs du ciel pour essayer de les renvoyer dans les bonnes directions.

SO : La suite des questions vont se porter essentiellement sur le rapport qu'ont les patients d'origine turque à la santé. D'après vous, comment vos patients approchent la question de la fin de vie ?

MG3 : Alors ils sont très différents, là je trouve des caucasiens, ça fait partie je trouve d'abord d'une grande qualité à mon sens. Donc ils accompagnent leur proche jusqu'au bout. Ils ne sont pas du tout ouverts à l'euthanasie, ils sont éventuellement ouverts, qu'elle soit passive ou active je trouve que, moi j'en parle parce que je pense que les gens ont le droit d'avoir toutes les informations, je sais très bien que 99 sur 100 ça n'aboutira ni sur une euthanasie passive ni sur une euthanasie active. Je trouve qu'ils commencent à s'ouvrir un peu à l'accompagnement de fin de vie pour, je dirais, soulager la souffrance mais sans provoquer le décès et ils ont des accompagnements médicalisés importants que ce soit avec des plateformes palliatives quand il y a le cancer ou que ce soit avec nos soins infirmiers pour accompagner les gens jusqu'au bout avec eux.

SO : Pouvez-vous décrire leur rapport à la maladie chronique ?

MG3 : Et bien ça c'est une très bonne question, je ne suis même pas sûr que j'aurai une réponse là dessus. Le sentiment que j'ai, c'est que je ne sais pas s'ils comprennent bien cette notion de chronicité et donc l'importance d'être en surveillance régulière. La maladie est chronique mais donc sa prise en charge est chronique aussi et donc tous les aspects qui sont liés à la prise en charge, et donc pas seulement les aspects médicamenteux, eux aussi sont

chroniques. Et donc que ce soit mettre en place un régime pour les diabétiques, que ce soit mettre en place pour ces mêmes patients une activité physique. Ils ont l'impression que s'ils ont fait ça 6 mois par exemple après un infarctus, après, tout est réglé. Et donc je pense qu'ils n'ont pas la bonne représentation de la maladie chronique et de tous les tenants et aboutissants à partir du moment où ils comprendraient bien ce que ça veut dire et donc d'avoir une prise en charge qui, elle, va durer aussi longtemps que la maladie.

SO : Et la représentation de la maladie aiguë, l'urgence ?

MG3 : Alors l'urgence, pour eux déjà tout est urgent. Donc ils ont beaucoup de mal. Alors moi je suis étonné par le nombre de patients turcs qui passent par les urgences pour un bouton rouge sur le nez. Donc ils sont en panique tout de suite, ils ont un culte de la maladie, ils ont une phobie de la maladie plus je trouve que chez d'autres gens et ils ont un recours aux urgences, qui est à mon sens démesuré. Je veux dire une angine devient une urgence alors qu'on a toujours un peu de temps voilà. C'est ce qui parfois rend justement les relations difficiles avec eux parce que dans ce cas là s'ils débarquent dans nos consultations de médecine générale, ils ont l'impression d'avoir tous les droits et plus de droits que les autres qui sont dans la salle d'attente et donc ils voudraient être pris tout de suite et on n'est pas des gens bien si on les prend pas tout de suite évidemment.

SO : Pouvez-vous décrire, sur base de votre propre expérience, la compliance médicamenteuse et l'observance thérapeutique chez les patients d'origine turque?

MG3 : Catastrophe. Catastrophe. Ça me semble être un bon résumé.

SO : D'après vous quelles sont les raisons?

MG3 : Alors est-ce qu'elles sont culturelles ? Je n'en sais rien. Est-ce que c'est une question de moyen? On sait aussi que beaucoup de patients n'exécutent pas l'intégralité des prescriptions faute de moyen et ça c'est évidemment une vue que nous n'avons pas parce que ça se passe juste après nous, chez le pharmacien. Ça ramène au point précédent, où la maladie chronique, ils ne comprennent pas qu'ils doivent encore prendre si longtemps le produit pour le diabète, pour le cholestérol, parfois pour des dépressions qui sont passées en chronicité, pour des troubles du sommeil qui se sont chronicisés aussi, ça ils comprennent assez mal. Et donc je crois que la compliance, ça va être multifactoriel. Il y a plein de choses, il y a les effets secondaires et les interactions. Je suis étonné aussi, c'est une grande spécificité je trouve de cette population, par la quantité de médicaments à ingurgiter mais en

sachant que là dedans, se vend la moitié des psychotropes et que c'est pas forcément induit par les médecins généralistes mais par des psychiatres et que c'est très difficile de changer ça. Mais donc cinq psychotropes plus des thérapies éventuellement chroniques pour des maladies chroniques autres que psychologiques, on a des interactions médicamenteuses qu'on gère difficilement. Il y a les effets secondaires, il y a la difficulté de payer, il y a le sentiment que ça ne sert à rien. Mais parfois ça ne sert à rien juste parce qu'ils ont pas fait le nécessaire, ils attendent parfois, et du médecin et du médicament, de résoudre tout or c'est une approche multidisciplinaire et multifactorielle qui va permettre de contrôler une maladie si on ne peut pas la guérir.

SO : Pensez-vous la même chose pour l'observance thérapeutique, le suivi des conseils hygiéno-diététiques ?

MG3 : Oui. Et puis je pense qu'on est dans des sociétés qui sont autocentrés et plus le temps passe et plus ça s'aggrave. Et donc à partir du moment qu'on est autocentrés, c'est moi d'abord et le reste on verra, et donc si on l'invite à faire un truc qui l'amuse plus que sa consultation, je pense qu'il y a une chance sur deux qu'il ne vienne pas au rdv parce qu'il y a un truc qu'il trouve plus sympa ou mieux à faire, ou dans sa tête, plus important. Moi je suis de l'autre côté du bureau donc je vais penser que la santé prime sur tout mais voilà. Ça c'est mon avis, c'est pas forcément le leur et ça va justement jouer dans l'observance et sur plein de choses. Après pour observer toutes les thérapies non médicamenteuses, le médicament à prendre c'est facile en dehors des effets secondaires etc, mais faire du sport tous les jours c'est pas facile, il faut de la volonté. Et je sens chez beaucoup de gens dans cette population spécifique beaucoup d'abandonisme. On abandonne, on n'a pas le courage. « Mais vous comprenez docteur je suis fatigué, j'en ai marre ». Voilà, donc il y a l'abandonite aigue, l'abandonite chronique et voilà je pense que tout ça, ça concoure au fait que « Je ne prends pas mes médicaments comme il faut, je ne fais pas les conseils qui sont en dehors des médicaments parce que c'est difficile de longue haleine ».

SO : Nous avons déjà parlé un peu sur ce sujet précédemment mais j'aimerais rebondir dessus une seconde fois. Comment abordez-vous la question de la non-compliance médicamenteuse en consultation avec vos patients?

MG3 : En général, j'essaie de les confronter à deux choses. Soit l'inutilité du médicament qu'ils devaient prendre puisqu'ils arrivent à s'en passer, ça ne semble pas les gêner plus que

ça. Donc je les confronte à une forme d'incohérence en espérant pouvoir arrêter le médicament en question. C'est justement à ce moment là qu'ils disent: « Mais vous savez ça fait 3 jours que je le prends pas et je me sens moins bien». Donc c'est pas de chance. Sinon j'essaie de saisir l'opportunité de pouvoir l'arrêter si je considère que c'est pas un médicament indispensable. Si par contre je considère que c'est un médicament indispensable, et ça arrive quand même très souvent. Soit je vais temporiser le temps de la prise de sang si c'est un problème métabolique et mesurable au travers une prise de sang parce que je vais avoir un argument supplémentaire pour lui dire qu'il n'a pas bien fait. Je ne les confronte pas à la mort mais j'essaie de leur expliquer quelles peuvent être les conséquences de la non prise. Je leur explique que des médicaments qu'on arrête du jour au lendemain peuvent parfois poser plus de problèmes avec des effets rebonds dans l'hypertension, dans les antiacides. Dans les 24-48H d'un arrêt brutal ils pourraient être plus en souffrance qu'avant et donc parfois on arrive à les raccrocher, parfois pas.

SO : Comment pensez-vous avoir acquis votre compétence culturelle?

MG3 : Je vais peut-être poser la question autrement. Est-ce que vous pensez avoir acquis la compétence culturelle? Honnêtement je n'ai pas de réponse, j'en sais rien. J'aurai tendance à dire, qu'au vu du succès de la consultation, il faut croire quand même un peu. Si on était tellement à côté de la plaque, je présume qu'ils ne viendraient pas autant en masse et continuer à augmenter la patientèle de la maison médicale et donc je pense qu'on a sans doute réussi quelque chose. Maintenant à titre individuel, est-ce que moi j'ai cette compétence j'ai pas la prétention d'avoir la réponse.

SO : Pensez-vous qu'il faudrait mettre en place un cours d'anthropologie médicale en faculté de médecine ? Est-ce que vous auriez souhaité avoir une formation pendant vos études?

MG3 : Je suis certain qu'on aurait gagné du temps et qu'on aurait sans doute gagné en qualité de consultation. J'ai probablement perdu des mois ou des années à essayer de comprendre comment ils fonctionnaient et à voir comment moi je pouvais fonctionner pour essayer d'améliorer un peu nos relations. À contrario je trouve qu'une grande qualité de la population turque, c'est sa fidélité. Ce sont des gens qui sont extrêmement fidèles et donc s'ils sont contents de vous ils restent quoi qu'il arrive. Donc ils sont un peu ambivalents. Ils ont besoins de nous, ils savent qu'on est là et ils viennent et reviennent, ils consomment

beaucoup. Et de l'autre côté, ils sont pas très compliants, pas très observants, mais ils ont un profond respect du médecin quand ils ont acquis la certitude que le médecin veut les aider. Ils sont par contre extrêmement durs s'ils sentent qu'il y a un peu de « je m'enfoutisme » ou de lassitude chez les médecins. Voilà ils vont pas aimer ça.

SO : Auriez-vous des conseils à donner aux médecins qui n'ont aucune expérience avec les patients d'origine turque afin de les aider à améliorer leur prise en charge clinique?

*MG3 : Je leur conseille de venir en stage chez nous pendant quelques semaines. (rire)
Mais soit déjà, je vais dire, ils sont déjà de confession musulmane à l'origine par exemple, je pense quand même que ça change déjà les choses. On voit bien quand même qu'il y a toute une population turque qui vont chez des médecins d'origine turque mais ce qu'on voit aussi c'est que beaucoup de gens turcs qui ne veulent pas aller chez des médecins d'origine turque.*

SO : Pour quelles raisons d'après vous?

MG3 : Ça j'en sais rien. Mais les rares fois où ils m'en parlent, c'est un problème de confiance. Donc voilà. Mais par contre on voit bien qu'il y a des gens qui préfèrent aller. C'est une communauté aussi qui se tient beaucoup entre elle, donc il n'y a pas de raison que ça ne marche pas au niveau des soins de santé. Donc forcément des médecins turcs vont attirer une clientèle turque mais comme un médecin vietnamien va attirer la clientèle vietnamienne de Bruxelles.

Et donc je pense que si on est de confession musulmane, peut-être qu'on fait déjà quelques raccourcis, et qu'il y a de la compréhension et que le patient va se sentir mieux compris pour les problématiques qui sont purement culturelles. Je prends le Ramadan par exemple. Pour les autres qui seraient plutôt d'autre confession, ou qu'ils n'ont pas de confession du tout, comme moi, je pense que moi si j'avais pu faire quelques journées de travail chez des médecins qui avaient des patientèles majoritairement de ce type là, j'aurais sans doute gagné énormément de temps.

Et donc le conseil que je leur donne, c'est de s'y intéresser et donc peut-être de passer par des consultations où on a majoritairement ce genre de patients. Je privilégierai quand même des consultations qui sont organisées car c'est une patientèle qui, quand c'est pas organisé, à mon avis est très difficile à contrôler. Et je pense que pour un démarrage ça peut être un peu traumatisant. Nous on le voit. On a quand même des assistants pour qui c'est difficile. Voilà, à la fois par la charge de travail mais il y a une charge émotionnelle très importante aussi et que peut-être même nous, en tant que maitres de stage, on a sous estimé. Donc au travers de

quelques expériences vécues on a quand même changé un peu la prise en charge, on essaie d'être un peu plus attentifs à ce qui se passe, à comment l'assistant va vivre en l'occurrence son assistanat dans ce milieu. Mais une fois que ça c'est réglé j'ai le sentiment que beaucoup de choses rentrent dans l'ordre et que ça peut fonctionner.

Annexe 6 : Entretien MG 7

Fiche d'identité du médecin généraliste

- **Âge, Genre, Origine** 68 ans, Homme, Belge
- **Nombre d'année de pratique** 42 années dont 30 ans à Schaerbeek
- **Type de pratique (Solo/ Association/ Maison Médicale)** Association
- **Avec ou Sans RDV** Avec RDV
- **Nombre de patients vus par jour** Plus que 30
- **Pourcentage de patients d'origine turque** 60 %

SO : Quelles ont été vos motivations à vous installer dans le quartier ?

MG7 : J'avais fait mes stages à Saint-Etienne déjà, donc j'étais déjà sensibilisé au quartier. J'avais déjà travaillé avec un docteur qui est décédé qui était le Dr X. À l'époque, Saint-Etienne était une chouette petite clinique parce que c'était vraiment la clinique du quartier. Il y avait un service d'urgence, c'était très familial et local. Maintenant malheureusement ça a fusionné avec Saint-Jean donc c'est déjà moins proche. Enfin on n'a plus la même sensation qu'avant. Avant Saint-Etienne c'était vraiment la clinique du quartier. On avait un service d'urgence qui était à la fois un peu un service d'orthopédie, de médecine générale, etc. Donc on brassait pas mal de chose, donc j'ai fait mes stages là. Et donc j'étais déjà un peu sensibilisé au quartier et à la population et puis j'ai été en province parce que je ne savais pas ce que j'allais faire quand j'avais eu mon diplôme. Mais en province ça ne m'a pas plus. Je suis resté un an près de la Louvière et puis je suis revenu à Bruxelles parce que justement ce docteur, Dr X, qui avait fondé la Maison Médicale X, m'avait demandé si ça m'intéressait de travailler avec lui parce que lui, il avait commencé dans ce quartier en 1977 ou en 1976 et il était rapidement débordé et donc il cherchait un médecin pour l'épauler et je suis rentré dans sa maison médicale et on a travaillé tous les deux assez vite et tout de suite complètement à temps plein. On connaissait tous les gens du quartier depuis la gare du Nord jusque place Meiser, du Boulevard Lambert jusqu'à Saint-Josse. Maintenant j'ai des gens qui viennent de plus loin. Par exemple il y a beaucoup de jeunes turcs, de la nouvelle

génération qui quittent le quartier. Les parents restent à Saint-Josse, Schaerbeek et beaucoup d'enfants et petits-enfants sont partis du côté de Haren, Zeilnik, Evere évidemment.

SO : Comment décririez-vous votre expérience avec les patients d'origine turque ?

MG7 : Et bien moi, ça s'est très bien passé. Moi je suis rentré dans ce système là, comme un poisson dans l'eau. Il n'y a jamais eu d'accrocs avec eux. C'est-à-dire que je suis un peu spécialisé dans ce domaine-là parce que j'en connais énormément et énormément me connaissent. Ça a toujours bien fonctionné donc je ne sais pas, j'ai appris assez rapidement le turc aussi en les écoutant. Je ne sais pas écrire en turc, mais je parle uniquement les mots, les phonétiques, voilà.

SO : Vous faites des consultations en turc?

MG7 : Oui entièrement en turc. Quand les personnes âgées viennent chez moi, je leur dis de ne pas parler en français, ça va plus vite. Je ne parle pas des jeunes mais je parle des gens de 30 à 80 ans. Je leur dis qu'il faut parler en turc, ça va plus vite pour moi donc je comprends tout directement. Et donc j'ai appris tous les mots médicaux. Donc je ne sais pas aller dans un restaurant turc, ça je ne sais pas faire. Mais tout ce qui est médical je connais tous les mots. Tous les organes, c'est-à-dire « böbrek » (rein), « karaciger » (foie), « akciger » (poumon) enfin tout ce que vous voulez, et je connais aussi tous les symptômes, c'est-à-dire « aciyor » (ça fait mal), « yaniyor » (ça brûle), « batiyor » (ça pique). Je connais tous les phénomènes digestifs comme par exemple « bulanti » (nausée), « kusmak » (vomir), « ishal » (diarrhée). Tout ça je connais à fond donc les consultations vont plus vite évidemment parce que finalement je pose mes questions et en quelques minutes j'ai compris le problème. Je dois pas commencer à faire traduire. Et puis d'ailleurs quand les enfants traduisent parfois, ils viennent parfois avec des petits-enfants qui ne traduisent pas bien. Donc je sais rapidement savoir de quoi il s'agit exactement et les consultations sont très précises. Ce qui fait qu'évidemment on peut être choqué de dire que « Comment ça se fait que vous voyez 50 personnes par jour ? » mais moi évidemment je suis très organisé. Mes consultations sont toujours sur ordinateur bien préparées. Les résultats sont toujours prêts avant qu'ils viennent et en plus, ces consultations sont très faciles puisque connaissant à fond tous les termes médicaux turcs ça va très vite. Je ne dois pas commencer à chercher quelqu'un. Et puis je commence à les connaître, donc quand ils viennent, je commence à sentir un peu pourquoi ils viennent, ce qu'ils ont etc. Les consultations sont très précises, l'anamnèse est très précis,

fouillé et rapide. J'avance très vite grâce aux mots que je connais. Et donc c'est pour ça qu'évidemment ça va dans les deux sens, moi je m'entends avec eux et eux aussi me disent. Pourtant c'est parfois étonnant. Sans prétention, il y a des turcs qui me disent: «Écoutez je vous comprends mieux que des médecins turcs». Parce qu'ils disent: « Vous au moins vous m'écoutez, vous comprenez ce que je dis» etc. Donc ce qui fait que cet échange depuis 40 ans, fait évidemment que moi je suis à l'aise avec eux d'une façon incroyable et tout fonctionne quand ils viennent chez moi. Les femmes turques se déshabillent sans problème. Les parents évidemment me connaissent depuis 40 ans et les parents et les enfants me connaissent tellement bien qu'il y a une confiance absolue dans ce que je fais. C'est pour ça que parfois des enfants de 14 ans viennent seuls.

SO : Au début de votre carrière, aviez-vous ressenti des freins dans vos relations avec la patientèle d'origine turque?

MG7 : Non pas tellement, parce que le Dr X, était un médecin qui avait très bien compris aussi la population turque et on avait des consultations assez directes, assez simples, il n'y avait pas de distance. Alors il faut une distance minimum, moi je vouvoie tout le monde même les jeunes je les vouvoie parce que je trouve pas qu'il faut être copain. On n'est jamais copain, j'essaie de ne pas être ami. Parfois ils essaient mais non, je ne peux pas être leur ami, je suis leur docteur.

On avait aussi un abord assez direct avec les gens. Je dois dire que lui, il m'a énormément aidé au début, j'avais déjà été formé à Saint-Etienne. J'étais déjà un peu sensibilisé mais en plus j'ai vu comment il avait très bien compris aussi comment ça fonctionnait. J'ai rapidement suivi son chemin. Pour moi ça n'a jamais été un problème. J'ai jamais eu d'obstacle.

SO : Comment décririez-vous la relation soignant-soigné en consultation avec vos patients d'origine turque ? Nous avons déjà abordé partiellement la question en parlant de la distance.

MG7 : Oui il faut un minimum de distance. Parfois il y a des jeunes, même des gens de 35 ans qui veulent m'appeler «papa» mais je dis : «Arrête, il faut pas m'appeler papa». Je veux pas qu'à un moment donné ça dévie trop, il faut garder une distance que j'appelle utile qui est importante pour garder une bonne relation thérapeutique.

SO : Quelles sont selon vous, leurs attentes principales vis-à-vis du médecin traitant ?

MG7 : Alors les turcs reprochent à certains médecins de ne pas assez les écouter hors moi c'est ma première priorité, c'est les écouter. Ma réputation chez eux c'est deux choses: un, c'est les écouter et deux, d'avoir un bon diagnostic sans me venter. C'est parce que j'ai tellement vu de monde que à la longue ça joue.

Donc j'ai un noyau de gens qui viennent que chez moi. À côté de ça j'ai des gens qui ont leur médecin traitant mais qui viennent pour avoir un avis et qui gardent leur médecin traitant et j'ai un 3e noyau de gens qui viennent parce qu'ils ont entendu parler de moi, et viennent me voir pour demander si je peux les aider pour ça pour ça. Et donc c'est marrant, parce que je fonctionne avec 3 systèmes comme ça. Et puis avec moi, ils savent très bien que je ne suis pas un médecin qui retient les patients. Quand ils viennent comme ça, je leur dis surtout gardez votre médecin mais je veux bien donner un avis, un 2e avis etc.

Et donc ça c'est la partie des consultations. Écouter le patient et faire un diagnostic juste.

Et alors la deuxième chose, c'est qu'il faut les examiner physiquement. Il y a beaucoup de turcs qui disent qu'il y a certains médecins qui les examinent pas, hors ils aiment bien être examinés physiquement. Donc il faut pas seulement les regarder et prescrire les médicaments mais il faut déshabiller, les palper, les ausculter, les toucher et c'est quelque chose à laquelle ils sont sensibles et que j'ai compris aussi évidemment.

SO : Les prochaines questions vont se porter sur le rapport qu'ont les patients d'origine turque à la santé. D'après vous, comment vos patients approchent la question de la fin de vie ?

MG7 : Et bien là je n'ai pas assez d'expérience justement. Enfin si, oui et non. J'ai vu quelques décès des gens qui avaient le cancer qui sont pas si âgés, qui avaient 40 ans, 50 ans, 60 ans. Et donc avec la famille, on avance, on avance, on avance. Au début de la maladie ils ont beaucoup d'espoir et puis à un moment donné ils se rendent compte qu'il faut l'accepter même si parfois ils essaient à tout prix d'aller voir un autre médecin, un autre service etc. Mais je crois que ça se fait de façon assez naturelle et puis il y a évidemment tout ce rituel qu'il y a à la fin de vie qui existe chez eux. La partie religieuse, le transport et tout ça. Là j'essaie d'être assez proche avec eux dans la mesure où ils peuvent me téléphoner assez facilement dans la période où ça devient critique, où on bascule dans la période où il n'y a plus grand chose à faire etc. On va ensemble jusqu'à la fin et il n'y a pas de particularité par rapport aux belges je pense, sauf le fait qu'il y a cette période d'espoir, puis la période

critique et puis la période où on se rend compte où c'est vraiment fini.

SO : Pouvez-vous décrire la représentation et le vécu de la maladie chronique ?

MG7 : Il y a deux vécus. Où il y a des gens qui sont vraiment malades qui essaient de se faire suivre du mieux possible et puis d'un autre côté les gens qui utilisent la maladie chronique pour avoir des bénéfices sociaux c'est-à-dire dire ceux qui essaient de rester en maladie le plus longtemps possible pour ne pas devoir travailler, pour ne pas devoir aller chômer. Donc parfois c'est compliqué de voir la limite entre les deux. Alors il y a une certaine partie de la population, notamment les personnes âgées, qui ont beaucoup de consommation de médicaments, la population que moi j'ai connue au début. Comme évidemment en Belgique, il y a la médecine, les médicaments, ils consomment beaucoup de médicaments à mon goût. Beaucoup de gens qui disent : « Ah tu as pris ça, je devrais essayer ». Pas toute la population évidemment, mais cette génération de 40 ans et plus j'en ai connu beaucoup qui consommaient beaucoup de médicaments. Parfois même de surconsommation d'examens, donc faire un examen et puis le refaire, prendre un deuxième avis.

SO : Et le rapport à la maladie aiguë, l'urgence comment le décririez-vous ?

MG7 : Je pense que c'est même pas propre au milieu turc, mais il y a une surconsommation des services des urgences. Le fait qu'on veut tout de suite un diagnostic ça fait partie un petit peu des défauts du système. Et parfois une surconsommation des antibiotiques aussi, ça c'est le problème donc. Dès qu'un enfant a une angine, si après 24 heures il a encore mal il faut tout de suite donner un antibiotique et si le médecin ne veut pas le donner on va chez un autre médecin qui va le donner. Maintenant ça commence aussi à évoluer. Les parents jeunes ont compris que les sirops il faut plus en donner, que c'est mieux avec les aérosols. Comme j'ai fait de l'homéopathie, je suis donc resté tout à fait médecin polyvalent c'est-à-dire que j'ai fait de l'homéopathie parce que j'avais un intérêt pour diminuer les médicaments allopathiques, j'ai introduit beaucoup l'homéopathie dans ma pratique et la nouvelle génération accepte ça bien. Ils savent bien que pour les enfants il faut attendre 3-4 jours avant de donner des antibiotiques, qu'on passe plutôt aux aérosols avant de donner des sirops. La population turque accepte donc très bien l'homéopathie. Evidemment ce sont des gens qui me connaissent depuis des années donc ils acceptent, ils savent qu'ils peuvent me faire confiance.

SO : Pouvez-vous décrire, sur base de votre propre expérience, la compliance médicamenteuse et l'observance thérapeutique chez les patients d'origine turque ?

MG7 : Je crois qu'elle n'est pas si mauvaise que ça sauf qu'il y a une surconsommation de médicaments. Et donc la compliance je crois qu'elle est relativement correcte, il n'y a pas de grosse différence avec la population belge.

SO : Et le suivi des conseils hygiéno-diététiques?

MG7 : C'est plus difficile parce que évidemment il y en a beaucoup qui ne font pas de régime idéal. De nouveau ça change aussi. Je dirais qu'il y a deux populations. Il y a ceux que j'ai connu quand j'ai commencé à travailler qui ont maintenant déjà 70-80 ans qui sont beaucoup plus difficiles à faire changer dans leurs habitudes parce qu'ils ont leur habitudes alimentaires etc..

Les jeunes sont plus regardant, ils comprennent peut-être mieux aussi. Evidemment quand vous dites à quelqu'un de 60-70 ans de changer l'alimentation turque habituelle, c'est pas évident. Ils ont leurs habitudes, à la maison c'est comme ça. Mais ils sont très sensibles quand on leur dit qu'il y a de la graisse dans le foie, ils vont commencer à faire attention. Ça, ça les touche. Bon évidemment il y a les gros consommateurs de snacks et tout, donc voilà mais ça c'est valable pour toute la population jeune. C'est assez catastrophique.

SO : Comment pensez-vous avoir acquis votre compétence culturelle?

MG7 : Alors ça c'est une compétence entièrement sur le tas. C'est-à-dire que je n'ai suivi aucune formation, je n'ai jamais été, même très peu, à des réunions. Ça s'est fait vraiment au fur et à mesure du travail avec les gens, l'échange progressif que j'ai eu avec eux. Et donc je n'ai pas vraiment suivi de formation en tant que telle, non pas du tout. Et pas non plus à l'unif.

SO : Justement, pensez-vous qu'il faudrait instaurer un cours d'anthropologie médicale en faculté de médecine?

MG7 : Ça serait pas mal de le faire pourquoi pas? Moi j'ai gagné beaucoup d'étapes. Les deux choses qui m'ont favorisé c'est que j'étais à la clinique Saint-Etienne et donc là il y avait beaucoup de population turque évidemment. Et la deuxième chose qui m'a avantagé c'était d'avoir commencé avec le Dr X, qui était un médecin qui avait été très impliqué. Lui, il m'a fait gagné beaucoup de temps au départ parce que comme j'ai vu comment il travaillait et tout j'ai gagné beaucoup de temps. Et après j'ai fait mon travail tout seul, ça a été de soi-même. Donc c'est de moi-même que je me suis auto-formé, auto-sensibilisé.

SO : Auriez-vous des conseils à donner aux médecins qui n'ont aucune expérience avec les patients d'origine turque afin de les aider à améliorer leur prise en charge clinique?

MG7 : C'est pas plus mal évidemment de faire un stage dans ce milieu. Ça c'est clair. Et justement d'accepter les deux piliers: écouter le patient et le contact physique. Et il y a aussi moyen évidemment de connaître un peu la langue mais bien que ce soit pas obligatoire parce que évidemment on dit que si on connaît trop la langue alors les gens ne s'habituent pas à parler le français, et c'est pas bien parce qu'à ce moment-là ils ne deviennent pas autonomes ou ils sont trop dépendants. Parce qu'il y a tout le problème d'une génération qui n'apprenait pas beaucoup le français dont les épouses restaient trop à la maison, le mari allait travailler. L'épouse restait à la maison en regardant la télévision turque entre copines turques, entre familles turques et donc évidemment ça pose un problème d'intégration aussi.

Mais j'ai connu aussi des gens qui étaient un peu réticents, c'était le côté un tout petit peu négatif je dirais. J'ai une fois posé la question à un monsieur qui est arrivé en Belgique très tôt, à l'âge de 3-4 ans, donc qui a vécu en Belgique. Puis son épouse est venue après. Et après 10 ans, elle parlait toujours pas un mot de français, je lui ai dit : « Tu ne la mettrais pas à l'école ? », « Ah non elle a pas besoin de parler français, c'est pas nécessaire ». Ça je trouve un peu dommage mais bon. Moi j'insiste pas trop parce que j'ai pas à faire des remarques mais j'avais suggéré parce qu'elle doit toujours venir avec lui. Mais il y en a d'autres qui sont super bilingues, qui parlent parfaitement. On a tous les modèles en fait. On a tous les extrêmes.

La population en 1978-1980 était relativement homogène, c'était plutôt des gens qui étaient plus ou moins de même niveau je dirais et maintenant vous avez quand même une génération qui se diversifie. Et puis la population au départ était très localisée aussi, maintenant tous les jeunes commencent à sortir du quartier. Les parents aiment bien rester là parce qu'ils ont tout près de chez eux. Ils ont leurs copains, leurs cafés, la mosquée. Ils n'ont pas envie de se retrouver à Diegem, ça ne leur plairait pas du tout. D'ailleurs il y en a quelques-uns qui sont parfois partis et qui ont regretté et sont revenus. Je parle des plus âgés. Ils perdaient la convivialité du quartier, ils étaient dans une maison isolée.

Annexe 6 : Entretien MG 12

Fiche d'identité du médecin généraliste

- **Âge, Genre, Origine** *41 ans, Homme, Belge*
- **Nombre d'années de pratique** *16 ans*
- **Type de pratique (Solo/ Association/ Maison Médicale)** *Maison Médicale*
- **Avec ou Sans RDV** *Avec RDV*
- **Nombre de patients vus/jour** *vingtaine*
- **Pourcentage de patients d'origine turque** *25%-30%*

SO : Quelles ont été vos motivations à vous installer dans le quartier ?

MG12 : À l'origine c'est pour rejoindre une équipe, de mes deux collègues, avec qui j'ai fait mes études et on avait le même projet de travail. Donc une médecine ouverte à tous.

SO : Comment décririez-vous votre expérience avec les patients d'origine turque ?

MG12 : Globalement très bonne. J'ai de bons contacts.

SO : Comment décririez-vous la relation soignant-soigné en consultation avec vos patients d'origine turque?

MG12 : Majoritairement, je trouve qu'il y a, peut-être aussi en comparaison avec d'autres origines on va dire, très souvent une bonne maîtrise de la langue ou en tout cas toujours très souvent quelqu'un qui accompagne. Pendant de rares cas c'est pas le cas et là effectivement ça devient très compliqué à ce moment-là. Mais globalement souvent je trouve que les consultations se passent bien, avec une bonne maîtrise de la langue et souvent une compréhension assez proche au niveau de la santé je dirais, de l'approche de la santé.

SO : Quelles sont selon vous, leurs attentes principales vis-à-vis du médecin traitant ?

MG12 : Moi je pense que c'est principalement, pour les soins de premières ligne. De répondre à une pathologie au soin des enfants, de la famille. J'ai moins l'impression qu'il y a une grande implication dans les projets de santé communautaire ou des choses comme ça. C'est souvent des contacts de première ligne avec le médecin traitant. Maladie, soins,

prescriptions, suivi chronique.

SO : D'après vous, comment les patients d'origine turque, approchent la question de la santé ?

MG12 : Ça c'est une question pas évidente. Parce que je pense que dans notre patientèle souvent, la vision de la santé, il y a moins une prise en compte de la prévention dans notre patientèle. Maintenant je dois dire que j'ai moi-même, je pense, dans mes patients une patientèle turque assez éduquée. C'est pas facile de faire la différence entre la patientèle globale. Souvent on a des soucis au niveau préventif. C'est plutôt une réponse directe, problème-réponse on va dire.

SO : Pouvez-vous décrire comment vos patients approchent la question de la fin de vie ?

MG12 : Alors c'est vrai que j'ai pas eu de vrai suivi de fin de vie avec une patientèle turque. Maintenant les personnes que je suis, c'est vrai que pour les personnes âgées c'est souvent la famille qui est autour. Donc il y a un soutien familial très clair. Maintenant c'est jamais facile pour la famille de comprendre qu'un patient âgé ne voit pas la même chose qu'un patient jeune. Et donc on veut absolument le maintenir avec tous les médicaments, tous les traitements et le maintenir en vie le plus longtemps possible alors que souvent le patient lui-même a plus envie de pas en finir mais en tout cas qu'on lui foute la paix. Mais sur la question-même de la fin de vie, avec la question de la mort, j'ai jamais vraiment eu l'occasion d'approfondir ça avec les patients surtout que là souvent il y a un souci de langue.

SO : Et le vécu de la maladie chronique, pouvez-vous la décrire ?

MG12 : Je trouve qu'une fois qu'on l'a bien expliquée, il y a quand même une adhérence au traitement donc voilà, peut-être plus que dans mon expérience, et ma patientèle de nouveau, que parfois des personnes d'autres origines. Je trouve qu'il y a quand même une observance, mais il faut l'expliquer, il faut l'exprimer, il faut être attentif à ce que tout soit bien compris mais une fois que les choses sont bien comprises globalement l'expérience est plutôt bonne.

SO : Et le rapport à la maladie aiguë, l'urgence ?

MG12 : Alors ça c'est plus difficile. De nouveau est-ce que c'est la patientèle générale ou les personnes d'origine turque je n'en sais rien, mais là c'est vrai qu'il y a une demande souvent de très vite les choses sont urgentes. Il faut une réponse très rapidement, il y a encore une envie d'utilisation d'antibiotique pour tout traitement donc c'est vrai que dans l'urgence c'est

encore cette croyance aux antibiotiques et au médecin et au médicament miracle, à action rapide on va dire.

SO : Pouvez-vous décrire, sur base de votre propre expérience, la compliance médicamenteuse et l'observance thérapeutique chez les patients d'origine turque ?

MG12 : De nouveau encore comme le traitement chronique, je pense que si on prend le temps d'expliquer, d'exprimer les faits plus scientifiques, le pourquoi du comment, avec la confiance qu'on peut avoir depuis certaines années, je pense que ça se passe bien. J'ai quelques exemples où effectivement avec les assistants où la confiance est moins installée ou peut-être que les explications sont un peu différentes, là c'est plus compliqué. Mais dans mon expérience, quand la confiance est là et qu'on arrive à exprimer des choses, ça se passe souvent bien sur la longueur en tout cas.

SO : Et l'observance des conseils hygiéno-diététiques?

MG12 : Alors ça c'est plus compliqué (rire). C'est souvent plus compliqué. Voilà, on le voit aussi dans d'autres cultures mais c'est vrai qu'il y a un poids de la famille, du contexte familial, du contexte du partage du repas. On voit souvent chez les patients diabétiques, c'est plus compliqué de passer outre des normes un petit peu sociales et de partage d'un repas. Et là c'est vrai qu'au niveau hygiéno-diététique c'est plus compliqué, il faut plus se battre on va dire.

SO : En cas de non-compliance médicamenteuse, comment abordez-vous le sujet en consultation?

MG12 : Dans ma pratique de consultation, j'essaie de pas être paternaliste, j'essaie de comprendre les raisons pour lesquelles les personnes ne prendraient pas ces médicaments, et d'essayer être au maximum didactique quoi. En essayant de voir ce qu'ils comprennent, de comprendre les freins, éventuellement d'élargir à quelqu'un de la famille si le niveau de langue n'est pas suffisant. Voilà c'est quand même aussi je pense, souvent une croyance sur les prises de sang, il y a une envie de faire une prise de sang. Tant qu'à faire, si ça a été fait, se baser justement sur ces choses un peu plus concrètes, pour faire valoir une compliance même si on sait bien que ça vaut ce que ça vaut in fine. Tant qu'à faire autant utiliser ce qui fonctionne. Quelque chose de peut-être plus de technique voilà. C'est un ressenti comme ça, j'ai eu l'impression que dans la patientèle turque il ne faut pas hésiter à être un peu plus technique. De tête comme ça, j'ai l'impression d'avoir une patientèle turque assez éduquée.

SO : Comment pensez-vous avoir acquis votre compétence culturelle?

MG 12 : Ah, sur le terrain (rire). Moi justement, je suis parti trois ans à l'étranger en Afrique, en l'occurrence pas les mêmes cultures mais ça permet de se remettre en question, d'éviter des tunnels, d'éviter de se positionner comme quelqu'un qui sait tout et de partir sur nos croyances je dirais ou notre vision belge, occidentale pure. En se disant que d'autres cultures ont leur manière de fonctionner, on a certaines compétences médicales évidemment qu'il ne faut pas mettre de côté mais voilà, de mon côté c'est l'expérience, l'expérience de travailler à l'étranger et puis l'expérience de terrain, ici, de la maison médicale. C'est vrai qu'on apprend à aborder différemment les choses, et de nouveau la confiance fait aussi qu'on sait un peu plus s'immiscer dans les familles ou dans des compréhensions culturelles.

SO : Pensez-vous qu'il faudrait mettre en place un cours d'anthropologie médicale en faculté de médecine?

MG12 : Ah je pense oui. Je pense que ce serait très intéressant, c'est vrai. Je pense bien. Je pense que ça aurait tout son sens et certainement en médecine générale. Alors maintenant est-ce que ça pourrait être à option pour les personnes qui travaillent effectivement dans ces quartiers-ci, mais ça vaudrait la peine pour la patientèle turque ou d'autres origines. Nous c'est vrai qu'au niveau de la maison médicale on a aussi essayé de développer un petit peu des supervisions avec notre psy et ça nous aide à comprendre aussi au delà des expériences.

SO : Pour terminer, auriez-vous des conseils à donner aux médecins qui n'ont aucune expérience avec les patients d'origine turque afin de les aider à améliorer leur prise en charge clinique?

MG12 : Moi je pense que le conseil principal, que ce soit pour la patientèle turque ou autre, c'est être capable de se remettre en question, de remettre en question sa pratique, ne jamais arriver avec un discours paternaliste, mais en tout cas un discours de vérité absolue et pouvoir entendre l'agenda du patient, la compréhension du patient, comprendre son ressenti par rapport à une pathologie, par rapport à la vie en général voilà. Être toujours capable de se poser des questions et de remettre en question sa pratique. Je pense que c'est le principal.

Annexe 4 : Entretien MG 12

Fiche d'identité du médecin généraliste

- **Âge, Genre, Origine** 41 ans, Homme, Belge
- **Nombre d'années de pratique** 16 ans
- **Type de pratique (Solo/ Association/ Maison Médicale)** Maison Médicale
- **Avec ou Sans RDV** Avec RDV
- **Nombre de patients vus/jour** vingtaine
- **Pourcentage de patients d'origine turque** 25%-30%

SO : Quelles ont été vos motivations à vous installer dans le quartier ?

MG12 : À l'origine c'est pour rejoindre une équipe, de mes deux collègues, avec qui j'ai fait mes études et on avait le même projet de travail. Donc une médecine ouverte à tous.

SO : Comment décririez-vous votre expérience avec les patients d'origine turque ?

MG12 : Globalement très bonne. J'ai de bons contacts.

SO : Comment décririez-vous la relation soignant-soigné en consultation avec vos patients d'origine turque?

MG12 : Majoritairement, je trouve qu'il y a, peut-être aussi en comparaison avec d'autres origines on va dire, très souvent une bonne maîtrise de la langue ou en tout cas toujours très souvent quelqu'un qui accompagne. Pendant de rares cas c'est pas le cas et là effectivement

ça devient très compliqué à ce moment-là. Mais globalement souvent je trouve que les consultations se passent bien, avec une bonne maîtrise de la langue et souvent une compréhension assez proche au niveau de la santé je dirais, de l'approche de la santé.

SO : Quelles sont selon vous, leurs attentes principales vis-à-vis du médecin traitant ?

MG12 : Moi je pense que c'est principalement, pour les soins de premières ligne. De répondre à une pathologie au soin des enfants, de la famille. J'ai moins l'impression qu'il y a une grande implication dans les projets de santé communautaire ou des choses comme ça. C'est souvent des contacts de première ligne avec le médecin traitant. Maladie, soins, prescriptions, suivi chronique.

SO : D'après vous, comment les patients d'origine turque, approchent la question de la santé ?

MG12 : Ça c'est une question pas évidente. Parce que je pense que dans notre patientèle souvent, la vision de la santé, il y a moins une prise en compte de la prévention dans notre patientèle. Maintenant je dois dire que j'ai moi-même, je pense, dans mes patients une patientèle turque assez éduquée. C'est pas facile de faire la différence entre la patientèle globale. Souvent on a des soucis au niveau préventif. C'est plutôt une réponse directe, problème-réponse on va dire.

SO : Pouvez-vous décrire comment vos patients approchent la question de la fin de vie ?

MG12 : Alors c'est vrai que j'ai pas eu de vrai suivi de fin de vie avec une patientèle turque. Maintenant les personnes que je suis, c'est vrai que pour les personnes âgées c'est souvent la famille qui est autour. Donc il y a un soutien familial très clair. Maintenant c'est jamais facile pour la famille de comprendre qu'un patient âgé ne voit pas la même chose qu'un patient jeune. Et donc on veut absolument le maintenir avec tous les médicaments, tous les traitements et le maintenir en vie le plus longtemps possible alors que souvent le patient lui-même a plus envie de pas en finir mais en tout cas qu'on lui foute la paix. Mais sur la question-même de la fin de vie, avec la question de la mort, j'ai jamais vraiment eu l'occasion d'approfondir ça avec les patients surtout que là souvent il y a un souci de langue.

SO : Et le vécu de la maladie chronique, pouvez-vous la décrire ?

MG12 : Je trouve qu'une fois qu'on l'a bien expliquée, il y a quand même une adhérence au traitement donc voilà, peut-être plus que dans mon expérience, et ma patientèle de nouveau,

que parfois des personnes d'autres origines. Je trouve qu'il y a quand même une observance, mais il faut l'expliquer, il faut l'exprimer, il faut être attentif à ce que tout soit bien compris mais une fois que les choses sont bien comprises globalement l'expérience est plutôt bonne.

SO : Et le rapport à la maladie aiguë, l'urgence ?

MG12 : Alors ça c'est plus difficile. De nouveau est-ce que c'est la patientèle générale ou les personnes d'origine turque je n'en sais rien, mais là c'est vrai qu'il y a une demande souvent de très vite les choses sont urgentes. Il faut une réponse très rapidement, il y a encore une envie d'utilisation d'antibiotique pour tout traitement donc c'est vrai que dans l'urgence c'est encore cette croyance aux antibiotiques et au médecin et au médicament miracle, à action rapide on va dire.

SO : Pouvez-vous décrire, sur base de votre propre expérience, la compliance médicamenteuse et l'observance thérapeutique chez les patients d'origine turque ?

MG12 : De nouveau encore comme le traitement chronique, je pense que si on prend le temps d'expliquer, d'exprimer les faits plus scientifiques, le pourquoi du comment, avec la confiance qu'on peut avoir depuis certaines années, je pense que ça se passe bien. J'ai quelques exemples où effectivement avec les assistants où la confiance est moins installée ou peut-être que les explications sont un peu différentes, là c'est plus compliqué. Mais dans mon expérience, quand la confiance est là et qu'on arrive à exprimer des choses, ça se passe souvent bien sur la longueur en tout cas.

SO : Et l'observance des conseils hygiéno-diététiques?

MG12 : Alors ça c'est plus compliqué (rire). C'est souvent plus compliqué. Voilà, on le voit aussi dans d'autres cultures mais c'est vrai qu'il y a un poids de la famille, du contexte familial, du contexte du partage du repas. On voit souvent chez les patients diabétiques, c'est plus compliqué de passer outre des normes un petit peu sociales et de partage d'un repas. Et là c'est vrai qu'au niveau hygiéno-diététique c'est plus compliqué, il faut plus se battre on va dire.

SO : En cas de non-compliance médicamenteuse, comment abordez-vous le sujet en consultation?

MG12 : Dans ma pratique de consultation, j'essaie de pas être paternaliste, j'essaie de comprendre les raisons pour lesquelles les personnes ne prendraient pas ces médicaments, et

d'essayer être au maximum didactique quoi. En essayant de voir ce qu'ils comprennent, de comprendre les freins, éventuellement d'élargir à quelqu'un de la famille si le niveau de langue n'est pas suffisant. Voilà c'est quand même aussi je pense, souvent une croyance sur les prises de sang, il y a une envie de faire une prise de sang. Tant qu'à faire, si ça a été fait, se baser justement sur ces choses un peu plus concrètes, pour faire valoir une compliance même si on sait bien que ça vaut ce que ça vaut in fine. Tant qu'à faire autant utiliser ce qui fonctionne. Quelque chose de peut-être plus de technique voilà. C'est un ressenti comme ça, j'ai eu l'impression que dans la patientèle turque il ne faut pas hésiter à être un peu plus technique. De tête comme ça, j'ai l'impression d'avoir une patientèle turque assez éduquée.

SO : Comment pensez-vous avoir acquis votre compétence culturelle?

MG 12 : Ah, sur le terrain (rire). Moi justement, je suis parti trois ans à l'étranger en Afrique, en l'occurrence pas les mêmes cultures mais ça permet de se remettre en question, d'éviter des tunnels, d'éviter de se positionner comme quelqu'un qui sait tout et de partir sur nos croyances je dirais ou notre vision belge, occidentale pure. En se disant que d'autres cultures ont leur manière de fonctionner, on a certaines compétences médicales évidemment qu'il ne faut pas mettre de côté mais voilà, de mon côté c'est l'expérience, l'expérience de travailler à l'étranger et puis l'expérience de terrain, ici, de la maison médicale. C'est vrai qu'on apprend à aborder différemment les choses, et de nouveau la confiance fait aussi qu'on sait un peu plus s'immiscer dans les familles ou dans des compréhensions culturelles.

SO : Pensez-vous qu'il faudrait mettre en place un cours d'anthropologie médicale en faculté de médecine?

MG12 : Ah je pense oui. Je pense que ce serait très intéressant, c'est vrai. Je pense bien. Je pense que ça aurait tout son sens et certainement en médecine générale. Alors maintenant est-ce que ça pourrait être à option pour les personnes qui travaillent effectivement dans ces quartiers-ci, mais ça vaudrait la peine pour la patientèle turque ou d'autres origines. Nous c'est vrai qu'au niveau de la maison médicale on a aussi essayé de développer un petit peu des supervisions avec notre psy et ça nous aide à comprendre aussi au delà des expériences.

SO : Pour terminer, auriez-vous des conseils à donner aux médecins qui n'ont aucune expérience avec les patients d'origine turque afin de les aider à améliorer leur prise en charge clinique?

MG12 : Moi je pense que le conseil principal, que ce soit pour la patientèle turque ou autre,

c'est être capable de se remettre en question, de remettre en question sa pratique, ne jamais arriver avec un discours paternaliste, mais en tout cas un discours de vérité absolue et pouvoir entendre l'agenda du patient, la compréhension du patient, comprendre son ressenti par rapport à une pathologie, par rapport à la vie en général voilà. Être toujours capable de se poser des questions et de remettre en question sa pratique. Je pense que c'est le principal.