Améliorer le dialogue entre médecins généralistes et patients d'origine étrangère

Aperçu des outils existants

dans le cadre du Réseau d'écoute première ligne de soins

Fondation Roi Baudouin
Agir ensemble pour une société meilleure

Améliorer le dialogue entre médecins généralistes et patients d'origine étrangère

Aperçu des outils existants

dans le cadre du Réseau d'écoute première ligne de soins

Fondation Roi Baudouin
Agir ensemble pour une société meilleure

COLOPHON

SÉRIE: Réseau d'écoute première ligne de soins

Améliorer le dialogue entre médecins généralistes et patients d'origine étrangère
Aperçu des outils existants

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands onder de titel:
Voor een betere dialoog tussen huisartsen en patiënten van andere origine
Overzicht van de bestaande hulpmiddelen
in het kader van het Luisternetwerk eerstelijnsgezondheidszorg

Une édition de la Fondation Roi Baudouin, rue Brederode 21 à 1000 Bruxelles

AUTEURS: Carine Vassart - Communications

TRADUCTION: Geneviève Ostyn

COORDINATION POUR LA FONDATION ROI BAUDOUIN: Gerrit Rauws
Yves Dario
Annemie T'Seyen
Michèle Duesberg

CONCEPTION GRAPHIQUE: PuPiL

MISE EN PAGE: Jean-Pierre Marsily

PRINT ON DEMAND: Manufast-ABP asbl, une entreprise de travail adapté

Cette publication peut être téléchargée gratuitement sur notre site www.kbs-frb.be

Une version imprimée de cette publication électronique peut être commandée (gratuitement) sur notre site www.kbs-frb.be, par e-mail à l'adresse publi@kbs-frb.be ou auprès de notre centre de contact, tél. + 32-70-233 728, fax + 32-70-233-727

DÉPÔT LÉGAL: D/2848/2013/16

ISBN: 978-28-7212-712-2

EAN: 9782872127122

N° DE COMMANDE: 3188

Novembre 2013

Avec le soutien de la Loterie Nationale

SOMMAIRE

Avant-propos 5

Introduction 7

Personnes d'origine étrangère et soins de santé en Belgique 9

Epidémiologie et recours au système de santé 9

La "conversation silencieuse" 10

Les conséquences sanitaires des difficultés de communication 14

Patients d'origine étrangère et médecins généralistes 16

De l'interculturel au transculturel 17

Aperçu de la littérature 21

L'approche interculturelle des soins 21

L'interculturel, enjeu de santé publique 23

L'interculturel dans la pratique des médecins généralistes 24

La gestion de la problématique linguistique 26

Les aides à la communication médecins généralistes / patients 27

Le recours à des intermédiaires 27

Les formations 40

Sites de références 46

Les brochures d'information 51

Points de vue de médecins 61

Conclusions 63

Constats 63

Recommandations 64

Pistes 65

Annexe 1 69

Annexe 2 70

Annexe 3 71

Annexe 4 72

Synthèse 73

Samenvatting 75

AVANT-PROPOS

De par l'exercice de sa fonction, la première ligne de soins est le témoin privilégié de l'évolution de notre société. Elle en détecte les mouvements et en observe les conséquences sur les pratiques et sur le quotidien des patients.

C'est pour cette raison que la Fondation Roi Baudouin a décidé de lui consacrer un 'réseau d'écoute'. Par ce biais, elle espère inventorier les défis auxquels sont confrontés les soins de santé de première ligne et aider les professionnels à les relever.

Le réseau a mis en exergue le fait que la rencontre avec des patients d'origines, de langues et de convictions religieuses différentes est devenue presque quotidienne, pour de nombreux médecins généralistes, partout dans le pays.

Voilà pourquoi, la Fondation Roi Baudouin a souhaité donner une meilleure visibilité à ce dialogue parfois compliqué mais aussi mieux faire connaître les pratiques et outils qui peuvent l'améliorer.

Cet état des lieux très bien documenté ne vise pas l'exhaustivité. Toutefois, il permet de disposer d'un large éventail des possibilités de soutien qui ont été développées tant en Belgique qu'à l'étranger.

Nous tenons à adresser nos plus vifs remerciement à Carine Vassart pour ses recherches fouillées et sa rédaction précise. Nous tenons aussi à remercier Yves Gosselain, Promotion Santé & Qualité – Fédération des Maisons Médicales et des Collectifs de Santé francophones et le Dr Winfried Huba, Wijkgezondheidscentrum De Sleep (Gent) pour leur disponibilité.

Enfin, nous remercions également Hamida Chikhi, Coordinatrice des médiatrices interculturelles en soins de santé au Foyer vzw (Molenbeek); Myriam De Spiegelaere, Chargée de cours à l'Ecole de Santé publique de l'ULB; le Dr Louis Ferrant, Médecin généraliste au Wijkgezondheidscentrum Medikuregem (Anderlecht); le Dr Vincent Litt, Médecin de santé publique et anthropologue; le Dr Bernard Vercruysse, Médecin généraliste à la Maison Médicale du Nord (Saint Josse) et Hans Verrept, Coordinateur de la Cellule Médiation Interculturelle au SPF Santé publique pour leur disponibilité et leur relecture attentive.

INTRODUCTION

Le présent rapport vise à améliorer les connaissances en matière de littérature, de pratiques et d'outils qui pourraient aider les médecins généralistes dans leur communication avec leurs patients d'origine, de langues et de convictions religieuses différentes. L'analyse concerne en grande partie les patients d'origine étrangère. Les informations présentées dans le document peuvent concerner aussi bien les médecins que les personnes qui sont amenées à travailler de manière plus large dans les réseaux en soins de santé ou les associations en contact avec des personnes présentant des demandes culturelles spécifiques.

Il offre d'abord un bref survol de la question: quelles sont les données épidémiologiques disponibles sur ces patients, quel est l'état actuel de la recherche scientifique sur la communication des soignants, et plus particulièrement les médecins généralistes, avec ces patients ?

Un aperçu de la littérature abordant les différents concepts, expériences et outils est présenté dans le rapport.

Différentes catégories d'outils existant en Belgique et à l'étranger sont ensuite détaillées:

Les intermédiaires servant de supports à la relation.
Il peut s'agir de personnes ou de moyens. Dans le cas des premiers, on trouve principalement les médiatrices culturelles et les interprètes sociaux. Les seconds se concrétisent surtout à travers les outils de traduction.

Les formations.
Elles sont destinées à apporter aux médecins généralistes les compétences nécessaires pour mieux comprendre les patients d'origine étrangère et les différences qu'ils peuvent présenter dans la formulation de leurs plaintes de santé et leur perception du système de soins.

Les sites de références.
Ces plateformes en ligne fournissent aux médecins à la fois les informations théoriques et pratiques sur l'épidémiologie, sur les pathologies spécifiques ou les traitements adéquats concernant les patients avec des références culturelles différentes.

Les brochures d'information.
Ce type de matériel peut avoir plusieurs objectifs: aider le médecin pour l'un ou l'autre aspect de sa pratique dans la prise en charge des patients d'origine étrangère, l'informer sur une pathologie ou un mode de traitement particulier, lui fournir un outil pour faciliter son rôle en promotion de la santé auprès de ses patients.

Le présent rapport a été conçu de manière utile et pratique. Les outils, les articles et les publications proposés ont fait l'objet d'une sélection dans ce sens. Les articles scientifiques et publications proposés permettent à un lecteur potentiel de se faire une idée précise de la question et ils ont été choisis pour leur représentativité. Les outils proposés, rendent compte de ce qui

existe dans ce domaine, en Belgique et à l'étranger. Les outils décrits sont soit déjà directement conçus à destination des médecins généralistes, soit sont utilisés par d'autres professionnels de soins et pourraient valablement être adaptés à la pratique de la médecine générale.

Chaque fois que cela a été possible, un lien renvoie à un projet ou à une publication sur le Web.

PERSONNES D'ORIGINE ÉTRANGÈRE ET SOINS DE SANTÉ EN BELGIQUE

Epidémiologie et recours au système de santé

En 2012, la population d'origine étrangère en Belgique représentait 1.169.064 personnes[1]. Ce sont les Italiens, les Français et les Néerlandais qui constituent les groupes les plus importants avec respectivement 159.727, 149.994 et 141.178 personnes. Les Marocains comptent 86.054 ressortissants, les Polonais 56.075 et les Turcs 39.430. La proportion de personnes étrangères varie suivant les régions: 32,6% à Bruxelles, 9,7% en Wallonie et 7,1% en Flandre. Ces chiffres ne concernent que les personnes qui ont toujours la nationalité étrangère et ne tiennent pas compte de celles qui ont obtenu la naturalisation. Il faut également prendre en considération les 20.000 (c'est une moyenne basse) candidats à l'asile qui se présentent chaque année et les quelques milliers de candidats refusés qui restent dans le pays, auxquels il faut ajouter les clandestins, dont il est difficile par définition d'estimer le nombre.

L'état de santé des personnes d'origine étrangère, plus particulièrement extra-européenne, comporte-t-il des spécificités? Dans le rapport remis en 2011 à la demande des autorités publiques belges[2], les auteurs relèvent une série de disparités dans les données épidémiologiques traduisant des problèmes de santé particuliers:

- Les "Migrants et Minorités Ethniques" (MME) d'origine turque et marocaine présentent un risque d'affections chroniques supérieur à celui de la population belge. La prévalence du diabète de type 2 y est également plus élevée, particulièrement chez les femmes.
- De nombreux travaux montrent l'inégalité dans l'accès, l'utilisation et la qualité des soins aux personnes d'origine étrangère.
- Les MME en situation précaire souffrent plus souvent de troubles ostéo-articulaires, de problèmes de santé mentale et de maladies digestives.
- Les femmes d'origine étrangère, surtout celles en situation précaire, ont plus de grossesses non désirées et elles se font suivre très tardivement. Elles sont également plus souvent victimes de violences sexuelles et domestiques. Elles ont un accès plus difficile aux soins car elles ont moins de possibilités d'acquérir les compétences linguistiques nécessaires.
- Les maladies infectieuses représentent un réel problème sanitaire parmi ces populations: le risque de tuberculose est 30 fois plus élevé parmi les demandeurs d'asile que parmi la population belge.
- La prévention est plus faible parmi les MME. Dans le cas des femmes, ce déficit concerne la mammographie, le dépistage du cancer du col de l'utérus et, de manière générale chez tous les MME, la prévention et le suivi de maladies chroniques comme l'hypertension et le diabète.

1 http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/structure/natact/beletr/

2 *"Vers des soins de santé interculturels: Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques". Vincent Lorant, Ilse Derluyn, Marie Dauvrin, Isabelle Coune, Hans Verrept. Décembre 2011.*

De nombreuses études menées dans les pays développés montrent que les personnes d'origine étrangère, issues de pays extra-européens ou des anciens pays de l'Est, ont tendance à avoir recours aux urgences plutôt que se présenter chez les médecins de premières ligne. A cela, plusieurs raisons sont évoquées:

- *Des raisons administratives:* une partie de ces personnes sont dans des statuts précaires, avec des papiers qui ne sont pas en règle, voire pas de papiers, et pas de couverture pour leurs soins de santé. Les urgences hospitalières leur paraissent donc plus accessibles avec une plus grande certitude de recevoir des soins.
- *Des raisons liées à l'organisation des soins de santé dans leur pays d'origine:* certains patients viennent de régions ou de pays où le recours aux soins de santé passe par les dispensaires ou les hôpitaux publics (c'est souvent le cas en Afrique et en Asie) qui sont donc pour eux le relais naturel en cas de problème de santé. En Chine, par exemple, le concept de "médecin généraliste" n'existe pas. Là-bas, on se rend directement à l'hôpital public ou dans des cliniques privées. Pour d'autres patients, notamment en provenance des pays de l'Est, il est également plus habituel de recourir directement aux hôpitaux et aux spécialistes et il n'est donc pas culturellement "naturel" de passer au préalable par un "médecin de famille".
- *Des raisons de méconnaissance:* qu'il s'agisse de personnes d'origine étrangère installées en Belgique depuis longtemps ou de primo-arrivants, les arcanes du système de soins de santé belge et de sa couverture sociale ne sont pas toujours connus. En Flandre, le parcours d'intégration comprend désormais une présentation du système de santé mais ce n'est pas le cas dans les deux autres régions où le parcours n'est pas obligatoire. Certains pays, comme la Suisse ou l'Australie, effectuent systématiquement cette information, ne fût-ce qu'à l'aide d'une brochure, pour faciliter l'insertion de l'arrivant dans les soins et lui garantir une couverture sociale et un accès aux soins adéquats.

Une thèse de doctorat réalisée en Belgique par Hilde Philips (Université d'Anvers 2010)[3], menée principalement auprès de patients d'origine turque et marocaine, confirme que les personnes d'origine étrangère ont tendance à privilégier les urgences des hôpitaux lorsqu'elles recherchent des soins plutôt que de faire appel à un généraliste. Le coût n'est pas l'argument majeur invoqué par les personnes interrogées pour leur choix mais bien l'accessibilité, la proximité et la compétence du personnel.

La "conversation silencieuse"

Le modèle théorique classique d'Arthur Kleinman décrit, en 2006, la "réalité clinique" différente d'un médecin et d'un patient qui ont chacun leurs attentes, leurs normes, leurs valeurs, leurs considérations et expériences en matière de maladie, de traitement et de convalescence. Les premiers se basent en grande partie sur les connaissances biomédicales qu'ils acquièrent dans leur formation tandis que les seconds s'inspirent de leurs expériences personnelles et culturelles. Le fossé de la communication va dès lors croître avec la différence culturelle.

Une recherche sur la "conversation silencieuse" dans la pratique de médecine générale[4], en 2007, a montré l'étendue du fossé qui sépare patients et praticiens. "Il peut y avoir, notent les auteurs, des malentendus qui surgissent à cause de différences dans les conceptions et les attentes. Les obstacles ont des conséquences sur la communication médecin-patient, menant à une satisfaction moindre du patient. Certains diagnostics peuvent être faussés et les patients appliqueront moins facilement les traitements prescrits. Le tout mène, en fin de compte, à des soins de santé moins efficaces".

3 Cité dans le Artsenkrant (19/11/2010).

4 "Valkuilen in de multiculturele huisartspraktijk: het 'stille' gesprek". Dr. L. Meeuwesen, Dr. J.A.M. Harmsen. Modern Medicine, 2007.

Le Dr Hans Harmsen, généraliste dans un quartier multiculturel de Rotterdam, a réalisé des interviews en profondeur de 38 médecins généralistes et de leurs patients, au cours d'un millier de consultations au total qui ont été analysées, dont un peu plus d'un tiers concernaient des patients non européens (turcs, marocains, capverdiens, antillais,…). Les patients ont ensuite été interrogés à leur domicile et dans leur langue.

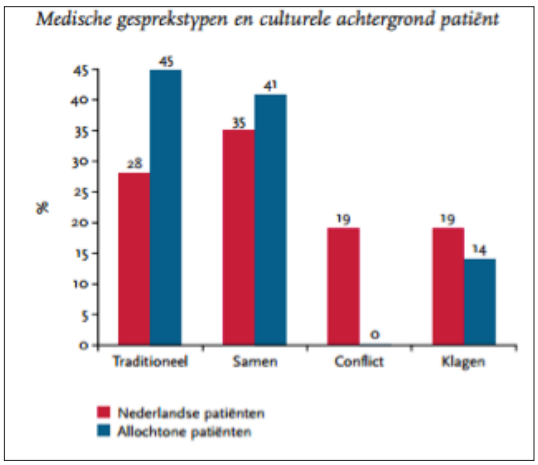
Les conclusions de l'enquête révèlent qu'il était question de mauvaise compréhension réciproque dans 46% des cas chez les patients d'origine étrangère pour 34% chez les patients néerlandais.

En ce qui concerne la langue, 53% des patients non européens estimaient qu'ils ne possédaient pas une connaissance suffisante de la langue et c'est également ce groupe qui évaluait le plus négativement la qualité de la relation médecin/patient, les explications reçues sur leur état de santé et les prescriptions ainsi que les conseils qui leur étaient donnés. Cependant, la langue n'était pas apparemment le seul élément en cause car les chercheurs se sont rendu compte que les personnes qui avaient une connaissance suffisante de la langue amenaient quand même souvent des membres de la famille comme "traducteurs" ou "médiateurs".

Malgré cette évidente difficulté à communiquer, l'enquête montre que le temps de consultation est cependant plus court pour les patients non-européens (2 minutes en moins en général et 3 minutes en moins dans le cas des patients d'origine turque et marocaine). La communication est également moins assertive des deux côtés: les médecins passent plus de temps à récolter l'information nécessaire et à essayer de se faire comprendre du patient qu'à dialoguer avec celui-ci alors que les patients non-européens, de leur côté, parlent moins d'eux-mêmes et posent moins de questions. Les patients néerlandais sont plus assertifs, discutant et défendant leur cas tandis que les patients non-européens se montrent plus "coopératifs" ou plus silencieux.

La conséquence de cette difficulté à communiquer suscite un malentendu persistant qui est source de conflits relationnels. La consultation va en rester au niveau des apparences et le patient va reprendre rendez-vous rapidement puisque sa plainte n'est pas rencontrée. Le médecin a l'impression qu'il n'arrive pas à déterminer le problème du patient. Le patient a le sentiment qu'on ne s'occupe pas correctement de lui et le médecin trouve que le patient a trop souvent recours à ses services. Les contacts entre les deux sont donc source de frustration.

Le résultat est résumé dans le tableau ci-dessous où l'on voit que les consultations avec les patients non-européens sont majoritairement de type passif "traditionnel" et, en second lieu, de type négocié (catégorisé "ensemble"). L'intervention des patients est clairement le fait des patients européens (catégorisé "conflictuelles") et les patients non-européens ont moins tendance à interroger le processus de traitement et de soins (catégorisé "plaintes").



Pour remédier à ce problème de communication, les chercheurs néerlandais ont soumis les deux groupes à une action visant à accroître leurs compétences interculturelles. Les patients ont visionné dans la salle d'attente, dans leurs langues, une vidéo les incitant à s'exprimer (poser des questions, dire que quelque chose n'est pas compris, émettre un désaccord,…). Les médecins ont, eux, reçu une formation s'étalant sur 5 demi-journées concernant l'impact des différences culturelles, avec des exercices pratiques pour améliorer la communication.

Après deux semaines, les consultations ont à nouveau été évaluées. Il apparaissait qu'elles étaient plus efficaces: elles duraient plus longtemps mais, surtout, les médecins donnaient plus d'informations en les reformulant régulièrement pour être bien compris. La compréhension réciproque s'est donc améliorée ainsi que la satisfaction des patients.

Dans le rapport *"Onbekend maakt Onbemind. Huisartsenzorg voor migranten. Knelpunten & mogelijke oplossingen"*[5], Feia Hemke et le Dr M.M. Julius Kuyvenhoven ont démontré que les éléments-clés de la relation médecin/patient comportaient une série de points noirs qui avaient tous trait au processus de soins. Les points de friction concernent les soins apportés, la relation elle-même, l'information et le soutien offerts. Les auteurs notent que "les migrants déclarent avoir souvent l'impression que le généraliste n'a pas d'attention, de compréhension et d'intérêt pour eux. Les médecins généralistes signalent principalement le fait que les patients d'origine étrangère leur prennent beaucoup de temps à cause de plaintes de santé qui ne sont pas claires, un fort taux de reprise de rendez-vous et des attentes qui ne peuvent pas être correctement rencontrées".

Le problème central, remarquent les auteurs, réside dans la rupture de la confiance entre le médecin et le patient qui est surtout provoquée par les attentes du patient, issues de la comparaison qu'il effectue avec le système de soins qu'il connaît et de sa conception de la maladie et de la santé, elle-même étant le produit du contexte socioculturel dans lequel il a évolué. A cela s'ajoute une communication difficile à cause de la barrière de la langue. Le médecin, de son côté, n'a pas les moyens de contrer cette méfiance par manque d'attention, de temps et de connaissances au sujet des patients. Les auteurs insistent également sur le fait que le manque d'attention n'est pas, dans la plupart des cas, causé par une mauvaise volonté mais bien par le système communicationnel compliqué dans lequel cette relation prend place.

Une autre enquête, réalisée en 2005 aux Pays-Bas[6], sur la communication entre professionnels de soins (des médecins généralistes et spécialistes exerçant dans les Huisartsenposten, des centres de première ligne d'urgence) et patients allochtones, essentiellement d'origines turque et marocaine, met en évidence le fait que ceux-ci considèrent que les professionnels de soins ne comprennent pas la manière dont un migrant ressent sa propre santé. Parmi les reproches (indiqués ici dans un ordre non hiérarchisé):

- Le suivi médical n'est pas toujours compatible avec les croyances du patient et notamment celles qui leur font attribuer la maladie à des éléments supranaturels.
- Les patients ne se sentent pas réellement pris au sérieux, manquent donc de confiance et font donc souvent appel à un deuxième avis auprès de quelqu'un issu de leur communauté.
- Les explications données par les médecins ne sont pas claires et il n'est pas toujours possible pour les patients de suivre le traitement proposé.

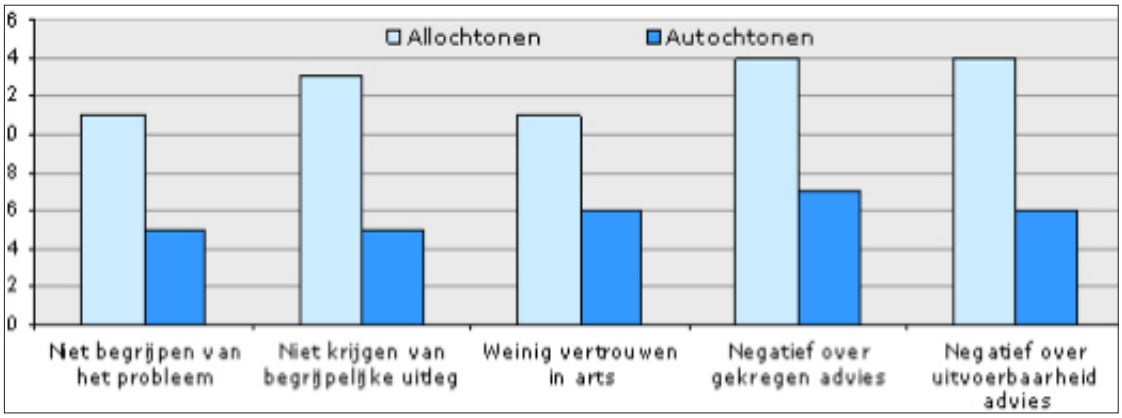
Les médecins, quant à eux, estiment que les migrants constituent une patientèle complexe à gérer. Ils trouvent que la manière de présenter leurs soucis de santé est difficile à interpréter et ils ressentent donc la demande de soins de la part des personnes d'origine étrangère comme excessive.

5 *"Onbekend maakt Onbemind. Huisartsenzorg voor migranten. Knelpunten & mogelijke oplossingen". Feia Hemke et Dr M.M. Julius Kuyvenhoven. Pharos en Universiteit Utrecht. 2011.*

6 *"Huisartsenpost en allochtonen". Sadr, N. UMC St Radbout et Centre for Qualité of Care Research. IQ healthcare 2005.*

Il n'est donc pas étonnant que le jugement des patients d'origine étrangère à propos des médecins soit d'environ 50% plus négatif que celui des personnes "autochtones".

Jugement par rapport aux soins apportés par les médecins dans les centres d'urgence de première ligne.



Les conséquences sanitaires des difficultés de communication

Quel est l'impact des difficultés relationnelles entre les médecins et les patients en termes de santé publique ? Dans "Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. Quels besoins, quels outils, quel impact ?"[7], un article scientifique analysant la situation en Suisse, les auteurs recensent les obstacles au niveau de chacune des parties ainsi qu'au niveau du système de soins lui-même qui peuvent provoquer une baisse de la qualité des soins.

Tableau 1. Barrières d'accès à des soins de qualité pour les patients migrants ou d'origine étrangère.

Au niveau du patient
Manque de connaissances linguistiques
Manque de connaissances du système de santé et référence basée sur un autre système
Difficultés financières (franchise, absence d'assurance maladie)
Pression de l'employeur (horaire de consultation)
Manque de connaissances en santé
Manque de confiance dans le soignant
Crainte de la dénonciation (illégalité du statut)
Au niveau du soignant
Manque de compétences cliniques transculturelles
Manque de connaissances médicales théoriques (pathologies et traitements spécifiques)
Non-conscience de son propre contexte (personnel, professionnel)
Tendance aux stéréotypies et à la stigmatisation
Au niveau du système
Manque de données statistiques à propos de la patientèle migrante ou d'origine étrangère
Absence ou manque de services de traduction/médiation socioculturelle
Manque d'information adaptée (signalétique, documentation)
Personnel soignant peu diversifié sur le plan socioculturel
Augmentation de la technicité des actes médicaux au détriment de la communication
Pression pour l'efficience des soins en général
Contexte légal contraignant

7 *"Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. Quels besoins, quels outils, quel impact ?" Fabrice Althausa, Patricia Hudelsonb, Dagmar Domenigc, Alexander R. Greend, Patrick Bodenmanne. Forum Med Suisse 2010.*

Dans un mémoire présenté à l'Ecole de Santé de Fribourg[8], Marie Mondoux a répertorié les conséquences des difficultés à communiquer sur la santé des patients qui ont été relevées dans 13 études internationales dans ce domaine (portant sur les professionnels de santé au sens large). Les problèmes qui se posent se révèlent multidimensionnels:

- Des erreurs médicales ou omissions importantes ont été constatées dans 1/3 des cas simples et 2/3 des cas compliqués de patients hispaniques admis dans des hôpitaux américains.
- La méconnaissance de la langue peut décourager un patient de rechercher des soins et susciter ainsi une diminution de l'accès aux soins.
- Lorsqu'un problème de santé se déclare, les personnes évitant les consultations sont souvent victimes d'une aggravation de leur état de santé due aux complications engendrées par la mauvaise communication.
- Le taux d'hospitalisation de patients qui ne parlent pas la même langue que le professionnel de soins est de 70% supérieur à celui de patients parlant la même langue.
- Le volume d'informations donné aux patients par les professionnels de soins étant inférieur et les explications étant moins bien comprises, les patients d'origine étrangère sont plus susceptibles d'arriver aux urgences des hôpitaux.
- L'absence de prévention faute de comprendre les documents et les conseils délivrés. On constate notamment que dans certains domaines, comme le sida, la compréhension du fonctionnement de la maladie est moindre et les comportements de protection sont donc insuffisants.
- Une moindre compliance (respect des traitements prescrits), soit à cause de la mauvaise compréhension de leur maladie, soit à cause de la difficulté à lire les notices des médicaments ou les directives des médecins.
- Un moindre impact des traitements en relation avec le mauvaise dosage posologique mais également une moindre satisfaction de la relation patient/soignant. La mauvaise communication a un impact sur les résultats concrets du traitement des patients, notamment en rapport avec l'anxiété, la douleur, et sur sa convalescence.

Est-il possible de chiffrer le coût de l'incommunicabilité? Dans la recherche menée dans le cadre de l'Ecole de Santé de Fribourg, l'auteur cite plusieurs études qui se sont attachées à évaluer le coût de l'incommunication dans le domaine des soins. Le premier phénomène observé (Whitman et Davis en 2009) est que beaucoup de médecins, ne pouvant bénéficier des repères de la langue pour évaluer la gravité de la situation, ont tendance à multiplier les examens de laboratoire et les actes techniques, avec pour résultat une augmentation des coûts.

D'autres recherches ont mis en évidence qu'il était moins onéreux de recourir à des interprètes que de confier ce rôle aux professionnels de soins. Aux Etats-Unis où les interprètes sont largement utilisés dans le secteur de la santé, on estimait, en 2004, que leur coût était de 279 $ par patient et par an. Dans "Migration and health in the European Union"[9], les auteurs reprennent le chiffre de 73 milliards de dollars perdus dans le système de soins de santé en raison de problèmes de communication: diagnostics erronés, manque de compliance des traitements prescrits, moindre sécurité des patients et taux d'insatisfaction plus élevé tant chez les patients que chez les médecins.

8 *"Communiquer avec des patients de langue étrangère Les moyens utilisés pour surmonter les barrières linguistiques dans les soins." Marie Mondoux. Haute École de Santé, Fribourg. 2010.*

9 *"Migration and health in the European Union". Bernd Rechel, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict et Martin McKee. World Health Organization et European Observatory on Health Systems and Policies Open University Press. 2011.*

Une enquête réalisée auprès des demandeurs d'asile en Suisse [10] a cherché à cerner le rapport coût/bénéfice du recours aux interprètes. Elle montre que le coût pour le budget de la santé augmente dans un premier temps: les demandeurs d'asile consomment plus de soins et il faut payer le salaire des interprètes. C'est cependant un calcul valable sur le court terme car l'étude montre également que les demandeurs d'asile disposant d'un interprète sont orientés plus efficacement vers la structure/personne adéquates et que leur recours aux soins (les consultations principalement) diminue car leur problème de santé est pris en charge plus rapidement et plus efficacement.

Patients d'origine étrangère et médecins généralistes

En Belgique, les patients d'origine étrangère étaient auparavant plutôt concentrés dans certains quartiers des grandes villes et étaient traités par des médecins généralistes, souvent en maisons médicales mais également en pratique privée, qui développaient une expertise et/ou un intérêt pour la prise en charge de ses patients. A l'heure actuelle, les origines des patients se sont considérablement diversifiées (en Belgique, certaines maisons médicales ont des patients de plus de 80 nationalités différentes) avec l'arrivée de personnes venues d'Asie, d'Afrique et surtout d'Europe de l'Est. Les patients sont également plus dispersés dans le pays. Face à ce phénomène, les médecins généralistes qui n'ont pas d'expérience spécifique de contacts avec les populations d'origine étrangère semblent assez démunis dans la prise en charge de ces patients.

Une sociologue française a réalisé un travail sur la perception de médecins généralistes travaillant dans la périphérie de Rennes et dans les communes du département abritant des structures d'accueil de réfugiés [11]. La recherche a livré les éléments suivants:

- Le problème de la langue est pointé comme majeur car il rend le dialogue très difficile, non seulement au niveau de la plainte qui est à la base de la consultation mais également pour comprendre le contexte, social et culturel personnel du patient. Pour certains médecins, cependant (c'est le cas de ceux qui sont les plus expérimentés), le dialogue, même rudimentaire, et l'examen clinique arrivent à résoudre la plupart des situations.

- Les médecins font appel à des "traducteurs" informels de la même origine que le patient mais évitent dans la majorité des cas d'avoir recours aux enfants pour ne pas placer ceux-ci dans des situations délicates.

- La communication étant difficile et les plaintes étant souvent multiples, ces médecins généralistes ont tendance à recourir à de nombreux examens techniques complémentaires, une réaction qui est due, selon les cas, à la volonté de ne pas laisser passer un élément constituant un risque d'accident de santé sérieux mais également à une stratégie visant à gagner du temps par rapport à la pression exercée par le patient.

- Les médecins généralistes ayant participé à l'enquête témoignent de la difficulté à traiter les plaintes d'origine psychosomatique dont le diagnostic est souvent refusé par les patients, ce qui peut susciter des conflits car ces derniers ont le sentiment qu'on refuse de les soigner.

- Beaucoup avouent une certaine impuissance dans le domaine de la prévention (tabac, obésité, dépistage), n'arrivant pas en en discuter avec les patients d'origine étrangère qui sont par ailleurs peu sensibles aux campagnes publiques dans ce domaine.

10 *"What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland". Alexander Bischoff et Kris Denhaerynck. BMC Health Services Research. 2010. http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/248*

11 *"Patients immigrés dans la région rennaise. Le regard des médecins généralistes". Anne Yvonne Guillou. Odris. Mars 2007. http://www.odris.fr/documents/etudes/RVH_SM2_RapportFINAL.pdf*

En 2012, Stéphanie De Maesschalck, collaboratrice scientifique au département de médecine générale de l'Université de Gand, a réalisé une enquête[12] auprès des généralistes flamands sur l'utilisation des interprètes. Elle a pour cela filmé 191 consultations qu'elle a prolongées par des interviews en profondeur des praticiens. La chercheuse est partie de l'hypothèse de départ que les différences culturelles devaient jouer un rôle important dans la relation médecin/patient. Elle s'est rendu compte qu'en réalité la langue constituait le paramètre essentiel et que c'était celle-ci qui déterminait le fait que la plainte médicale, les angoisses ou les doutes allaient s'exprimer ou non dans la consultation.

Son enquête montre que tous les médecins interrogés ont recours aux interprètes informels, membres de la famille ou du réseau social du patient, alors que des services de traduction sont disponibles. Ce choix n'en est pas réellement un car les médecins généralistes déclarent qu'ils auraient l'impression de manquer de respect à leur patient en n'acceptant pas l'intermédiation des personnes que celui-ci amène à la consultation.

Pour Stéphanie De Maesschalck, la solution choisie présente des avantages mais également des inconvénients: "Les généralistes trouvent le recours aux interprètes informels avant tout pratique: ils sont là au bon moment, sans devoir se plier à des règles et sans aucun coût. De plus, ces interprètes connaissent l'histoire du patient et cela peut être pratique. Cependant, les généralistes reconnaissent que la confiance et la confidentialité peuvent être mises en danger et voient cela comme un risque et un effet indésirable de l'intervention des interprètes informels. Ils sont également conscients de l'éventualité d'avoir des erreurs de traduction. Ils estiment qu'ils devraient donc avoir plus souvent, en fait, recours à des interprètes professionnels. Dans la réalité, ils n'ont recours à ceux-ci que lorsqu'ils prévoient expressément une conversation difficile, s'ils doivent annoncer une mauvaise nouvelle par exemple, ou s'ils doivent expliquer un traitement complexe". Les généralistes déclarent également qu'une consultation en présence d'un interprète professionnel ne leur permettra pas d'aller aussi loin dans l'exploration des émotions de leur patient à cause de la présence de cette tierce personne non impliquée dans l'histoire du patient.

De l'interculturel au transculturel

L'approche "ethnicisante" qui cherche à décrypter le patient d'abord et avant tout par le fait de son origine a des limites, décrites depuis quelques années par des auteurs de plus en plus nombreux. Dans l'article "Une consultation pour les migrants à l'hôpital", l'anthropologue Chantal Crenn décrit la résistance d'un patient marocain, installé depuis 30 ans en France, que son médecin a envoyé dans une consultation spécialisée pour les migrants et qui refuse de prendre toutes les perches qui lui sont tendues (utilisation de sa langue maternelle, référence à son lieu de naissance,…) car il désire "être traité comme les autres patients".

Dans plusieurs des recherches citées ci-dessus ("Onbekend en Onbemind" entre autres), les auteurs insistent sur le fait que l'acquisition de compétences culturelles par les médecins doit s'effectuer non dans une démarche "ethnifiante" mais plutôt pour être plus conscient des différences culturelles afin de pouvoir mieux cerner ce qui est important pour un patient donné et augmenter ainsi l'efficacité de la prise en charge.

C'est notamment la thèse développée par Olivier Bouchaud, Professeur travaillant au Service des maladies infectieuses tropicales à l'hôpital Avicenne (Paris): "(…) le recours systématique à ce type de consultation "anthropo-ethnique" accréditerait l'idée que le comportement des migrants face à leur maladie est principalement dicté par leur "spécificité" culturelle. C'est vraisemblablement inexact pour deux raisons principales: les

12 *"Linguistic and cultural diversity in the consultation room: a tango between physicians and their ethnic minority patients". Stéphanie De Maesschalck Mikado. 2012.*

spécificités culturelles, attribut des sociétés "traditionnelles", sont finalement pour une grande part très universelles si l'on regarde quelques générations en arrière ce qu'étaient nos cultures européennes et la réaction profonde d'un individu (même composant d'une "communauté") face à une menace grave sur sa vie doit être elle aussi très universelle".

L'auteur reconnaît cependant l'importance de la médiation culturelle: "lorsque la relation soignant/soigné bute sur un obstacle "insaisissable", une consultation de ce type avec médiation culturelle contribuera à éclairer la situation; la médiation permettra d'amorcer un déblocage non pas en mettant en œuvre des "gris-gris" bien exotiques mais en donnant au patient la possibilité d'exprimer sa détresse, ses doutes ou ses difficultés dans un registre qui lui est familier. Pour le reste, la seule "ouverture d'esprit" des soignants, éclairée par une sensibilisation/formation aux différences culturelles qui représente probablement le champ d'action le plus utile des médiateurs évoqués plus haut, reste l'outil le plus performant pour construire une alliance solide et efficace en montrant au patient (à tous les patients?) qu'on l'accepte tel qu'il est et non pas tel qu'on voudrait qu'il soit".

Face à l'impossibilité ou à l'inutilité d'acquérir les connaissances de base qui permettrait d'aborder chaque patient dans son ethnicité et sa culture spécifiques, certains encouragent plutôt les médecins à adopter une attitude transculturelle qui leur permettrait de se familiariser avec les problèmes susceptibles de survenir au cours des rencontres médicales avec une personne culturellement différente (il peut s'agir d'une personne d'origine étrangère mais également d'un patient de la même nationalité que le soignant mais en situation de précarité, par exemple), à apprendre à les identifier et à les gérer.

Les auteurs de "Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. Quels besoins, quels outils, quel impact?"[13] synthétisent cette approche de la manière suivante:

"Outre la prise de conscience nécessaire à la mise en route du processus de changement (savoir-être), les acquis sont d'ordre théoriques (savoirs) et communicationnels (savoir-être), apportant ainsi de nouvelles perspectives positives pour la prise en charge de l'ensemble des patients, suisses, migrants ou d'origine étrangère. (…) Les professionnels disposant de compétences transculturelles ont la capacité d'intégrer leurs influences et préjugés propres, savent percevoir la perspective d'autrui et évitent la culturalisation et les stéréotypies. (…) La réflexion sur soi-même, les connaissances de fond et les expériences transculturelles acquises sensibilisent les professionnels aux questions transculturelles et les rendent plus conscients d'eux-mêmes. Connaissances de fond, expériences et empathie narrative permettent d'élargir l'anamnèse et de l'enrichir par les modèles explicatifs des patients, qui mènent ensuite au processus de négociation des causes, du diagnostic et du traitement de la maladie".

Dans un dossier de Santé Conjuguée consacré aux patients d'origine étrangère[14],Catherine De Blauwe, médecin généraliste à la maison médicale des Riches Claires dans l'agglomération bruxelloise, décrit très concrètement en quoi consiste cette approche:

"Ces méthodes s'appuient sur des concepts anthropologiques pour comprendre la nature de la consultation médicale. Elles sont basées sur la notion que toute consultation est interculturelle et implique donc une négociation qui fait intervenir différents modèles explicatifs. Elles soulignent qu'il est important que les médecins

13 "Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. Quels besoins, quels outils, quel impact?" Fabrice Althausa, Patricia Hudelsonb, Dagmar Domenigc, Alexander R. Greend, Patrick Bodenmanne. Forum Med Suisse 2010.

14 "Patients sans frontières - L'approche interculturelle en soins de santé primaires". Santé conjuguée - janvier 1999 - n° 7. Cahiers "Patients sans frontières".

anticipent les sources potentielles de malentendu culturel et qu'ils explorent les modèles explicatifs de leurs patients. De même, il est important que la négociation aboutisse à une vision commune de la nature du problème, du traitement et des objectifs du traitement. La capacité du médecin à identifier les différentes perceptions de la maladie et à négocier avec le patient une vision commune est indispensable à une prise en charge centrée sur le patient et attentive aux paramètres culturels.

La compétence transculturelle clinique se traduit surtout par l'exploration du modèle explicatif du patient et de ses problèmes liés à sa maladie. Le médecin n'applique pas une grille de question préétablie, mais a plutôt recours aux techniques d'entretien généralement utilisées en anthropologie (questions ouvertes, questions qui prennent en compte les aspects culturels, narration) qui visent à encourager le patient à raconter son histoire et permettent ainsi à la fois de découvrir les perceptions du patient et de récolter les informations cliniquement utiles. Lorsque les médecins posent des questions ouvertes et favorisent la participation des patients, ils obtiennent bien plus d'informations pertinentes du point de vue médical que ceux qui posent des questions fermées".

Pour un certain nombre de médecins travaillant déjà avec de nombreux patients d'origine étrangère, cette "attitude d'ouverture" est effectivement la plus adaptée à la rencontre du patient, qu'il soit étranger ou non. Elle permet en outre de rompre avec une dérive de la médecine contemporaine qui tend à compenser la faiblesse de la relation médecin/patient d'origine étrangère par le recours à la technique et la difficulté à trouver le problème d'un patient par des explications "psycho-ethnicisantes".

En cela, la médecine générale diffère fortement de la médecine plus technique, plus instrumentale. "Lorsqu'un médecin veut tout savoir sur le patient avant de décider quoi faire, il va d'abord chercher à éliminer les variables qu'il ne peut maîtriser, tout ce qui n'est pas purement technique, remarque un praticien. Or, un médecin généraliste est obligé de fonctionner en dehors des faits objectifs".

"Il faut donc pouvoir adapter la science au possible des gens", poursuit-il. L'attitude la plus constructive pour les médecins généralistes face aux patients d'origine étrangère serait donc de construire un cadre conceptuel concernant les données anthropologique qui leur serviraient de balises et, ensuite, de chercher à rencontrer le problème du patient en sachant qu'il y aura toujours des éléments qui lui échapperont.

APERÇU DE LA LITTÉRATURE

Dans ce chapitre, le lecteur pourra trouver une série d'ouvrages, de recherches et d'articles qui abordent d'une manière très diverse la question de le la sensibilité culturelle dans les soins. Il s'agit tout d'abord de références concernant les concepts mêmes liés à la thématique, puis des publications faisant le point sur la question des différences culturelles en tant qu'enjeu de santé publique. Les références suivantes portent plus particulièrement sur la différence culturelle dans la pratique de médecine générale et, enfin, sur l'impact de la différence de langue dans la relation entre soignants et patients.

Il s'agit d'une sélection et non d'une bibliographie exhaustive. Les publications proposées ont été choisies soit parce qu'elles constituent des références en la matière, régulièrement citées par les chercheurs et médecins qui travaillent sur le sujet, soit parce qu'elles sont représentatives de la réflexion menée de manière précise sur l'un ou l'autre sujet, soit, enfin, parce qu'elles fournissent la plus importante – voire l'unique – source d'informations sur un domaine. Certaines ont déjà été citées dans le chapitre précédent puisqu'elles constituent des bases de références sur la question, et sont donc également reprises dans le présent chapitre pour être présentées plus largement.

L'approche interculturelle des soins

"Andere Culturen"

De Maesschalck Stéphanie, Ferrant Louis. In: "Wegwijzers naar bijzondere noden- Over kwaliteit van zorgen: communicatie". Acco Leuven/Den Haag 2013.

Le Dr Louis Ferrant est considéré comme le pionnier de l'approche interculturelle dans les soins en Belgique. Le Dr Stéphanie De Maesschalck est aujourd'hui très active dans le domaine de la formation et l'enseignement (Université de Gand) sur ce sujet. L'ouvrage contenant l'article des deux auteurs porte sur les modèles de communication qui peuvent aider les professionnels des soins à prendre en charge les patients éprouvant des difficultés communicationnelles (au sens très large). L'article, le plus récent des deux auteurs sur le sujet, aborde les techniques facilitant le dialogue avec des personnes d'autres cultures.

"Entre soignants et patients croyants. Quatre représentants religieux nous informent."

Brochure réalisée sur base d'une conférence organisée par l'Unité d'hématoncologie du CHU Brugmann (2010). Des représentants des religions juives, orthodoxes, musulmanes, des représentants des gens du voyage et de la communauté Rom s'expriment sur des sujets tels que la conception de la maladie et de la mort dans leur communauté. Les communications sont suivies d'une présentation des échanges avec le public de professionnels de soins.

"Care et Compétences transculturelles"

http://www.diversite.be/?action=publicatie_detail&id=154&thema=6

Il s'agit des actes d'un colloque organisé en 2011 par le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme en collaboration avec le Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Les communications explorent le concept de "compétences transculturelles" qui deviennent de plus en plus nécessaires aux soignants pour pouvoir aborder des patients qui ont des références différentes au sens large (selon l'origine, les handicaps, l'orientation sexuelle et la précarité socio-économique).

"Soins, cultures et croyances: guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux"

Isabelle Levy. ESTEM Editions. 2008.

L'ouvrage fait le tour des questions que peuvent se poser les soignants à propos des rites respectés, des différences culturelles ou de l'impact de différentes religions. L'auteure, formatrice de professionnels des soins dans ce domaine, replace les différences culturelles dans leur contexte et détaille la traduction concrète des différentes convictions dans le monde des soins. Elle évalue la question sous l'angle des droits et devoirs de chacune des parties.

"Relation soignant-soigné en contexte multiculturel."

Cultures & Santé. Septembre 2011.

http://www.cultures-sante.be/nos-outils/dossiers-thematiques/252-relation-soignant-soigne-dans-un-contexte-multiculturel-2.html

Ce dossier thématique fournit une trentaine de pages de ressources bibliographiques récentes sur la thématique des professionnels de soins au sens large (médecins, infirmières,…) face aux enjeux interculturels. Les publications portent aussi bien sur la relation soignant/patient que sur l'anthropologie de la santé (les conceptions de la maladie) ou le traitement de pathologies particulières (diabètes, VIH,…). Un certain nombre d'outils pédagogiques y sont également répertoriés.

"Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine?"

Patricia Hudelson. Santé Conjuguée n° 46. Octobre 2008 (article paru à l'origine dans la revue Médecine et Hygiène n°2407 d'octobre 2002).

http://www.docstoc.com/docs/82599350/Que-peut-apporter-lanthropologie-m%C3%A9dicale-%C3%A0-la-pratique-de-la

L'auteure est anthropologue médicale dans le département de médecine communautaire, hôpitaux universitaires de Genève. Cet article est une très bonne synthèse de ce que représente l'approche interculturelle/multiculturelle du processus de soin: l'influence des représentations culturelles sur les conceptions et les explications de la maladie, la façon dont médecins et patients utilisent chacun ces modèles dans leur dialogue, l'utilisation des compétences transculturelles cliniques,…

"Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. Quels besoins, quels outils, quel impact?"

Fabrice Althausa, Patricia Hudelsonb, Dagmar Domenigc, Alexander R. Greend, Patrick Bodenmanne. Forum Med Suisse. 2010.

http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/2010/2010-05/2010-05-177.pdf

Une explication de ce que représentent les compétences cliniques transculturelles par une équipe de médecins et anthropologues suisses et américains. Cet article scientifique détaille de manière très concrète, notamment sur base de cas, les raisons pour lesquelles de nouvelles compétences sont nécessaires aux professionnels de

la santé pour continuer à garantir la qualité des soins aux populations d'origine étrangère qui sont en proportion croissante dans les systèmes de soins.

"Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants"
Olivier Bouchaud. In "La Santé des Migrants". Fondation internationale Léon-Mba, Paris.n° 392 - novembre-décembre 2007.
http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/392/03.htm
Ce Professeur travaillant dans le Service des maladies infectieuses et tropicales de l'Hôpital Avicenne à Paris met en garde contre la tentation de faire du "culturalisme" dans les soins aux patients étrangers en laissant de côté les indicateurs socio-économiques qui sont souvent prédominants dans leur prise en charge. Il trace dès lors une voie médiane permettant de tenir compte des différences culturelles sans en faire une discipline à part. L'article fournit également une série de conseils aux médecins.

"Migranten, preventie en gezondheidszorg"
Monica van Berkum & Edith Smulders. Pharos. 2010.
Menée à la demande du Centre d'expertise néerlandais sur les soins de santé et les migrants, l'ouvrage explore les différences en matière de consommation de soins de santé et de prévention chez les populations d'origine étrangère. Il analyse le recours de celles-ci aux MG, aux spécialistes et aux réseaux de soins et propose des solutions aux différentes sous- ou sur-consommations constatées. Il met également en évidence une série de maladies ou pathologies qui ont une plus forte prévalence dans ces différentes populations.

"Culture, Health and Illness" Fifth edition
Cecil G. Helman. Hodder Arnold Publication. 2007.
Cet ouvrage est une des références internationales concernant le rôle des facteurs culturels et sociaux dans les soins de santé et les soins médicaux. Depuis sa première publication en 1984, il est utilisé dans les universités, les écoles de santé publique et les écoles de nursing. Cette édition démontre le besoin grandissant d'une compréhension de la signification clinique des facteurs culturels et sociaux. Il aborde les interactions entre santé, maladie et culture dans une perspective anthropologique. Lisible et sans jargon, il présente des cas réels de pratiques de soins.

L'interculturel, enjeu de santé publique

"Migration and health in the European Union"
Bernd Rechel, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict et Martin McKee. World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies Open University Press. 2011.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf
Comment les systèmes de santé européens peuvent-ils relever les défis que constitue la prise en charge de migrants? Comment peuvent-ils s'adapter pour répondre aux besoins? Les auteurs font le point sur les problèmes rencontrés par les migrants dans l'accès aux services de santé des différents pays européens, évaluent les problèmes sanitaires auxquels ceux-ci sont confrontés et répertorient les réponses apportées jusqu'ici par les états. Ils présentent des cas de bonnes pratiques qui pourraient inspirer les responsables politiques.

"Religion and Healthcare in the European Union. Policy issues and trends"
Dimitrina Petrova and Jarlath Clifford. Network European Foundations Initiative on Religion and Democracy in Europe. 2009.
Dans cet ouvrage, les auteurs abordent l'influence des religions sur la pratique des soins, notamment ceux impliquant des choix éthiques (euthanasie, don d'organes) mais également la contraception, la lutte contre le VIH,… L'ouvrage analyse les cadres réglementaires existant dans différents pays européens et évalue les différent domaines sous l'angle du choix pour le patient mais également pour le praticien (privé ou en hôpital).

"Bonnes Pratiques dans les Services de Santé pour les Immigrants en Europe"
Vincent Lorant, Marie Dauvrin.
http://www.medimmigrant.be/uploads/Publicaties/Publicatie%20van%20anderen/EUGATE_Summary_of_good_practice_BE%202011.pdf
Une note de synthèse dans le cadre du projet financé par la Direction Générale de la Santé et de la Protection des Consommateurs (DG SANCO) de l'Union Européenne et qui avait pour objectif d'identifier les bonnes pratiques dans les soins de santé pour les immigrants. Un panel de 113 experts a travaillé à l'identification des éléments problématiques et 240 interviews ont été réalisées dans des structures de santé (dont les soins de santé primaires à travers des maisons médicales et des médecins généralistes) de zones à forte concentration de population migrante.

"Vers des soins de santé interculturels: Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques"
Vincent Lorant, Ilse Derluyn, Marie Dauvrin, Isabelle Coune, Hans Verrept. Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement Décembre 2011.
http://www.diversite.be/diversiteit/files/File//studies/2012/2011_12_16_rapport%20final_FR.pdf
Ce rapport a été réalisé à la demande de Madame Laurette Onkelinx, ministre de la Santé Publique et de Monsieur Christiaan Decoster, directeur général de la DG1 du Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Le groupe de travail était constitué d'experts universitaires, de professionnels de soins et de représentants d'organismes actifs dans l'insertion des personnes d'origine étrangère. Il fait un point complet de la situation épidémiologique des populations d'origine étrangère en Belgique et formule une cinquantaine de recommandations pratiques dans le domaine abordé.

L'interculturel dans la pratique des médecins généralistes

"Onbekend maakt Onbemind. Huisartsenzorg voor migranten. Knelpunten & mogelijke oplossingen"
Feia Hemke et M.M. Julius Kuyvenhoven. Pharos en Universiteit Utrecht. 2011.
http://www.pigmentzorg.be/sites/default/files/files/onderzoeksverslag_Feia_Hemke_def_1210(2).pdf
L'auteur a réalisé une large enquête dans le cadre de consultations de médecine générale pour examiner quelles étaient les relations entre les médecins et leurs patients d'origine étrangère et leurs regards respectifs sur le processus de soins. Une analyse des consultations a été effectuée (durée, degré de satisfaction, point de vue du médecin sur son diagnostic,…). Médecins et patients livrent chacun leur regard sur ce qui peut poser problème dans cette relation et les solutions qui pourraient être mise en œuvre. Une série de recommandations est présentée.

"Valkuilen in de multiculturele huisartspraktijk: het 'stille' gesprek"
Dr. L. Meeuwesen et Dr. J.A.M. Harmsen. Modern Medicine, 2007.
http://www.bicom-eu.net/download/Valkuilen_in_de%20multiculturele_huisartspraktijk.pdf
La psychologue et le médecin généraliste ont analysé dans le détail les processus de communication de médecins généralistes avec leurs patients d'origine étrangère lors de consultations grâce à une comparaison entre consultations de patients d'origine étrangère et patients d'origine néerlandaise. Ils décrivent l'incompréhension mutuelle des deux parties et leurs conséquences sur les diagnostics et les traitements prescrits. L'article met également en évidence la manière dont les patients et les médecins réagissent dans cette situation de fossé communicatif.

"Patients immigrés dans la région rennaise. Le regard des médecins généralistes"
Anne Yvonne Guillou. Odris. Mars 2007.
http://www.odris.fr/documents/etudes/RVH_SM2_RapportFINAL.pdf
La recherche a été effectuée par une sociologue dans le cadre d'une démarche du Réseau Ville-hôpital en vue de l'amélioration des soins apportés aux migrants. C'est le deuxième volet d'une enquête, consacré à la perception des médecins généralistes, la première portant sur la perception des patients. Réalisée à partir d'interviews, le travail cherche à cerner les difficultés rencontrées dans la relation (langagières ou culturelles), décrit les catégorisations de patients perçues par les MG et les situations où les diagnostics sont difficiles à poser et les traitements à mettre en œuvre.

"Een arts van de wereld, Etnische diversiteit in de medische praktijk"
J. Suurmond, C. Seeleman, K. Stronks, ML Essink-Bot. BSL, 2012.
Cet ouvrage en est à sa deuxième édition. Considéré par beaucoup de médecins généralistes travaillant avec des patients migrants comme un ouvrage de base incontournable car c'est une introduction à la fois théorique et pratique à la question. Il est destiné aux étudiants en médecine générale, praticiens en formation et d'une manière générale aux médecins qui ont dans leur patientèle des personnes d'origine étrangère. Il présente les connaissances théoriques qui sont ensuite appliquées à une vingtaine de cas cliniques, du point de vue des connaissances et des compétences spécifiques à mettre en œuvre: un jeune marocain asthmatique, un bébé surinamien apathique, une femme afghane avec un cancer du poumon, un ghanéen souffrant d'hypertension,...

"Dokteren in de stad. Practicum huisartsgeneeskunde"
Harmsen JAM, Peters CPJM. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2009.
Les deux auteurs sont médecins généralistes dans des quartiers défavorisés de Rotterdam depuis vingt ans et cherchent à décrire le travail dans un centre de garde, structure de médecine générale destinée aux populations qui ont plutôt l'habitude de se rendre aux services des urgences car ils n'ont généralement pas de médecins de famille. Ils abordent les différentes problématiques de santé qui y sont les plus courantes, dont la difficulté de communication avec les patients d'origine étrangère et les différences culturelles dans le domaine de la maladie et de la santé. Les deux médecins formulent des pistes pour les généralistes et des recommandations à l'usage des décideurs publics.

"Patients sans frontières - L'approche interculturelle en soins de santé primaires"
Santé conjuguée - janvier 1999 - n° 7. Cahiers "Patients sans frontières".
http://www.maisonmedicale.org/-Patients-sans-frontieres-L-.html
L'une des premières (historiquement) présentations très diversifiées de l'interculturalité dans la relation patients/médecins en Belgique. La publication, portée par la Fédération des Maisons Médicales, aborde la

question sous différent angles: le point de vue des médecins généralistes qui sont nombreux à témoigner sur leur pratique et les solutions qu'ils mettent en œuvre, le point de vue et le travail réalisé avec des patients par des anthropologues ainsi que des ethnopsychiatres,…

La gestion de la problématique linguistique

"Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé"
Sarah Bowen. Publications Santé Canada, 2001.
http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php
Il s'agit d'un survol très complet de la littérature concernant l'impact des barrières linguistiques sur l'accès aux soins de santé et sur leur qualité. Il analyse les barrières non seulement dans les soins eux-mêmes mais également dans l'accès aux soins (prévention) et dans les premiers contacts avec les professionnels de santé. Des recommandations en termes de santé publique sont formulées.

"Consultations between Immigrant Patients, Their Interpreters, and Their General Practitioners: Are They Real Meetings or Just Encounters? A Qualitative Study in Primary Health Care"
Eivor Wiking, Jan Sundquist and Nouha Saleh-Stattin1. International Journal of Family Medicine Hindawi Publishing Corporation.
http://www.hindawi.com/journals/ijfm/2013/794937/
Une enquête menée en Suède lors de consultations de médecins généralistes. L'objectif des auteurs est de cerner ce qui peut constituer des nœuds de communication dans le trialogue entre médecins généralistes, patients d'origine étrangère et interprètes. L'analyse est basée sur les perceptions des trois groupes interrogés. Les auteurs formulent une série de recommandations et livrent les résultats de solutions qu'ils ont eux-mêmes mises en œuvre.

"Communiquer avec des patients de langue étrangère. Les moyens utilisés pour surmonter les barrières linguistiques dans les soins"
Marie Mondoux. Haute École de Santé, Fribourg. 2010.
http://doc.rero.ch/record/24898/files/MONDOUX_Marie_BT.pdf
Ce mémoire reprend 13 analyses internationales concernant la communication des soignants (infirmières principalement mais également médecins) avec les patients d'origine étrangère et en effectue une synthèse très complète. Il offre donc un bon panorama de ce qu'impliquent les difficultés de communication en termes de santé publique. Il présente ensuite, selon la littérature examinée, les différents avantages et inconvénients de l'interprétariat formel et informel.

LES AIDES À LA COMMUNICATION MÉDECINS GÉNÉRALISTES/ PATIENTS

Ce chapitre a pour objectif de présenter des initiatives et/des outils, existant tant en Belgique qu'à l'étranger, qui ont pour objectif d'aider les médecins en particulier ou les soignants en général, dans la communication avec les patients d'origine étrangère, ne parlant pas la même langue que les professionnel de soins qui les prennent en charge ou ayant des références culturelles différentes.

Le recours à des intermédiaires

Les médiatrices interculturelles

Les médiatrices interculturelles dans les soins de santé

Foyer vzw est une association, située à Molenbeek, active dans le domaine de l'intégration des populations d'origine étrangère, entre autres la communauté Rom. L'asbl a mis sur pied une équipe de 12 médiatrices interculturelles qui sont sous contrat au Foyer et y ont leur bureau. Ces médiatrices se rendent dans les cabinets de consultation médicale mais peuvent également intervenir par communication instantanée sur ordinateur ou par téléphone. Elles fonctionnent essentiellement avec les wijkgezondheidcentra (plus ou moins équivalents aux maisons médicales, côté francophone) car les médecins privés sont peu demandeurs. Il arrive cependant que des patients fassent appel au Foyer pour les accompagner chez un médecin.

Pour les médecins généralistes, il est difficile de prévoir qui va se présenter à la consultation et donc quelles langues vont être nécessaires. Ils font donc principalement appel aux médiatrices interculturelles pour les consultations plus difficiles et pour lesquelles ils peuvent prévoir un rendez-vous.

Foyer participe au système de liaison par ordinateur (voir plus loin), initié par la Cellule Médiation Interculturelle du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Ce système offre à la fois des permanences tenues par les médiatrices qui peuvent être atteintes à heures et jours fixes

dans une langue déterminée et des communications sur rendez-vous. Il est développé essentiellement pour les hôpitaux mais des médecins généralistes peuvent également s'y connecter. A Bruxelles, la Huis voor Gezondheid, par exemple, aide les médecins néerlandophones à s'y connecter.

Contact: Hamida Chikhi, Foyer vzw, hamida.chikhi@foyer.be et 02/410.75.81

La médiation interculturelle via ordinateur

Le projet a été initié en 2009 par la Cellule Médiation Interculturelle dans les hôpitaux du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. L'initiative de départ concerne 14 hôpitaux (le nombre devrait passer

à plus d'une cinquantaine en septembre 2013) et porte sur 17 langues. Une expérience-pilote a étendu le système à certaines maisons médicales de Bruxelles, Charleroi, Gand et Anvers.

Le principe: le médecin prend un rendez-vous avec une médiatrice culturelle travaillant au sein d'un hôpital ou appelle cette médiatrice lors des permanences qui sont organisées à des moments déterminés pour certaines langues usuelles. Grâce à un logiciel spécifique, le médecin va se mettre en relation avec la médiatrice en présence du patient et la discussion entre les trois parties s'effectuera grâce à la connexion informatique. Pour protéger la confidentialité du processus, ce n'est pas le système grand-public Skype qui est utilisé mais bien des logiciels spécifiques (Movie 4 en Belgique, des logiciels de Cisco aux Pays-Bas).

Une évaluation informelle a pointé une relative sous-utilisation de l'outil par les médecins. Parmi les raisons évoquées pour l'expliquer: certains médecins estiment que le patient doit apprendre la langue du pays d'accueil et préfèrent donc ne pas recourir à un système de traduction, d'autres hésitent devant les manipulations techniques à accomplir avant l'entretien. Enfin, le système de permanences des médiatrices n'est pas suffisamment souple pour s'adapter à la pratique de médecine générale.

Contact: Hans Verrept, Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling & Beleidsondersteuning. Dienst Psychosociale Gezondheidszorg. DG Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, hans.verrept@gezondheid.belgie.be et 02/524.86.07

De zorgconsulenten (Pays-Bas)

C'est une fonction créée pour soutenir les médecins, principalement les médecins généralistes, qui se situe entre les médiatrices interculturelles et les infirmières communautaires. Leur objectif premier n'est pas d'effectuer des traductions mais d'améliorer la communication entre le médecin et le patient d'origine étrangère en diminuant les perceptions et attentes contradictoires des deux parties.

Concrètement, les zorgconsulenten font de l'information aux deux parties. Les patients reçoivent une information sur la santé, l'éducation et les soins de santé aux Pays-Bas et le médecin peut recevoir des informations et des conseils concernant le contexte culturel d'un groupe de population spécifique.

En matière de soins, elles interviennent également dans le trialogue. Elles peuvent par exemple, sur rendez-vous, intervenir pendant une consultation ou une visite à domicile pour mener une discussion avec le patient et le médecin. A la demande du médecin, elles peuvent également chercher à éclaircir la demande exacte du patient, l'accompagner et le soutenir, notamment dans le suivi d'un traitement.

Ces intermédiaires de soins sont également actives en promotion de la santé auprès des populations d'origine étrangère (dans les mosquées ou les maisons de quartier) et s'occupent du suivi de groupe autour d'une pathologie (les patients diabétiques, par exemple).

Une évaluation a montré que les médecins généralistes constataient une amélioration de la qualité des soins grâce à ce système: les diagnostics sont plus précis grâce à une meilleure connaissance de la nature de la pathologie et du contexte culturel du patient, le diagnostic est également plus rapide et le taux de reprise de rendez-vous des patients moindre, les patients, enfin, respectent mieux les traitements prescrits.

Les zorgconsulenten sont déployées, depuis 1986, à partir de 15 Vetc (Voorlichting in eigen taal en cultuur) Steunpunten, répartis dans tous les Pays-Bas à l'initiative du Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). Leur intervention est gratuite pour les médecins.

http://www.zorgatlas.nl/preventie/organisatie-en-beleid/locaties-vetc-steunpunten/

- *Le système de médiatrice interculturelle est déjà bien développé en Belgique.*
- *L'introduction du recours à la médiation assistée par ordinateur, accessible aux médecins généralistes ouvre la possibilité de l'étendre sans trop de freins financiers. La régionalisation des soins de santé dans un avenir plus ou moins proche suscite cependant actuellement un certain immobilisme.*
- *L'aspect "accompagnement des patients" est moins présent en Belgique qu'aux Pays-Bas.*

Les services d'interprétariat

SeTIS

Le Service de Traduction et d'Interprétariat en milieu Social (SeTIS) est un service d'interprétariat qui met à disposition – du secteur social principalement – des traducteurs et des interprètes qui servent aussi de facilitateur entre l'utilisateur professionnel et l'usager. Il possède une section bruxelloise et une section wallonne qui dispose de plusieurs antennes (Liège, Namur, Hainaut, Luxembourg). Les équipes travaillent principalement sur leur territoire de référence mais peuvent venir en soutien les unes des autres pour une langue spécifique.

L'organisme assure les traductions ou des aides à la traduction de plusieurs façons. Il peut envoyer un interprète sur demande ou fonctionne par téléphone, sur rendez-vous ou suivant des permanences qui modulent la disponibilité des langues à certains moments précis de la semaine. Ce sont principalement les langues d'Europe de l'Est, l'arabe et le turc qui sont disponibles. Le service est accessible en semaine pendant la journée. Un numéro unique permet de réserver les services d'un interprète.

Sur les sites bruxellois et wallons, l'utilisateur peut trouver des conseils pour mener correctement un entretien avec l'aide d'un interprète par téléphone. Le service assure également des traductions écrites.

http://www.setisw.be et http://www.setisbxl.be

Ba-bel

Ba-bel est un service d'interprétariat par téléphone, soutenu par le gouvernement flamand, dans le cadre du réseau d'interprétariat social qui comporte une dizaine d'acteurs intervenant notamment en soutien aux acteurs engagés dans les parcours d'intégration.

Ce service téléphonique s'adresse principalement au secteur social mais les médecins, notamment ceux qui travaillent en maisons médicales, y ont également recours. Les interprètes peuvent être joints soit directe-

ment (pour des langues largement utilisées comme l'arabe, le turc, le berbère ou le russe), soit sur rendez-vous. Ba-bel fonctionne pendant la semaine selon les horaires de bureau.

Pour certains utilisateurs (inburgering, bien-être, emploi et enseignement), l'utilisation est gratuite car elle est prise en charge par les autorités, pour les autres, elle est payante (45€ de l'heure). Les utilisateurs doivent donc s'inscrire au préalable avant de pouvoir utiliser le service.

http://www.vlaamsetolkentelefoon.be/

ISM Interprétariat (France)

Inter Service Migrants (ISM) dispense des services d'interprétariat depuis 1972. Dans un premier temps, le service concernait uniquement les hôpitaux publics de Paris, puis du reste du pays, pour intervenir ensuite dans l'interprétariat social au sens large (médical ou social). Depuis 1989, un service d'interprétation téléphonique est accessible 24H sur 24 et 7 jours sur 7 à partir d'un central unique et sans rendez-vous pour les langues les plus communes.

La structure occupe aujourd'hui environ 300 interprètes salariés (dont 12 pour l'interprétariat téléphonique) qui interviennent dans une trentaine de langues communes (90 langues et dialectes sont accessibles au total mais sur rendez-vous). Ceux qui interviennent en milieu de soins (en présence physique ou par téléphone) sont spécifiquement formés à cet effet. Ils suivent en effet des sessions, données par des médecins et des psychologues, consacrées à des thèmes de santé généraux ou spécifiques (notamment sur le sida). L'objectif est de les aider à comprendre le sujet pour pouvoir l'expliquer aux patients ou à leur famille mais également d'attirer leur attention sur les aspects plus psychologiques (annonce de la maladie, problématiques de couples,…).

ISM interprétariat est une association non gouvernementale qui a été créée pour faciliter le dialogue entre les migrants et les services publics. Elle est soutenue par les pouvoirs publics comme la Direction Générale de la Santé, l'Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des Chances, la Direction de l'Accueil, de l'Intégration et de la Citoyenneté ainsi que la mission "Egalité des Chances" de Paris.

http://www.ism-interpretariat.com/

SIT (Suisse)

Dans le cadre du programme national stratégique "Migration et Santé", la Suisse a lancé, en avril 2011, un Service national d'interprétariat communautaire par téléphone qui peut être utilisé par les services de santé, les hôpitaux ou le secteur ambulatoire. A partir d'un numéro unique pour les différentes régions, il met à disposition 250 interprètes travaillant dans une douzaine de langue (30 sur prise de rendez-vous). Le système fonctionne uniquement sur enregistrement préalable

http://0842-442-442.ch/home-fr.html

Doctors Prirority Line (Australie)

Le gouvernement australien, par l'intermédiaire de son Département de l'Immigration et de la Citoyenneté, met gratuitement à disposition des médecins (généralistes ou spécialistes) exerçant dans une pratique privée, un système de traduction par téléphone pour les aider dans la communication avec leurs patients. Les professionnels de soins ayant recours à ce service peuvent se signaler à travers un logo commun à toutes les professions et institutions utilisant des traducteurs, donc facilement reconnaissable.

Ce service est cependant conditionnel: les patients doivent être éligibles à la couverture de santé Medicare et donc disposer d'un titre de séjour valable.

http://www.immi.gov.au/living-in-australia/help-with-english/help_with_translating/

- *La Belgique ne dispose pas d'un système spécifique, gratuit ou payant, d'interprétariat pour l'ensemble des médecins.*
- *Il n'existe pas non plus de formations spécifiques à l'interprétariat dans le domaine de la santé comme c'est le cas en France.*
- *Les services d'interprétariat sociaux sont peu connus des médecins et souvent accessibles en priorité aux acteurs du mouvement associatif, y compris les praticiens des maisons médicales.*
- *Les horaires des services sont peu compatibles avec ceux des consultations.*
- *Vu le nombre de services existants, il serait sans doute possible d'introduire des adaptations destinées aux médecins généralistes en se basant sur l'expérience des acteurs actuels.*

Les outils de traduction

UniversalDoctor Speaker Professionnal (Espagne)

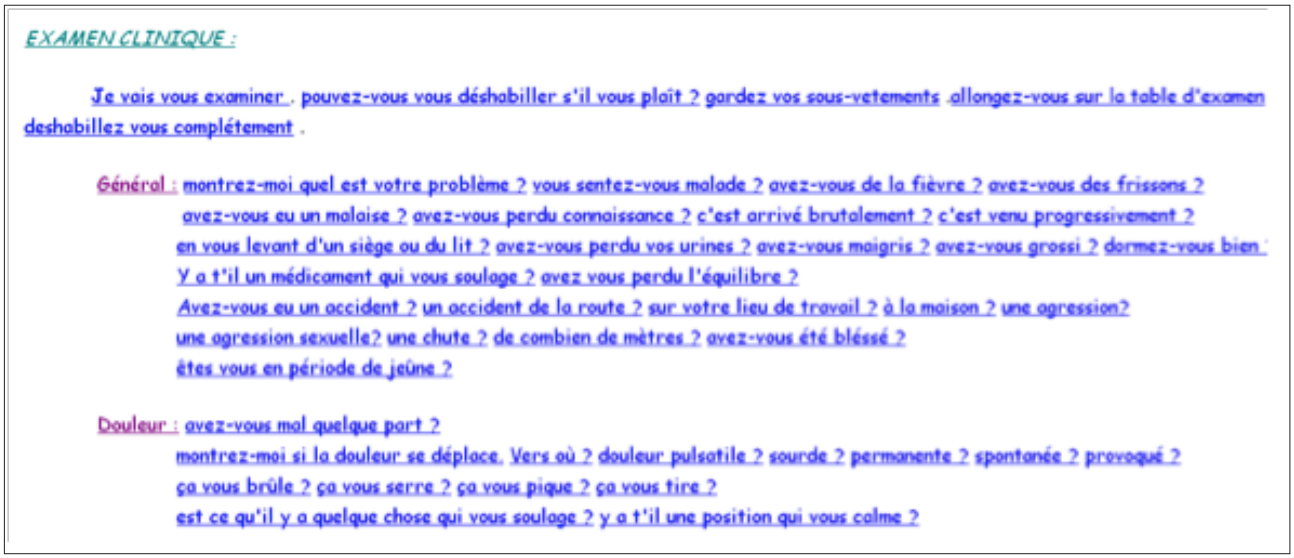


C'est un outil payant de traduction informatique destiné au corps médical (une version existe pour les praticiens, une autre pour les hôpitaux). Le logiciel fournit une traduction dans 12 langues (anglais, français, espagnol, allemand, russe, roumain, portugais, catalan, chinois, japonais, arabe) d'un millier de questions et d'explications abordant la plupart des situations courantes dans une consultation. Le système permet le dialogue grâce à une touche d'accès pour le médecin et une autre pour le patient. Une série de pictogrammes dirige directement vers des scénarios reposant sur les situations d'urgences. Le logiciel comporte également des fonctions aidant à explorer l'historique médicale du patient et les prescriptions.

Une partie des traductions s'accompagne d'une version audio à l'attention des patients. Des versions pour Smartphones et tablette ont été développées.

http://www.universaldoctor.com/sect/en_GB/9001/Home.html

Traducmed (France)



EXAMEN CLINIQUE :

Je vais vous examiner . pouvez-vous vous déshabiller s'il vous plaît ? gardez vos sous-vetements .allongez-vous sur la table d'examen deshabillez vous complétement .

Général : montrez-moi quel est votre problème ? vous sentez-vous malade ? avez-vous de la fièvre ? avez-vous des frissons ? avez-vous eu un malaise ? avez-vous perdu connaissance ? c'est arrivé brutalement ? c'est venu progressivement ? en vous levant d'un siège ou du lit ? avez-vous perdu vos urines ? avez-vous maigris ? avez-vous grossi ? dormez-vous bien ? Y a t'il un médicament qui vous soulage ? avez vous perdu l'équilibre ?
Avez-vous eu un accident ? un accident de la route ? sur votre lieu de travail ? à la maison ? une agression? une agression sexuelle? une chute ? de combien de mètres ? avez-vous été blessé ?
êtes vous en période de jeûne ?

Douleur : avez-vous mal quelque part ?
montrez-moi si la douleur se déplace. Vers où ? douleur pulsatile ? sourde ? permanente ? spontanée ? provoqué ?
ça vous brûle ? ça vous serre ? ça vous pique ? ça vous tire ?
est ce qu'il y a quelque chose qui vous soulage ? y a t'il une position qui vous calme ?

Conçu par un médecin généraliste français, travaillant dans des centres de santé d'urgence, ce site internet est mis à disposition gratuitement sur le web. Il permet au personnel médical d'évaluer une urgence ou la situation globale d'un patient en l'absence de traducteur. Il propose des traductions sonores d'un interrogatoire médical en français et des phrases d'explication de la prise en charge médicale. Il n'est cependant pas réservé aux situations d'urgence puisqu'il aide les médecins à se faire une idée de la situation globale du patient et lui permet de proposer à chaque patient un traitement. Le site fournit les questions adaptées à une consultation de médecine générale mais également les questions de première approche liées à toute une série de spécialités (pédiatrie, cardiologie, dermatologie,…).

Il suffit de cliquer sur une question pour obtenir une traduction sonore. Il est destiné aux médecins et aux travailleurs sociaux. Ce sont des traducteurs/traductrices bénévoles qui effectuent les enregistrements dans leur langue maternelle. Le système actuel comprend 14 langues (allemand, arabe, chinois, anglais, croate, espagnol, géorgien, italien, polonais, portugais, roumain, russe, serbe, tchèque).

http://www.traducmed.fr/

Emergency multilingual Phrasebook (Grande-Bretagne)

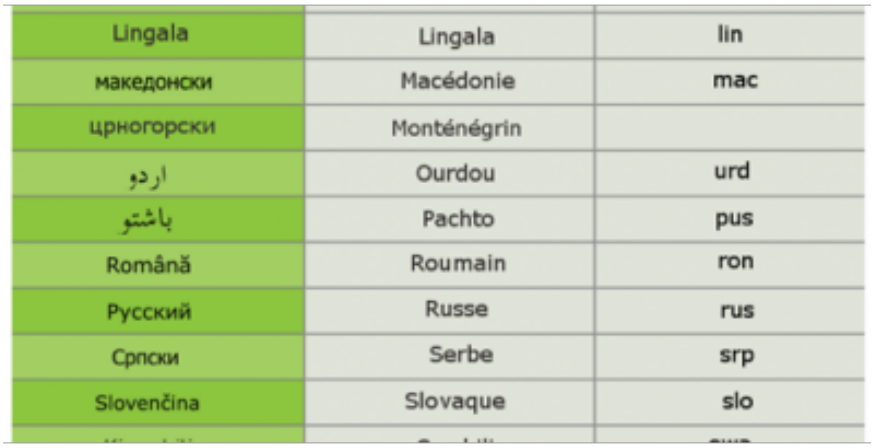
En Grande-Bretagne, la Croix-Rouge et les services d'urgence du Ministère de la Santé ont mis en ligne un guide téléchargeable sous format PDF en 36 langues avec une liste de questions essentielles et un tableau permettant de repérer la langue du patient. Il est destiné aux services d'urgence et aux premiers contacts des praticiens de la première ligne. Etant donné qu'il s'agit uniquement d'une traduction écrite, l'outil suppose que le patient est alphabétisé dans sa propre langue.

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http:/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4073230

- *Il n'existe pas en Belgique d'outil de traduction public, en ligne et accessible aux médecins, qui pourrait les aider dans la prise en charge de patients d'origine étrangère en urgence ou pour un premier contact.*
- *Les ressources gratuites existantes (comme le système français) pourraient être portées à la connaissance des médecins.*
- *Les pouvoirs publics pourraient décider de mettre à disposition un outil en ligne adapté aux pratiques de santé et réservés à ces professions.*

Autres outils de communication

Tableau d'identification des langues



Lingala	Lingala	lin
македонски	Macédonie	mac
црногорски	Monténégrin	
اردو	Ourdou	urd
پاشتو	Pachto	pus
Română	Roumain	ron
Русский	Russe	rus
Српски	Serbe	srp
Slovenčina	Slovaque	slo

Sous forme de carte ou de poster, cet outil sert à identifier la langue utilisée par le patient (certaines présentent jusqu'à 60 langues et idiomes différents). Il est distribué dans les pays où les systèmes d'aide à la communication sont généralisés comme l'Australie ou les Etats-Unis. En Belgique, on en trouve une version on line sur les sites du SeTIS par exemple.

http://www.setisw.be/pages/6_1-Offre-des-langues.html

Hoe kan ik U helpen?

C'est un imagier réalisé à la demande de l'Intercultureel Netwerk Gent, le centre local d'intégration. Mis au point par Modem, une association spécialisée dans l'adaptation des outils de communication aux personnes avec un handicap, il présente en image ou en photos toutes les situations de la vie courante d'un patient (les soins, l'alimentation, l'administration,...). Il a été créé à partir des besoins spécifiques de communication des services de soins à domicile néerlandophones.

Contact: Intercultureel Netwerk Gent, firdevis.kaya@ingent.be et 09/224.17.18

Ward Communication Tool (Australie)



Distribué dans les institutions de soins de santé australiennes (de l'hôpital au centre de santé communautaire), l'outil n'est pas destiné à remplacer un interprète mais il aborde des situations de base où le soignant et le patient pourront communiquer un minimum. Il présente pour une trentaine de langues des images accompagnées de la présentation phonétique du mot dans une langue déterminée. Le soignant peut donc pointer l'image à propos de laquelle il désire communiquer (famille, injections, chaud ou froid, oui ou non,...) et le patient peut faire de même pour répondre.

http://www.health.qld.gov.au/multicultural/support_tools/WCT.pdf

Picture Communication Tool (Grande-Bretagne)

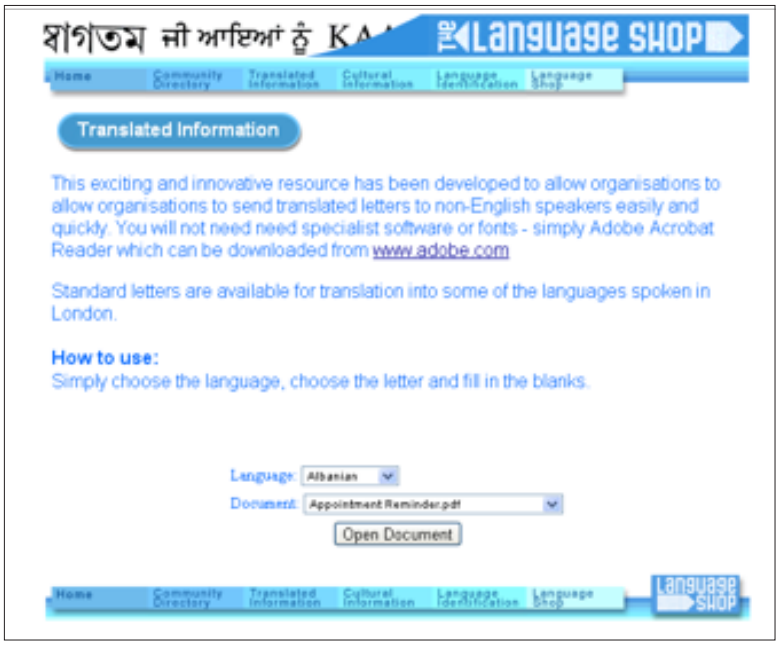


Ces affiches, mises au point par le réseau des hôpitaux publics de l'Essex (Grande-Bretagne), détaillent toutes les situations que peut rencontrer un professionnel de soins: le processus de soin, l'alimentation, l'hygiène personnelle, la prévention des accidents domestiques,... Il reprend aussi des images permettant de communiquer

avec le patient sur les professionnels de soins auxquels il va être référé, les aides auxquelles il devrait faire appel. Les affiches sont téléchargeable gratuitement et comme elles ne présentent pas de texte, elles peuvent être utilisées pour les personnes de toutes les langues.

http://www.picturecommunicationtool.com/download.shtml)

Le "magasin de langues" (Grande-Bretagne)



Développé par un Centre de santé communautaire de l'est de Londres, le site fournit la traduction sous format PDF d'une série de documents standards dans une trentaine de langues: les rappels de rendez-vous, les avis de visites à domicile, le planning de visite pour un traitement de diabète.

http://www.languageshop.org/translatedinformation.asp

- *Il n'existe pas, en Belgique, d'outils d'aide à la communication (identification des langues ou imagier) spécifique à la pratique du médecin généraliste.*
- *La profession ou les services publics et associatifs concernés par la santé ne proposent pas non plus de documents relatifs à la relation de soins (prise de rendez-vous, renvoi à un spécialiste,…) dans les langues couramment utilisées par les patients.*
- *Des outils simples pourraient être diffusés pour aider les médecins généralistes, surtout ceux qui ne travaillent que ponctuellement avec des patients de langue différente (en zone rurale par exemple).*

Commentaires

Le recours à des intermédiaires officiels pour faciliter le dialogue entre professionnels de soins et patients est nettement moins organisé au sein de la médecine générale que dans les hôpitaux.

Les maisons médicales et les Wijkgezondeheidcentra, installés dans des zones avec une forte population immigrée, font assez souvent appel à des médiatrices interculturelles qui y assurent des permanences à raison de quelques demi-journées par semaine dans les langues les plus courantes chez leurs patients (turc, arabe classique, polonais,…). Ces structures ont également recours à la médiation par ordinateur et à l'interprétariat par téléphone. Pour le reste, ces centres médicaux utilisent beaucoup les compétences multiculturelles des membres de leurs équipes paramédicales pour servir de traducteurs pendant les consultations.

La principale difficulté du recours aux systèmes de médiatrices et d'interprètes réside dans l'obligation de programmer l'intervention: le médecin qui veut obtenir un soutien pour un entretien avec un de ses patients doit prévoir la consultation pendant une permanence des médiatrices/interprètes ou doit prendre un rendez-vous pour une traduction par téléphone. Si le recours en urgence d'un interprète par téléphone est parfois possible, il est difficile pour les médecins de recourir à ces systèmes pendant leurs consultations car ils ne savent pas à l'avance quels patients vont se présenter. Les consultations ont aussi lieu en dehors des horaires prestés par les équipes d'intermédiaires professionnels qui fonctionnent selon les horaires de bureau.

Le cas des médecins fonctionnant en solo ou en pratique de groupe (mais hors maison médicale) est différent. Ils ne disposent généralement pas de personnel qui pourrait aider aux traductions et font peu appel aux services de traduction, soit parce qu'ils ne connaissent pas ces services, soit parce qu'il faudrait qu'ils prennent eux-mêmes en charge ce coût supplémentaire ou qu'ils le refacturent aux patients, soit encore parce que c'est matériellement difficile à organiser. Ce groupe fait majoritairement appel aux traducteurs informels issus de l'entourage, une habitude confortable mais qui peut poser problème (voir ci-dessous).

Eléments d'analyse des différents outils

A travers la littérature au sujet des méthodes d'intermédiation/interprétation, on peut mettre en évidence un certain nombre d'éléments:

- Le recours à des interprètes informels est la solution la plus communément utilisée par les médecins généralistes. Il peut s'agir de collègues du médecin, de membres du personnel d'un centre de santé, de membres de la même communauté que le patient et, surtout, de sa famille.
- L'intervention de la famille peut se révéler positive mais également être à la source d'erreurs pour les médecins. Une étude menée en Suède[15] montre les limites de l'exercice. Selon les auteurs, le recours à la famille présente un certain nombre d'avantages: celle-ci connaît le patient et peut fournir des informations complémentaires qui faciliteront la consultation et aideront le médecin généraliste à établir une relation avec toute la famille. Elle peut aussi jouer un rôle de régulateur de la formulation correcte des propos du patient quand celui-ci n'est pas certain de la qualité de l'interprétation. Cependant, la famille peut aussi induire le généraliste en erreur en donnant des interprétations incorrectes du passé médical ou de la situation, soit parce qu'elle va interpréter et aller au-delà des faits, soit parce qu'elle a un intérêt caché. Il faut que les familles

15 *Consultations between Immigrant Patients, Their Interpreters, and Their General Practitioners: Are They Real Meetings or Just Encounters? A Qualitative Study in Primary Health Care (2012)*

soient mises au courant des règles de leur intervention. Le recours aux enfants est vivement déconseillé par les bonnes pratiques.

> Les médiatrices/interprètes sociaux

- L'étude citée ci-dessus insiste sur la nécessité de recourir à des professionnels qui ont été formés à la pratique du triangle médecin – intermédiaire – patient. Après avoir interrogé 29 personnes (10 patients, 9 interprètes, 10 médecins généralistes) sur leur perception de la consultation qu'ils avaient eue, il apparaît que des frustrations et de l'insécurité a été constatées tant chez les médecins que chez les patients lorsqu'ils ne se sentaient pas sûrs de la qualité de l'intervention de l'intermédiaire.
- La relation à trois qui existe entre le médecin/l'interprète/le patient doit avoir été clairement balisée par chacune des parties. Le médecin doit pouvoir expliquer ce qu'il attend des uns et des autres. Les patients désirent parfois que l'interprète aille au-delà d'une simple traduction pour effectuer une mise en contexte de leur situation, ce que les interprètes professionnels répugnent parfois à faire car cela va à l'encontre de leur éthique de neutralité. D'autre part, le patient n'est pas toujours bien informé du rôle de l'interprète et s'inquiète alors d'une éventuelle rupture de la confidentialité, voire de l'exactitude de la traduction.
- Il est impératif que les patients se sentent en confiance avec les intermédiaires, notamment par rapport au maintien de la confidentialité et des compétences de ceux-ci. Il faut donc éviter les biais qui peuvent mettre à mal la relation: les différences de sexes, d'ethnies ou de nationalités (pour des personnes parlant la même langue mais provenant de pays différents).
- Le professionnel a un rôle à jouer dans ce triangle et il doit donc être formé à cet effet: il doit pouvoir expliquer au départ ce qu'il va entreprendre avec le patient et s'aider de phrases courtes, faire passer un message à la fois et utiliser des pictogrammes et des documents qui seront expliqués par l'interprète. Les médecins préfèrent souvent avoir une médiatrice culturelle, qui a un rôle plus complet qu'un simple interprète, pour obtenir une aide "contextuelle" autour du patient.

> L'intervention à distance

- L'intervention par téléphone est intéressante quand il n'y a pas d'autres solutions disponibles (en dehors des heures, urgence de la situation, impossibilité d'avoir un rendez-vous physique,…). Il faut également une formation des intervenants qui doivent apprendre à formuler les questions. Le désavantage est l'absence de contacts, notamment visuels, qui le rend inefficace dans certaines situations sensibles (questions de santé mentale, violences conjugales, protection de l'enfance,…).
- Les intermédiations à distance offrent une série d'avantages: la possibilité de mettre plus de langues à disposition en regroupant les compétences de différentes équipes, un moindre coût vu l'absence de frais (et de temps) de déplacement, la rapidité d'intervention potentielle.

Une évaluation de la médiation culturelle assistée par ordinateur dans la pratique de cinq sites hospitaliers des réseaux de l'ISPPC et du Grand Hôpital de Charleroi a été réalisée par Rachida Moustamer du service de médiation interculturelle du réseau. Elle a été présentée lors d'une journée d'étude "Médiation Interculturelle, Internet et autres développements", organisée en octobre 2011, par le SPF Santé publique (disponible sur *http://gezondheid.belgie.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Interculturalmediation/Workshop07.10.2011/19072632?ie2Term=m%C3%A9diation&ie2section=83&fodnlang=fr#.Ud5dFzupXGM*).

Le taux de satisfaction des patients et des médecins s'y révèle élevé:

- Patients: 97% ont estimé que la compréhension des informations était bonne et 92% que la transmission de l'information était correcte, 95% recommanderaient le système… même si 17% seulement ont accroché à la technologie.
- Médecins: 92% ont jugé positivement la compréhension des informations et le temps d'attente concernant la consultation et 97% ont apprécié le déroulement de l'entretient et recommanderaient cette solution.

Les patients ont également été interrogés à propos de leurs préférences quant aux différents systèmes de médiation/interprétariat. Ils placent en tête l'intervention de la médiatrice en face à face, en seconde position l'intervention par ordinateur et en troisième lieu l'intervention par téléphone.

Qu'est-ce qui freine actuellement une plus grande utilisation de l'interprétation/médiation par ordinateur? Le fait que le système est nouveau, qu'il faut acquérir le programme pour le faire fonctionner, que les interventions des médiatrices/interprètes sont généralement limitées à un quart d'heure, un délai très court pour mener une consultation complète.

> Les outils de traduction

Les outils de traduction (logiciels, lexiques ou imagiers) sont perçus comme des solutions d'urgence lorsqu'on est en présence d'un patient avec lequel on ne sait pas du tout communiquer et qu'il n'y a pas de solutions disponibles (interprètes, familles, personnel parlant la langue,…). Pour être efficace, il faut que l'outil soit conçu sur un mode fermé (une réponse par "oui" ou par "non") tout en permettant un approfondissement des réponses (si la personne a vomi, combien de fois, y avait-il du sang,…). Les outils de traduction spécifiques à la médecine sont préférables à des systèmes de traduction en ligne qui sont par nature plus imprécise et peuvent donc générer des malentendus ou des erreurs.

> Facteurs de succès et d'échecs

L'expérience montre que ce n'est parce que les autorités mettent des interprètes à disposition des médecins que ceux-ci les utilisent nécessairement. En Australie, le gouvernement a développé le système téléphonique le plus étendu au monde où les médecins ont rapidement (dans les trois minutes) et gratuitement (les communications s'effectuent par un site on line) accès à un interprète. D'autre part, le Royal Australian College of General Practitionners a recommandé officiellement le recours à ces interprètes. D'une enquête, réalisée en 2006, il ressort pourtant que deux tiers des médecins généralistes ont déclaré n'y avoir jamais recours, soit parce qu'ils préféraient recourir à des membres de la famille ou des amis du patient, soit parce qu'ils développaient des réticences basées sur des sentiments négatifs vis-à-vis de ce "trialogue".

Le financement est un autre aspect important qui peut peser sur le succès ou l'échec d'un système de soutien au dialogue médecin/patient. Le Service national d'interprétariat téléphonique (SIT), lancé en 2011 en Suisse, connaît un démarrage un peu laborieux car le service se révèle onéreux (2,45 euros la minute). Les médecins de famille, notamment, y ont peu recours car ils ne peuvent facturer le service aux caisses d'assurance maladie puisqu'il ne s'agit pas d'une prestation obligatoire. Le financement varie d'ailleurs d'un canton à l'autre: certains ont pris en charge le coût du service pour les patients dans une optique de santé publique, partant du principe que l'intervention des interprètes réduit les erreurs de diagnostic, la durée des explications, les traitements superflus tout en augmentant la bonne observance des traitements par les patients.

- En Belgique, les recours aux médiatrices et aux interprètes sociaux sont généralement financés dans le cadre de budget de l'Inami consacré à la prise en charge des patients vulnérables. Ils peuvent cependant être également pris partiellement en charge par une association active dans l'accompagnement des migrants, une commune, une institution de soins,… Le Fonds européen pour les réfugiés intervient également dans certains cas. Actuellement, un seul opérateur (Ba-bel) intervient parfois gratuitement auprès des médecins même en pratique privée mais n'a pas les moyens d'étendre son action à tous les généralistes.
- En Flandre et à Bruxelles, des budgets accordés par des pouvoirs publics régionaux ou locaux peuvent parfois intervenir dans le cadre de l'intégration des personnes d'origine étrangère mais ces budgets sont disponibles pour l'ensemble des services sociaux et donc limités.
- Ce sont souvent les maisons médicales et les pratiques de groupes qui ont accès à ces systèmes et les médecins généralistes en pratique privée n'entrent donc pas dans les conditions nécessaires (être obligatoirement actif dans le secteur public ou non-marchand). Les centres de santé, plus restreints en termes de personnel, ont également du mal à gérer ce type de dépenses supplémentaires.
- Les services d'interprétariat sociaux sont généralement réservés aux structures sociales. Les maisons médicales et pratiques de groupes peuvent donc y faire appel en tant qu'associations mais pas les praticiens en solo.

Le coût des traductions en Belgique varie d'une région à l'autre. Ba-bel facture une heure d'intervention sur place à 45 € avec un forfait pour le premier quart d'heure et ensuite une facturation par tranche de 5 minutes tandis que le coût d'une intervention par téléphone s'élève à 0,14€ la minute. Le SeTIS facture une heure d'intervention sur place à 9€ de l'heure, toute heure commencée étant due, et le coût d'une intervention par téléphone s'élève à 6€ pour le premier quart d'heure et 9€ pour les suivants. Enfin, Foyer vzw facture 12,40€ la première heure d'intervention sur place et 3€ par heure supplémentaire.

Les formations

Ce chapitre présente les possibilités offertes aux médecins, en Belgique mais principalement à l'étranger, de se former à la prise en compte de la dimension culturelle dans leur relation avec les patients et, également, d'apprendre à travailler de manière efficace avec des médiatrices interculturelles et/ou des interprètes. Les initiatives présentées concernent aussi bien des formations délivrées pendant le cursus universitaire suivi par les praticiens que des formations continues en cours de carrière.

Formations universitaires

"Culture et Santé"

A l'Université d'Anvers, un cours concernant les liens entre la culture et la santé fait désormais partie du cursus obligatoire en 1ère année de doctorat, tant pour les futurs spécialistes que pour les futurs médecins généralistes. Auparavant, le sujet était abordé sous forme de séminaires non obligatoires.

Le cours est axé sur l'importance de la culture dans la vie des personnes, à côté d'autres dimensions comme le genre, le milieu social, l'éducation,… Le cours comporte actuellement 12 heures.

Un effort est également fait pour qu'un coordinateur "Sensibilité interculturelle" puisse introduire cette dimension dans d'autres cours du cursus. Il s'agirait d'essayer d'avoir dans les cours de pratique l'introduction d'un cas sur dix concernant spécifiquement un patient d'origine étrangère.

La première partie du cours, selon l'un des promoteurs, concerne la théorie liée à l'acquisition des compétences culturelles tournant autour des questions: "Quel impact a la culture? Quelle est son influence sur notre savoir-faire? Dans quelle mesure pouvons-nous changer notre savoir-être, par rapport à des patients différents de nous?".

Au deuxième semestre ont lieu les applications pratiques (3 heures, également obligatoires) où les étudiants, en groupes de dix, vont dans un premier temps discuter entre eux de l'impact que peuvent avoir les dimensions culturelles sur eux-mêmes et leurs patients avant de pouvoir appliquer leurs compétences en communication. Ceci s'effectue à travers l'examen de deux "patients", en fait des volontaires rétribués qui sont au préalable briefé sur une supposée pathologie. Chaque examen prend une demi-heure et l'exercice se termine par une réunion de feedback où les "patients" sont également invités à venir expliquer ce qu'ils ont ressenti comme étant des approches appropriées et celles qu'ils ont expérimentées négativement.

En fin de cursus, les médecins généralistes reçoivent aussi une demi-journée de formation sur la communication interculturelle où sont abordés des thèmes comme la médecine traditionnelle, le dialogue avec les patients d'origine étrangère, la gestion des conflits dans ce cadre, la prise en charge de patients sans-papiers.

Enfin, dans le cadre des stages de terrain organisés pour découvrir les différentes pratiques, les étudiants visitent une maison médicale et visionnent un reportage qui a été réalisé par Canvas (VRT) sur la prise en charge par un médecin généraliste d'une patiente kurde avec un interprète et la famille.

Contact: Kristin Hendrickx, UA, kristin.hendrickx@ua.ac.be et 03/265.29.35

- *Si la communication avec des patients de langue, de religion, de genre ou d'origine sociale variés est souvent abordée dans un module de communication générale au sein des Facultés de Médecine, la formation interculturelle/transculturelle n'est pas encore formalisée en tant qu'objectif de santé publique dans la plupart des universités belges.*
- *Une collaboration entre les universités permettrait d'apporter une réponse unifiée et de concentrer les moyens nécessaires à cette formation.*

Formation continuée

"Formation à la communication interculturelle"

Destinée à l'ensemble des collaborateurs des maisons médicales en général (professionnels de la santé ou du secteur social), cette formation a été organisée par le Service Promotion Santé – Qualité de la Fédération des Maisons Médicales en collaboration avec le Centre Bruxellois d'Action Interculturelle (CBAI).

Elle comporte une partie plutôt théorique de trois jours destinée à acquérir les outils nécessaires à une communication interculturelle. Pour ce faire, les participants analysent l'impact de la culture sur les personnes et la société, ses implications cognitives et émotionnelles. Ils apprennent à changer de cadre de références pour se mettre à la place d'un patient ayant des références culturelles différentes des leurs. Le travail sert également à rendre les professionnels de soins conscients de leurs propres valeurs qui peuvent influencer leur jugement dans une rencontre interculturelle.

Deux autres journées sont consacrées à l'étude de cas vécus par les participants. Ils y découvrent quelles ressources et quelles méthodes de communication interculturelle ils peuvent mettre en œuvre dans leur pratique professionnelle. Les discussions visent à diffuser les bonnes pratiques déjà mises en œuvre par les participants en les renforçant par un apport théorique.

Contact: Marianne Prévost, Fédération des maisons médicales, marianne.prevost@fmm.be et 02/514.40.14

"Interuniversitaire werkgroep Diversiteit & Gezondheid"

Ce groupe de travail réunit des professeurs en médecine générale et en psychologie des différentes universités flamandes: Ann Roex (KUL), Louis Ferrant, Kristin Hendrickx (UA), Stéphanie De Maesschalck (UGent), Johan Daanen (UHasselt), Mouloud Kalaai (ZOL), Rita Vanobbergens, Abdellatif Riffi (VUB), Bettina Leysen (CIMIC), Naziha Maher, Hans Neefs en Ward Rommel (VLK).

Ce groupe a été constitué en 2010 à la demande de la Vlaamse Liga tegen Kanker. Actuellement, les formations trimestrielles sont plutôt axées sur les médecins en hôpitaux et les soignants accompagnant de patients atteints de cancer mais le groupe désirerait étendre ses interventions à tous les médecins dans une optique de pratique des soins dans la diversité au sens large.

Contact: Naziha Maher, Vlaamse Liga tegen Kanker, 02/227.69.59 et 0485/56.24.47

"Cultuursensitieve zorg"

C'est un réseau fonctionnant actuellement à Anvers, Bruxelles et Gand pour améliorer la sensibilisation et les connaissances en matière de soins aux personnes d'origine étrangère. Il est surtout destiné aux professionnels de soins et intervenants du secteur de la santé mentale mais travaille également en collaboration avec les centres actifs dans les parcours d'intégration.

Ses créateurs veulent offrir à la fois un point d'appui qui met en ligne des ressources documentaires, une plateforme pour favoriser la création de réseaux dans ce domaine et fournir une aide concrète (accompagnement et formation) aux organismes demandeurs.

http://www.pigmentzorg.be/search-content?search=cultuursensitieve+zorg

"Approche interculturelle de la santé"

Cet atelier de l'UCL d'une demi-journée est donné dans le cadre d'un Certificat universitaire en "Santé mentale en contexte social, multiculturalité et précarité" par un anthropologue. Il aborde la question de la différence culturelle à propos de la santé entre une médecine occidentale utilisant des moyens thérapeutiques et des médicaments, d'une part, et les médecines traditionnelles, d'autre part. La formation est entre autres basée sur la rencontre avec des "guérisseurs" africains et musulmans.

Contact: Pascale Jamoulle, pascale.jamoulle@uclouvain.be

"Als je niet begrijpt wat ik bedoel" (Pays-Bas)

Cet ensemble "livre + DVD" présente la formation proposée aux médecins généralistes néerlandais depuis 2012 pour leur apprendre comment travailler avec des interprètes dans leurs pratiques. La formation a été mise sur pied pour les sensibiliser à l'utilisation de ces intermédiaires professionnels car, jusque-là, les médecins généralistes des Pays-Bas avaient principalement recours aux interprètes informels (famille, amis) alors que des services de traduction étaient pourtant disponibles.

L'outil, élaboré grâce à la collaboration de l'Université d'Utrecht avec le Centre d'Expertise en soins interculturels, Mikado, est conçu de manière très concrète (il comporte des films d'animation mettant en scène des situations de la pratique) et présente les points de vue à la fois des médecins, des interprètes et également des patients. Il est à commander en ligne (35 €).

http://www.mikadonet.nl/publicatiedetail.php?id=112

"Masterclass huisarts in achterstandwijk: Tobzorg of Topzorg" (Pays-Bas)

Cet ensemble de quatre modules de 4,5 heures (à raison d'une séance une fois par mois) est proposé par Pharos, le centre néerlandais d'expertise en santé pour migrants et réfugiés. Il s'adresse aux médecins généralistes qui travaillent dans les quartiers défavorisés (aussi bien en pratique privée qu'en groupe) et concerne la prise en charge des patients avec une mauvaise connaissance de la langue, donc aussi bien des personnes d'origine néerlandaise socialement défavorisées que des personnes d'origine étrangère.

La formation porte sur les différences en matière de santé que présente ce type de patients et sur les manières d'améliorer la communication pour assurer des soins de qualité. Elle est dispensée par des experts couvrant différents domaines et comporte des mises en situation avec des patients/acteurs. La Master Class fait l'objet d'un certificat et donne droit à un certain nombre de points d'accréditation.

Contact: e.bakker@nhg.org

"La rencontre interethnique en médecine familiale: vers une intervention différenciée" (Canada)

La Clinique de Médecine familiale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal est responsable des stages de formation des futurs médecins généralistes de l'Université de Montréal. Elle organise des ateliers pour les aider à gérer les différences culturelles et ainsi surmonter les difficultés et la méfiance réciproque qui pourrait exister entre praticiens et patients d'origine étrangère. Les ateliers sont axés sur la mise en situation de rencontre interethnique. Après une sensibilisation à l'existence de différences culturelles, la formation vise à favoriser l'utilisation d'outils de communication pour rendre plus efficace le questionnement médical et le diagnostic. Les résidents reçoivent des scripts de questionnaires et des aide-mémoires qui les guideront par après dans leur travail.

Contact: mdupuygodin@videotron.ca

"Interaction et Qualité" (Suisse)

C'est un outil d'apprentissage en ligne développé en Suisse par l'Office Fédéral de la Santé dans le cadre du programme "Migration & Santé. 2014-2017". Ce module d'e-learning (en français, allemand et italien) devra servir à améliorer les compétences transculturelles du personnel travaillant dans le secteur de la santé. Il doit les aider à dépasser l'incompréhension pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12522/12524/index.html?lang=fr

"Kleurrijke zorgpaden" (Pays-Bas)

Ce DVD éducatif a été réalisé par le Vlaams Universitair Medisch Centrum, l'un des huit centres universitaires conjuguant Faculté de médecine et hôpital aux Pays-Bas. Face à l'accroissement des relations entre soignants ou futurs médecins et patients issus d'horizons culturels et religieux différents, le Centre a désiré mettre à leur disposition une série de DVD mettant en scène très concrètement les trajets de soins des patients d'origine étrangère en fonction de certaines pathologies spécifiques: le diabète, les accidents cardiovasculaires graves, la démence et le cancer du sein y sont notamment abordés,…

Il ne s'agit pas seulement d'y proposer les actes et expressions adéquates mais également de mettre en évidence les éventuelles différences dans les symptômes ou la plainte de santé ainsi que les perceptions éventuellement différentes du rôle du médecin.

http://www.vumc.nl/afdelingen/PGV/productengv/3860992/

- *L'offre en formation continuée en matière d'approche interculturelle ou transculturelle des soins est très limitée en Belgique.*
- *Elle émane essentiellement du secteur des maisons médicales ou du secteur associatif.*
- *L'implication des associations scientifiques de médecine aiderait certainement à la sensibilisation de la profession médicale à la thématique de l'approche interculturelle ou transculturelle comme c'est le cas aux Pays-Bas.*

Techniques de communication

"Het culturele interview" (Pays-Bas)

Cette technique d'exploration de la demande du patient est basée sur le Diagnostic de formation culturelle du DSM-IV, le modèle de classification psychiatrique élaboré au départ pour améliorer le diagnostic des patients non-européens. Des versions simplifiées et adaptées à la médecine générale ont été éditées aux Pays-Bas. Cette version mise au point par l'anthropologue culturel Simon Groen est basée sur sa mise en pratique dans un groupe de médecins généralistes. Elle se révèle efficace notamment pour explorer la demande des patients qui ont une consommation de soins élevée. Elle est aujourd'hui reconnue au niveau national et a été élevée au rang de bonne pratique depuis 2008.

"Het culturele interview, toepasbaar in de huisartsenpraktijk", H. Rohlof et S. Groen. Bijblijven, 2009.

"Drie Stappen Méthode Pinto" (Pays-Bas)

David Pinto est Professeur de Communication Interculturelle à l'Université d'Amsterdam. Sa Méthode en Trois Etapes est destinée à dépasser de manière méthodique les différences culturelles, religieuses ou autres. Elle est basée sur la double perspective. La première étape consiste à connaître ses propre normes et valeurs et la deuxième à connaître celle des interlocuteurs. Lorsque les deux systèmes sont trop éloignés l'un de l'autre pour qu'il y puisse y avoir acceptation et trouver un compromis, une troisième étape est nécessaire. Il s'agit d'une négociation où des ponts pourront être jetés mais où il sera important pour le professionnel de soins d'établir ses limites dans une situation donnée, afin d'arriver à évacuer les frustrations, l'incompréhension voire l'intolérance qui peuvent se manifester.

http://www.davidpinto.nl/index.php http://www.davidpinto.nl/index.php

- *Le recours à des techniques de communication n'existe pas vraiment, à part des initiatives individuelles, en Belgique.*
- *C'est un moyen de former rapidement et concrètement les praticiens à l'accompagnement de patients différents et de les aider dans leur pratique professionnelle.*

Commentaires

La littérature relative à l'amélioration de la communication entre médecins et patients d'origine étrangère établit souvent la nécessité d'une complémentarité entre deux approches:

- Le recours à des interprètes/médiateurs qui vont intervenir sur la langue et décrypter le contexte culturel du patient.
- Le développement de compétences culturelles chez les professionnels de la santé, dont les médecins. Ces formations doivent idéalement intervenir dès le début de la formation académique des médecins et se traduire par des stages concrets dans ce domaine.

Actuellement, les formations à l'interculturalité/multiculturalité ne sont données de manière formelle qu'à l'Université d'Anvers. Cependant, la thématique est abordée par la plupart des universités à travers les cours généraux de communication avec les patients (par exemple à l'UCL dans le cadre de "Sesame, enjeux sociaux et éthiques de la santé et de la médecine").

Aux Etats-Unis, dans certains états comme le New Jersey, il est indispensable, depuis 2005, d'avoir suivi des cours en "compétences culturelles" pour obtenir son diplôme de médecine. Les facultés de médecins sont également tenues d'organiser des cours de compétences culturelles pour les praticiens déjà diplômés qui n'ont pas bénéficié de ce cursus.

En ce qui concerne la formation continuée, certains pays lient les points d'agréation – qui supposent de suivre chaque année un certain nombre de séminaires afin d'obtenir des points de "crédits" pour maintenir ses droits à la carrière – au suivi de cours dans le domaine des soins interculturels. Aux Pays-Bas, par exemple, une des sessions de formation continuée dans le cadre du Programma voor Individuele Nascholing donnée par le Nederlands Huisartsen Genootschap porte sur une thématique liée à la santé des migrants: "Ethnische en

culturele diversiteit in de huisartsenpraktijk". C'est également le cas également aux Etats-Unis où les médecins et les infirmiers qui suivent les cours sur les "compétences culturelles dans les soins de santé" reçoivent des crédits en Continuing Medical Education.

L'impact de ces formations a été évalué à travers plusieurs études. Les auteurs de "Onbekend maakt Onbemind. Huisartsenzorg voor migranten. Knelpunten & mogelijke oplossingen." présentent ainsi une intervention réalisée conformément à la stratégie de "système de soin culturellement compétent" en intervenant à la fois sur la pratique, les médecins et les patients. En premier lieu, des recommandations relatives à la pratique ont été émises, puis une évaluation de la pratique personnelle du médecin et, enfin, patients d'origine étrangère et généralistes ont suivi une formation visant à améliorer leurs compétences respectives. Ce dernier aspect était notamment important pour les généralistes qui estimaient "qu'un effort devait être fait des deux côtés". Le résultat s'est traduit par une amélioration de la qualité des soins et de la compliance grâce à la meilleure communication mais également grâce à la confiance qui s'était installée entre les deux parties.

Sites de références

Les sites Web constituent l'une des solutions privilégiées pour diffuser largement les informations concernant la santé et les spécificités de prise en charge des patients d'origine étrangère ou ayant des références culturelles différentes. Ce chapitre présente des initiatives de ce type, impulsées par le monde médical ou des organismes en charge de l'intégration, en Belgique et à l'étranger.

Les sites pour tous les professionnels de soins

Medimmigrant

Medimmigrant est une association bruxelloise spécialisée dans l'information en matière de santé concernant les personnes en séjour précaires (avec ou sans permis de séjour). Son site reprend toutes les informations à destination des patients et des professionnels de soins ou des services sociaux à propos des différentes réglementations en vigueur: les soins de santé par statut de séjour, par type de remboursement, les séjours pour raisons médicales,… Le site fournit également une série de feuillets d'informations sur des situations de santé spécifiques (grossesse, sida, tuberculose, mutilations génitales féminines,…) dans les langues nationales et une série d'autres (anglais, arabe, roumain, russe, mandarin, portugais,…).

Toutes les publications sont téléchargeables gratuitement. Medimmigrant a également mis en ligne un guide d'une trentaine de pages ("Le système de soins de santé en Belgique. Bon à savoir") qui présente toutes les informations pour pouvoir s'orienter en matière de soins (les hôpitaux, les médecins généralistes, les mutuelles,…).

http://www.medimmigrant.be/

Pigmentzorg

Il s'agit d'un site de ressources lancé par le VIVO, l'institut flamand de formation pour les associations et le secteur non-marchand. La plateforme digitale est conçue au départ pour les travailleurs médico-sociaux intervenant dans un contexte de soins multiculturels mais elle dispose d'une banque de données assez étendue

dans ce domaine (par exemple, une trentaine d'ouvrage, guides de bonnes pratiques ou méthodes de développement dans le domaine de la communication et des compétences interculturelles).

On peut également y trouver de nombreuses vidéos de personnes d'origine étrangère témoignant sur l'un ou l'autre aspect des soins de santé (le tabou du cancer, l'accès aux institutions de soins, l'entrée en maison de repos,…) et des formations à la pratique dans un environnement interculturel (notamment par des médecins généralistes). Le site abrite également un forum et un chat où les intervenants peuvent poser des questions ou échanger entre eux leurs expériences.

http://www.pigmentzorg.be/

Mikadonet (Pays-Bas)

Ce site néerlandais fournit depuis une dizaine d'années des conseils en matière de soins interculturels. Le Centre national d'expertise éponyme accompagne également les praticiens (MG, spécialistes, intervenants en santé mentale) qui s'y adressent. Depuis 2007, il est reconnu par la Plateforme d'innovation en santé comme partenaire et les personnes ou institutions qui y font appel peuvent donc bénéficier d'un système de chèques subsidiés pour rétribuer l'accompagnement.

S'appuyant sur un réseau constitué aussi bien d'experts universitaires que de praticiens de terrain, le centre remplit plusieurs missions: accroître la connaissance en matière de soins des personnes d'origine étrangère, diffuser ces connaissance à l'usage des professionnels de première ligne et intervenir auprès de personnes ou d'institutions pour les aider à trouver des solutions concrètes face à un problème dans ce domaine. Plutôt orienté vers le psycho-social, le site fournit aussi un bon nombre d'articles scientifiques et de présentations de bonnes pratiques qui concernent la santé en général des personnes d'origine étrangère.

http://www.mikadonet.nl/

Migrant Health Guide (Grande-Bretagne)

Lancé en 2011 par le Health Protection Agency, la coupole de soutien et de conseils aux services de santé en Grande-Bretagne, ce site d'information est destiné aux médecins généralistes et infirmières ayant à traiter des patients migrants. L'objectif est expressément de rencontrer une préoccupation de santé publique: en offrant des ressources aussi bien sur les différences culturelles que sur les maladies ou les pays d'origine, l'Agence espère ainsi favoriser un diagnostic et un traitement rapides et efficaces des patients et arriver ainsi à une diminution du risque de transmission de certaines infections.

Le site comporte à la fois des informations (où trouver des interprètes et comment travailler avec eux, l'impact de différences religions sur les soins, des liens vers des organisations à base ethnique,…) et des outils d'aide pour les médecins (lexiques d'urgence, algorithmes destinés à interpréter les symptômes, check-lists des pathologies par origine,…). L'outil a été développé grâce à la collaboration d'experts en santé publique avec des médecins généralistes et des services spécialisés en médecine du voyage et des migrations.

http://www.hpa.org.uk/migranthealthguide

A Physician's Practical Guide to Culturally Competent Care (Etats-Unis)

Ce site américain est développé par l'Office de la Santé parmi les minorités ethniques, dépendant du Ministère de la Santé américain. Il est destiné à promouvoir la notion de "compétence culturelle" pour tous les professionnels de soins. Il s'agit d'un outil de formation en ligne qui répond aux critères de formation dans ce domaine, fixés par une réglementation fédérale de 2008. Il permet dès lors d'obtenir des crédits de formation continuée.

Le site couvre les six thématiques qui doivent impérativement avoir été abordées par les médecins dans le cadre de leur formation universitaire ou, à défaut, dans une formation continuée: les concepts liés à la compétence culturelle, l'impact des traditions et croyance chez les patients d'origines diverses, la compréhension des stéréotypes que peuvent avoir les soignants, les stratégies de reconnaissance des différences culturelles et les manières d'éliminer leur influence, l'amélioration des compétences interculturelles, les techniques permettant d'agir avec les patients de langue différente y compris le mode de travail avec les interprètes.

https://cccm.thinkculturalhealth.hhs.gov/

Les sites axés sur les médecins généralistes

Huisarts-migrant (Pays-Bas)



Ce site a été créé aux Pays-Bas pour répondre aux questions que les médecins généralistes pourraient se poser à propos de patients d'origine étrangère. L'initiateur du projet est Pharos, un centre d'expertise travaillant dans le domaine de la santé des migrants, des réfugiés et des personnes ayant des compétences limitées en santé (publics fragilisés).

Il est développé en collaboration avec deux des principales associations de médecins généralistes du pays, la Société néerlandaise des Généralistes et l'Association nationale des Généralistes. Les informations qui y figurent sont validées par des médecins qui ont une expérience avec les populations migrantes et par des experts scientifiques.

Les différentes thématiques proposées par le site comportent à la fois des parties explicatives et des conseils ou des renvois vers d'autres acteurs qui s'occupent spécifiquement de l'un ou l'autre domaine (depuis les soins

à domicile avec une sensibilité interculturelle aux prises en charge de différentes pathologies en passant par la diététique adaptée à des groupes spécifiques de population).

Le site fournit également un bon nombre de référence concernant les différences culturelles à propos de la maladie, des démarches administratives ou des possibilités de formation pour les médecins généralistes. Il y est également possible de consulter de nombreux articles scientifiques et de télécharger du matériel en plusieurs langues à distribuer aux patients.

http://www.huisarts-migrant.nl/

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (Pays-Bas)



L'Association des Médecins Généralistes des Pays-Bas dispose d'un site où sont mis en ligne des articles scientifiques. De nombreux articles concernent la prise en charge et le traitement de patients d'origine étrangère. Il peut s'agir d'articles sur les soins de santé en général: les données épidémiologiques concernant des groupes de population, la consommation de soins,... De nombreux autres articles traitent de pathologies particulières: les carences en vitamines D chez les migrants, la contraception chez les adolescents d'origine étrangère, l'incontinence urinaire chez les femmes d'origine musulmane,... Une partie importante des articles concernent les aspects psycho-sociaux de la santé: l'accès limité des enfants d'origine étrangère aux soins, la prise en charge de la violence domestique par les médecins généralistes,...

http://www.henw.org/archief?q=allochtonen

Migesplus (Suisse)

Ce site "MIGration Et Santé" est développé et coordonné par la Croix-Rouge suisse à la demande de l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre du programme d'action "Migration et Santé". Il s'adresse aussi bien aux professionnels de la santé qu'aux migrants ou aux organismes actifs dans les problématiques d'accès à la santé des populations d'origine étrangère.

Le site comporte plusieurs parties dont les objectifs sont différents: l'une est destinée à fournir des ressources aux professionnels de soins (coordonnées des interprètes, guides de bonnes pratiques,...), l'autre est axée sur les patients (des informations sur la santé en neuf langues, la liste des médecins selon les langues et les régions,...), la dernière étant consacrée à la méthodologie et aux ressources en matière de projets de santé pour les personnes d'origine étrangère.

http://www.migesplus.ch

- *Contrairement à la plupart des pays, il n'existe pas, en Belgique, de sites ciblés sur les médecins qui leur permettraient d'obtenir de l'information scientifique spécifique sur l'accompagnement de patients d'origine étrangère.*
- *Certains acteurs associatifs offrent bien, en Belgique, des contenus mais ceux-ci sont plutôt destinés aux intervenants sociaux ou concernent une catégorie très précise de patients (sans-papiers par exemple).*
- *L'implication des acteurs publics et des représentants de la profession est un élément important pour la crédibilité et la visibilité de ce type de projets.*

Commentaires

Selon les pays, les sites relatifs à la santé des personnes d'origine étrangère suivent des stratégies différentes:

- Les sites généralistes axés sur les patients: ils sont développés par les autorités sanitaires avec un objectif de santé publique ou par des associations privées dans un objectif de santé communautaire. Dans les deux cas, il s'agit de donner aux patients un maximum d'information sur la santé, les maladies et la prévention. Les sites peuvent également donner des ressources pour comprendre les systèmes de santé locaux et trouver un praticien.
- Les sites généralistes axés sur les médecins: ils peuvent être développés à l'initiative d'un département public actif dans l'intégration des migrants pour sensibiliser les médecins à la question de la santé des migrants et leur donner un maximum de ressources dans ce domaine (informations, bonnes pratiques et coordonnées). Ils peuvent également être portés par des organisations scientifiques médicales dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins à une population spécifique.
- Les sites mixtes. Portés par les pouvoirs publics ou des structures associatives, ils fournissent à la fois l'information aux patients et les ressources de travail pour les médecins.

Les brochures d'information

Ce chapitre a pour objectif de présenter des outils d'information pratiques, destinés à informer les professionnels de soins au sens large et les médecins en particulier sur l'un ou l'autre aspect spécifique de la santé des patients d'origine étrangère ou sur leur prise en charge en général. Il peut s'agir de brochures de sensibilisation ou d'information, existant sous format papier et électronique, mais également de kits contenant une série de supports de communication.

Sur la pratique professionnelle

"Croyances, traditions et délivrance des soins médicaux"

Le projet concerne essentiellement la gynécologie mais il est l'un des rares (seuls?) exemples en Belgique où des professionnels de soins se sont penchés, en collaboration avec le Centre pour l'égalité des chances, sur une problématique concernant principalement les patients d'origine étrangère. Au départ, le Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (GGOLFB) est interpellé par ses membres à propos d'un certain nombre de situations conflictuelles résultant de la rencontre de cultures différentes: demande de certificats de virginité ou de réfections d'hymen, diagnostics d'excision et d'infibulation ou, plus simplement, refus d'examen par un gynécologue masculin.

Le GGOLFB a dans un premier temps effectué un sondage parmi ses membres pour cerner la situation. Il a ensuite installé, au cours de 2008, un groupe de travail ouvert à des personnalités externes au groupement pour travailler sur le contexte légal, les enjeux pour les patientes et les enjeux symboliques. Le groupe de travail, présidé par le professeur Yvon Englert, a rédigé dix "Recommandations quant à la problématique des soins face au poids des croyances et des traditions".

Contact: Fatima Hanine, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, fatima.hanine@intr.be et 02/212.30.92

"Zeg het met spreuken en zegswijzen – Interpretatie als toegevoegde waarde bij interculturele bemiddeling"

Cette brochure de 56 pages à destination du personnel soignant passe en revue ce à quoi il doit être attentif pour être bien compris et pour que ses conseils soient efficacement pris en compte par le patient. Après avoir expliqué le rôle d'un médiateur interculturel, la publication s'attarde sur les différentes manières de s'exprimer et sur l'influence de la culture sur celles-ci. La fin du document propose une grosse quinzaine d'études de cas.

Contact: Hamida Chikhi, Foyer vzw, hamida.chikhi@foyer.be et 02/410.75.81

"Toolkit laaggeletterdheid" (Pays-Bas)



Medicatie en (door) verwijzen

Risicomomenten

- Begrijpen wat de huisarts zegt
- Zelf informatie opzoeken
- Medicijnen ophalen en op het juiste tijdstip innemen
- De verwijsbrief begrijpen
- Een afspraak bij een andere zorgverlener maken
- Een onderzoek ondergaan
- Een formulieren invullen

Wat u kunt doen

- **Herkennen en bespreekbaar maken** zie hoofdstuk 1
- **Communicatie aanpassen** zie hoofdstuk 2
- **Doorverwijzen naar taallessen** zie kaartjes met landelijke bellijn

Medicatie ophalen en innemen

Na afloop van het spreekuur bestaat het risico dat de informatie die u als arts geeft, niet goed bij de laaggeletterde patiënt aankomt. De therapietrouw bij medicatie is gering. Vaak weten laaggeletterden niet goed hoe zij medicijnen moeten gebruiken, omdat de bijsluiters te ingewikkeld zijn en zij de instructie zijn vergeten. Als een medicijn van uiterlijk verandert, is dat ook een groot obstakel voor laaggeletterde patiënten. Zij onthouden "bij het eten moet ik die gele ronde pil nemen" en als die pil ineens groen en langwerpig wordt, doorkruist dat

Uitleg van de verwijsbrief

Het beste is om een verwijsbrief met de patiënt te bespreken. Laaggeletterden hebben meer tijd nodig en vaker hulp nodig om de brief te lezen. Als huisarts is het belangrijk om goed en rustig uit te leggen wat u in de brief schrijft en wat u daarmee wil bereiken. Zo kan het zijn dat u weet dat een specialist een onderzoek zal verrichten. Laaggeletterden weten vaak niet goed waarom onderzoek wordt uitgevoerd, hoe zij zich op het onderzoek kunnen voorbereiden en wat er tijdens het onderzoek gebeurt. Ook weten zij niet altijd wat een screening

Il s'agit d'un guide pratique à l'intention des médecins généralistes pour les aider à gérer les relations avec les patients pas ou peu alphabétisés, dont un tiers aux Pays-Bas sont des patients d'origine étrangère. La brochure a été élaborée, en 2011, par un ensemble d'acteurs recouvrant les différents aspects de la problématique: Lire et Ecrire, l'Institut de la Santé NIGZ, une fondation de recherche éducative (ETV), la Société de Médecine Générale des Pays-Bas et Pharos, le groupe d'expertise sur la santé des personnes d'origine étrangère.

Après une présentation de ce que représente l'illettrisme aujourd'hui et ses conséquences pour les personnes qui en souffrent, le guide apporte des conseils pratiques sur les différentes phases de la relation médecin-patient: lors de l'accueil et au téléphone, pendant la consultation, au moment de la prescription. Il donne également des informations sur la manière d'adapter au mieux sa pratique à des gens qui ne lisent pas couramment.

Dans un premier temps, l'objectif est de permettre aux médecins généralistes de mieux repérer les patients analphabètes qui ne déclarent généralement pas leur problème afin de mieux comprendre certaines situations (rendez-vous fréquemment manqués, mauvaise application du traitement prescrit, formulaires non remplis,...). Dans un second temps, il s'agit de fournir aux praticiens les méthodes et les outils pour communiquer efficacement avec ces patients.

L'ouvrage comporte une trentaine de pages, dont 15 fournissant de conseils pratiques. Il est prolongé par une check-list qui résume les points à examiner pour évaluer sa pratique.

http://lhv.artsennet.nl/LHVproduct/Toolkit-Laaggeletterdheid.htm

"Health Care Providers Handbook on..." (Australie)

Le Département Santé du Queensland (Australie) édite depuis 1996, une série de brochures consacrées à la prise en charge des patients relevant des religions les plus représentées dans le pays (musulmans, hindous, sikhs). Le guide d'une vingtaine de pages présente de manière synthétique les croyances et les pratiques religieuses spécifiques qui peuvent avoir un impact dans le domaine des soins.

Ces guides sont élaborés sur base des questions que se posent le plus souvent les professionnels de soins par rapport à ces patients, en collaboration avec des représentants des différentes religions.

Une première partie du guide concerne les enjeux touchant à la communication avec les patients: le recours aux interprètes, les prescrits religieux, l'administration des traitements, l'examen médical, le soin aux personnes âgées,… Une deuxième partie est consacrée aux éléments religieux pouvant intervenir dans le processus de soin: les prescrits alimentaires et vestimentaires, les coutumes, les attitudes vis-à-vis de la fécondation artificielle, de la transplantation ou de la mort,… La troisième fournit des ressources sur les organisations qui peuvent venir en aide aux professionnels de soins (interprètes, services administratifs, représentants religieux,…).

http://www.health.qld.gov.au/multicultural/support_tools/islamgde2ed.pdf

"Etnische en culturele diversiteit in de huisartsenpraktijk" (Pays-Bas)

Oosterberg E. Pastoor E. NIGZ (Netherlands Institute for Health Promotion)

Il s'agit d'un ouvrage de pratique professionnelle (40 pages) qui est distribué aux médecins généralistes néerlandais qui suivent la formation continuée du même nom dans le cadre du système d'accréditation des MG aux Pays-Bas. Il explique en quoi la communication interculturelle est importante pour un bon suivi des patients d'origine étrangère et comment travailler avec des interprètes.

On y aborde également des questions de santé spécifiques: la prévalence plus élevée du diabète et de l'hypertension parmi certains groupes de populations d'origine étrangère, les symptômes qui doivent faire penser à des affections qui se produisent plus souvent chez les migrants,…

"Better Communication, Better Care: Provider Tools to Care for Diverse Populations" (Etats-Unis)

Margie Akin, Diana Carr, Peggy Payne. ICE Cultural and Linguistics Workgroup.

Ce guide pratique (50 pages) a été réalisé par des anthropologues médicales américaines à la demande d'une organisation non gouvernementale travaillant sur l'amélioration des pratiques dans le secteur des soins de santé (Health Industry Collaboration Effort).

Il est destiné aux médecins ainsi qu'aux équipes de soignants et se veut avant tout pratique: comment communiquer avec des patients d'origine étrangère, comment mener l'anamnèse, quels sont les éléments culturels ou religieux auxquels il faut être attentif, comment les diverses cultures voient les questions liées à la sexualité ou à la douleur,…

L'ouvrage fournit des outils de communication comme les cartes d'identification des langues ou des phrases usuelles traduites dans un certain nombre de langues communes aux Etats-Unis (espagnol, chinois, créole, vietnamien). Il offre également des recommandations (éléments à prendre en considération et suggestions) dans le domaine du traitement de la douleur chez les patients étrangers en fonction de leurs références culturelles.

http://www.iceforhealth.org/library/documents/ICE_C&L_Provider_Tool_Kit.10-06.pdf

"Critères de qualité pour l'élaboration de matériel d'information sur la santé adapté aux besoins de la population migrante" (Suisse)

En Suisse, le site du programme national "Migration & Santé" visant à faciliter l'accès des soins de santé aux migrants, fournit des outils et des bonnes pratiques (*http://www.migesplus.ch/index.php?id=195&L=1*) aidant à guider les organismes qui désirent mettre au point des outils d'information à l'usage de population d'origine étrangère. Un guide a également été édité pour aider les promoteurs de projets à élaborer des supports en fonction des différents groupes-cibles. Il présente les critères de qualité à respecter dans ce type de publication et des check-lists pour aider les porteurs de projets (*http://www.migesplus.ch/fileadmin/Dokumente/Qualitaetskriterien/Qual_kriterien_frz.pdf*).

- *Il n'existe pas en Belgique de publications, ponctuelles ou régulières, destinées à aider les médecins généralistes dans leur communication avec des patients d'origine ou de croyance diverses.*
- *Le matériel existant à l'étranger est suffisamment complet et varié pour pouvoir imaginer une transposition pour les praticiens belges.*

Sur des thématiques de santé

"Diabète et ramadan"

Néphrologue et spécialisée dans le diabète, le Dr Claire Remy (CHR Citadelle, Liège) s'est trouvée confrontée à la difficulté de prendre en charge cette pathologie dans certains groupes de population: patients maghrébins, africains, turcs, roumains, russes ou indiens. A cause de problème de langue mais également en raison des habitudes de vie et des perceptions de chaque population par rapport à santé et à la maladie.

L'article comporte un rappel de ce que représente le ramadan pour les musulmans puis apporte une information médicale: la physiologie du jeûne et les possibles complications, les conseils à donner au patient, l'équilibrage du traitement et les cas où le jeûne devrait être rompu.

In Revue de l'Association Belge du Diabète (5 pages). Juillet-Août 2011.
http://www.diabete-abd.be/pdfrevue/54_04/ABD%2054-04%20diabete%20et%20ramadan.pdf

"Proactief hiv-testen en counseling voorstellen aan patiënten van Subsaharaans Afrikaanse afkomst. Een handleiding voor de arts"

Ce guide pratique a été réalisé par une série d'associations actives, en Flandre et à Bruxelles, dans la prévention et l'accompagnement des patients en provenance d'Afrique et infectés par le HIV. Ces patients ignorent parfois leur statut séropositif, hésitent souvent à se faire dépister, ce qui retarde la prise en charge des patients infectés et augmente le risque de contamination.

Après une présentation brève des enjeux épidémiologiques et médicaux, les auteurs expliquent les représentations culturelles qui concernent cette maladie et celles qui peuvent pousser les patients en provenance d'Afrique à éviter le dépistage.

La stratégie de proactivité souhaitable de la part des médecins est présentée de manière détaillée: comment aborder la question, motiver le patient à se faire dépister, effectuer un suivi en cas de résultat positif,… La présentation contient les arguments qui peuvent servir dans le dialogue avec les patients ainsi que la manière de conduire les entretiens (les questions étant présentées en néerlandais, anglais, français). De nombreuses informations portent sur les attitudes ou les formulations à éviter.

Contact: Instituut voor Tropische Geneeskunde Antwerpen, hivsam@itg.be, helpcenter@itg.be et 03/247.64.72
http://www.pigmentzorg.be/sites/default/files/files/Proactief%20HIV-testen%20en%20counselen%20voor%20Afrikaanse%20migranten_%20Handleiding%20voor%20de%20arts.pdf

Toolbox: "Les grossesses non désirées"

A Bruxelles, le nombre de grossesses non désirées est plus élevé que dans les autres régions et 40% des avortements concernent des femmes d'origine étrangère. Cette situation résulte souvent d'un manque d'information. C'est surtout le cas des populations où la sexualité et la reproduction sont des thèmes tabous et des femmes issues de groupes vulnérables comme les sans-papiers.

Le Centre d'expertise Volle Maan, spécialisé dans les questions de grossesse et de maternité a mis au point une valise d'information destinée aux médecins et aux travailleurs sociaux pour leur permettre d'aborder plus facilement le sujet avec les patientes. La valise (60 €) comprend une brochure avec la présentation des différentes conceptions culturelles et religieuses autour de la sexualité ainsi que du matériel visuel qui permet d'aborder plus facilement les aspects anatomiques et physiologiques. Elle contient également des échantillons de moyens contraceptifs.

Contact: Hanan Ben Abdeslam, info@expertisecentrum-vollemaan.be, 02/229.25.58 et 0478/88.11.86
http://www.expertisecentrum-vollemaan.be/home.htm

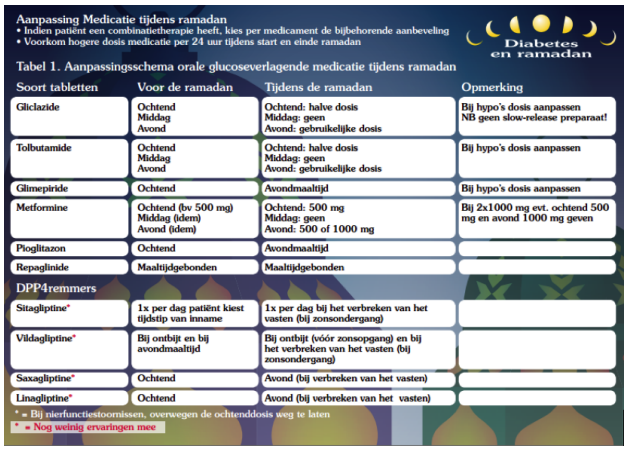
"Over de Grens" (Pays-Bas)

Le Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, le principal journal médical néerlandais, a publié en mai 2013 un numéro uniquement consacré aux thématiques liées à la santé des personnes d'origine étrangère (voir annexe 4). La rédaction est partie du constat que les informations dans ce domaine ne sont pas suffisamment nombreuses dans le pays et a donc sollicité les articles scientifiques dans ce domaine.

Le résultat comporte 21 articles concernant la médecine au sens large: des enquêtes épidémiologiques, la présentation et le développement de cas cliniques, des opinions ou des états des lieux. Les sujets abordent aussi bien le contexte pathologique que les stratégies de prévention, le dialogue ou la consommation de soins spécifiques. Ce numéro présente également des interventions sur des thématiques comme la pharmacopée spécifique ou l'enseignement des compétences interculturelles en matière de soins.

http://www.ntvg.nl/inhoudsopgave/ntvg-nummer-18-2013

"Diabetes en Ramadan: maak het bespreekbaar" (Pays-Bas)



Aanpassing Medicatie tijdens ramadan
• Indien patiënt een combinatietherapie heeft, kies per medicament de bijbehorende aanbeveling
• Voorkom hogere dosis medicatie per 24 uur tijdens start en einde ramadan

Diabetes en ramadan

Tabel 1. Aanpassingsschema orale glucoseverlagende medicatie tijdens ramadan

Soort tabletten	Voor de ramadan	Tijdens de ramadan	Opmerking
Gliclazide	Ochtend Middag Avond	Ochtend: halve dosis Middag: geen Avond: gebruikelijke dosis	Bij hypo's dosis aanpassen NB geen slow-release preparaat!
Tolbutamide	Ochtend Middag Avond	Ochtend: halve dosis Middag: geen Avond: gebruikelijke dosis	Bij hypo's dosis aanpassen
Glimepiride	Ochtend	Avondmaaltijd	Bij hypo's dosis aanpassen
Metformine	Ochtend (bv 500 mg) Middag (idem) Avond (idem)	Ochtend: 500 mg Middag: geen Avond: 500 of 1000 mg	Bij 2x1000 mg evt. ochtend 500 mg en avond 1000 mg geven
Pioglitazon	Ochtend	Avondmaaltijd	
Repaglinide	Maaltijdgebonden	Maaltijdgebonden	
DPP4remmers			
Sitagliptine*	1x per dag patiënt kiest tijdstip van inname	1x per dag bij het verbreken van het vasten (bij zonsondergang)	
Vildagliptine*	Bij ontbijt en bij avondmaaltijd	Bij ontbijt (vóór zonsopgang) en bij het verbreken van het vasten (bij zonsondergang)	
Saxagliptine*	Ochtend	Avond (bij verbreken van het vasten)	
Linagliptine*	Ochtend	Avond (bij verbreken van het vasten)	

* = Bij nierfunctiestoornissen, overwegen de ochtenddosis weg te laten
* = Nog weinig ervaringen mee

Les Pays-Bas comptent quelque 900.000 habitants de confession musulmane. La plupart d'entre eux font le Ramadan, ce qui peut poser des problèmes aux 70.000 patients diabétiques dont les changements dans le rythme de vie et l'alimentation durant cette période accroissent les risques de complications pour la santé (le risque d'hyperglycémie serait ainsi 3 fois plus élevé pour le diabète de type 1 et 5 fois plus élevé pour le diabète de type 2 pendant cette période). Les médecins et les patients ne sont pas toujours conscients du danger et les praticiens ne sont pas toujours informés sur les adaptations du traitement à effectuer.

La Fédération néerlandaise du diabète (NDF) et la Fondation Jan van Ooijen, une organisation travaillant dans l'amélioration de la situation des patients diabétiques d'origine étrangère, ont mis au point, en mai 2013, une boîte-à-outils pour informer les médecins et sensibiliser les patients. Le matériel comporte un guide pour le praticien avec les informations scientifiques nécessaires pour le suivi du patient avant, pendant et après le ramadan, une carte médicale synthétisant les données par catégories de médicaments et une affiche à placer dans la salle d'attente pour inciter les patients à demander à leur généraliste une adaptation de leur traitement.

http://www.diabetesfederatie.nl/diabetes-en-ramadan

"La Drépanocytose, c'est quoi" (France)

Rédigée par une généraliste, ce guide (60 pages) fait le tour d'une maladie génétique, relativement fréquente chez les personnes d'origine africaine et qui affecterait chaque année quelque 200 bébés nés dans la région parisienne. Le texte est orienté vers les patients puisqu'il présente toutes les questions que l'on peut se poser sur la maladie, sa transmission, ses effets, son dépistage,… mais le guide doit servir avant tout aux services de santé, dont les médecins généralistes.

Il s'agit d'une des brochures (dans la série, d'autres guides sont consacrés au blanchiment de la peau et au sida) réalisée par l'association Uraca, Unité de Réflexion et d'Action des Communautés Africaines qui s'occupe de la prévention sanitaire destinée aux personnes d'origine africaine, en Europe et en Afrique. Au départ d'actions ciblées sur le sida, l'association organise aujourd'hui diverses activités de médiation interculturelle, soit par le biais de formation, soit par le travail en commun de praticiens traditionnels venus d'Afrique et de professionnels hospitaliers. Les guides sont disponibles gratuitement sur le site de l'Uraca.

http://www.uraca.org/edition/

Les feuillets explicatifs par pathologies (Pays-Bas)

Le Huisartsen Kring Haaglanden, cercle professionnel de généralistes de la région de la Haye, propose sur son site des feuillets A4 double-face qui peuvent être téléchargés par les médecins ou commandés auprès de l'association. L'objectif est d'aider les médecins généralistes à expliquer à leurs patients une dizaine de pathologies communes: insomnies, toux, maux d'estomac, hyperventilation,… L'information porte sur l'explication du problème de santé, présente des conseils sur ce que le patient peut faire pour améliorer son état de santé et les situations où il devra impérativement consulter. Les feuillets sont en deux langues: le néerlandais pour les généralistes et 12 langues pour les patients (chinois, farsi, dari, russe, serbe, sorani, somalien, arabe, turc,…).

http://www.kringhaaglanden.nl/files/1313/0139/1062/MOA20Zelfz10-1slaappr-Arab.pdf

"Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines" (France)

Issue de la collaboration entre l'association "Gynécologie Sans Frontières" et la Direction Générale de la Santé, cette brochure d'une dizaine de pages a pour objectif de sensibiliser les médecins de première ligne à la pratique de la Mutilation Sexuelle Féminine (MSF) et de les aider à prendre en charge la patiente. Elle fait d'abord le point sur ce que sont les MSF et leurs conséquences ainsi que sur la réglementation en la matière, notamment les possibilités de rompre le secret médical. Elle répond ensuite à une série de questions très concrètes que pourrait se poser le praticien: comment identifier une MSF, comment en parler avec la patiente, quels accompagnement et traitement proposer, quelle conduite tenir face à une mineure menacée de MSF,… La brochure fournit enfin les coordonnées d'organismes pouvant aider dans la prise en charge de la patiente.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/MSF.pdf

- *A l'initiative de certains acteurs surtout associatifs, la Belgique commence à disposer de certaines publications très ciblées (sida, prévention des grossesses non désirées,…) adaptées à la prise en charge de patient d'origine ou de culture différente.*
- *Les thématiques de santé publique comme la question du diabète en période de ramadan ne font cependant pas encore l'objet d'une information systématique auprès des médecins généralistes.*
- *Les pouvoirs publics et les associations scientifiques médicales sont les mieux placés pour assurer la promotion et de diffusion des publications dans ce domaine.*
- *La production d'outils dans ce domaine aiderait à la prise de conscience des spécificités en matière de soins concernant les populations d'origine et de croyances différentes.*
- *Un recensement des thématiques les plus importantes pourraient être effectués et s'inspirer des pays voisins pour fournir assez rapidement des outils d'aide aux médecins généralistes belges.*

Outils de soutien pour les médecins généralistes en promotion de la santé

"La prévention: je peux en parler à mon médecin"

Ce kit d'information "affiche et brochure" doit servir à susciter une discussion avec le patient pour promouvoir le rôle préventif du médecin généraliste, notamment dans le cadre du Dossier Médical Global Plus (DMG Plus) qui constitue le volet préventif du Dossier Médical Global (DMG). Il a pour objectif d'informer les patients qu'ils peuvent aborder d'autres thèmes que ceux directement liés à la maladie ou aux traitements pour lesquels ils consultent. Il sert aussi à sensibiliser les patients au fait que l'expression de leurs perceptions et de leurs sentiments par rapport à leur relation avec les soignants est un élément important de la relation.

Le guide explicatif de huit pages qui accompagne l'affiche est destiné aux médecins généralistes, professionnels de soins au sens large et équipes d'animation en santé communautaire. Si l'affiche et le guide (8 pages) existent uniquement en français, la mise en page les rend compréhensible par tous grâce à l'utilisation de pictogrammes. Les uns décrivent une situation de la vie courante (dans un magasin, un arrêt de bus, autour d'une table,...) afin d'entamer un dialogue sur les conditions de vie, le trajet, le régime alimentaire, la famille,... Une série de "bulles" consacrées à la prévention renvoient à des cas plus spécifiques comme la vaccination ou la prévention des maladies cardio-vasculaires.

Contact: Rabia Benamar, Cultures & Santé, rabia.benamar@cultures-sante.be et 02/558.88.18

La pyramide alimentaire



Ce kit d'information est destiné à l'information en matière d'alimentation de patients d'origine turque et marocaine en Flandre. Il s'agit d'une initiative du Vlaams Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziekteprevention. Le schéma classique de la pyramide alimentaire y a été adapté pour correspondre aux habitudes alimentaires de chacune des deux communautés. L'objectif est de sensibiliser à la nécessité de manger sainement et de faire de l'exercice.

Le schéma et les explications ont été traduits dans chacune des deux langues et des produits spécifiques ont été introduits dans les suggestions (ayran, okras, boulgour,...). Une affiche présente les différentes catégories d'aliments intervenant dans l'alimentation et des conseils généraux de diététique et d'hygiène de vie. Une bro-

chure de 48 pages, à l'usage des professionnels et des patients, détaille, en flamand et en arabe ou en turc, les possibles compositions des différents repas avec une liste alphabétique de recettes et de produits, également dans les différentes langues.

http://www.vigez.be/uploads/documentenbank/01c0eb406a5cba49ce90b86393edb337.pdf

"Le système de soins de santé en Belgique. Bon à savoir"

Ce livret réalisé par Medimmigrant est destiné à répondre la question "Que faire en cas de maladie?". Il s'agit d'une présentation simple et graphique du médecin de famille, des centres médicaux de gardes, des services d'urgence et des hôpitaux mais également des pharmacies. Les informations portent sur les différentes professions et institutions.

La brochure, existant en français, néerlandais, espagnol et arabe, présente les systèmes de couvertures en soins de santé (mutuelle et Aide Médicale Urgente) ainsi que quelques situations spécifiques (grossesses, accident du travail,...). Cette information s'adresse en priorité aux intervenants, de santé ou non, accompagnant des personnes en séjour précaire.

http://www.medimmigrant.be/uploads/Publicaties/boekje/Boekje_2012_AR.pdf

"Les risques de santé autour du pèlerinage à la Mecque" (Pays-Bas)

Le "Achterstands Ondersteunings Fonds" vise à soutenir les médecins généralistes qui travaillent dans les quartiers défavorisés des grandes villes néerlandaises. Il possède actuellement une vingtaine d'antennes et alimente les généralistes en informations concernant des thématiques spécifiques aux populations d'origine étrangère (ou des populations défavorisées autochtones). Dans ce cadre, il a financé un feuillet de sensibilisation aux risques de santé encourus par les pèlerins désirant effectuer le pèlerinage de la Mecque. Beaucoup d'entre eux ayant plus de 60 ans, ils sont donc vulnérables. Le feuillet reprend les conseils de santé publique (vaccination à effectuer, troubles de santé évitables) et répertorie une série de points que le praticien devrait aborder avec le patient avant le départ de celui-ci (adaptation de traitement, comportements préventifs à adopter,...).

http://www.huisarts-migrant.nl/wp-content/uploads/2011/08/Gezondheidsrisicos_bedevaart_Mekka.pdf

- *C'est dans le domaine de l'aide à la communication autour de la prévention et de l'information sur le système de santé que le matériel est le plus abondant en Belgique, grâce au travail du réseau associatif.*
- *Les outils existants pourraient déjà servir de bonnes pratiques pour stimuler la production d'autres outils qui pourraient aider les médecins dans la communication autour de la santé avec leurs patients.*
- *Les outils, actuels et futurs, devraient surtout faire l'objet d'une promotion à beaucoup plus grande échelle.*

Commentaires

Des brochures d'information sont utilisées dans de nombreux pays pour soutenir la pratique des médecins généralistes. Elles sont généralement de deux types correspondant à des objectifs sanitaires différents:

- Des traductions de brochures existantes: elles visent surtout à présenter une question de santé (la prévention par exemple en matière de tabagisme, les maladies cardiovasculaires, la contraception ou le traitement d'une pathologie comme le diabète, l'hypertension ou l'insomnie). Ces documents s'adressent avant tout à des personnes éduquées et lettrées qui disposent déjà des compétences nécessaires en matière de lecture et des connaissances en matière de santé.
- Des documents spécifiques: ils sont aussi destinés à aborder des questions de santé mais à l'usage, cette fois, d'un public peu alphabétisé et disposant de peu de compétences en matière de santé. Ils sont donc conçus de manière à présenter très peu de textes et un maximum d'informations sous forme d'images ou de pictogrammes. Aux Pays-Bas, c'est notamment le cas des brochures conçues pour les médecins généralistes travaillant dans les "achterstandswijken", les quartiers défavorisés des grandes villes. Les documents s'adressent aussi bien aux personnes d'origine étrangère qu'aux personnes d'origine néerlandaise issues des populations défavorisées.

Dans "Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. Quels besoins, quels outils, quel impact?", les auteurs remarquent que les images étroitement liées à des communications écrites ou orales peuvent, comparativement à un texte seul, augmenter de façon considérable l'attention accordée à l'information éducative concernant la santé et en favoriser la mémorisation.

L'adéquation de l'information fournie à la population visée est un élément essentiel pour l'efficacité du message. L'élaboration des brochures doit donc être accompagnée par des professionnels de la promotion en santé ou en tous cas respecter des guidelines édictés par eux.

POINTS DE VUE DE MÉDECINS

A travers un nombre limité de témoignages (recueillis par téléphone, mail ou par consultation de la presse), un certain nombre d'éléments peuvent être mis en avant:

- Comme dans la plupart des pays examinés au cours de la recherche de littérature ou d'outils, les médecins généralistes qui sont sensibilisés à la question de la communication avec des patients d'origine étrangère sont, en Belgique, principalement des praticiens travaillant dans des maisons médicales, situées en zone urbaine et dont une partie de la patientèle est constituée de personnes d'origine étrangère.

- Dans le cas des autres médecins généralistes, la communication avec les patients d'origine étrangère n'est pas considérée comme problématique. L'expérience et le savoir-faire sont considérés comme les moyens les plus adéquats pour surmonter les éventuelles difficultés.

- Pour certains, s'il est important de tenir compte de la différence culturelle d'un patient, c'est d'une manière générique: chaque patient a son propre système de référence culturelle qui influence la relation médecin/patient. Il ne s'agit donc pas de traiter une personne d'origine marocaine, ou turque, ou sud-américaine ou belge, mais bien de développer une écoute et une vigilance par rapport à la réalité du patient, quel qu'il soit.

- Tant chez les médecins ayant une patientèle constituée de personnes d'origine étrangère que chez ceux qui ne sont amenés que sporadiquement à répondre à des demandes de patients avec des demandes culturelles spécifiques, les praticiens interrogés soulignent que les informations épidémiologiques concernant les patients d'origine étrangère sont peu nombreuses, voire inexistantes. Il s'agit à la fois des informations liées à des pathologies spécifiques dont la prévalence peut être plus élevée au sein d'une partie de la population ou des informations concernant un type de traitement adapté (diabète pendant le ramadan, suivi diététique,...). Des ressources en ligne pourraient donc être utiles car elles aideraient à s'informer dans ces domaines.

- Dans les pratiques de groupes accueillant des patients d'un nombre limité de pays (souvent d'origine turque ou marocaine), une partie des médecins a souvent fait l'apprentissage de la langue. Certains médecins ou soignants sont également de la même origine que les patients. D'une manière générale, toutes les personnes travaillant au sein de ces pratiques utilisent des "briseurs de glace", des mots ou petites phrases dans la langue des patients pour que ceux-ci se sentent à l'aise.

- Les pratiques de groupes utilisent souvent des membres du personnel comme intermédiaires dans une ou plusieurs langues utilisées par les patients d'origine étrangère (c'est le cas des langues de l'Est notamment). Certaines essaient également d'avoir régulièrement des stagiaires, médecins ou infirmières, issus de l'une ou l'autre communauté importante en Belgique et pouvant dès lors servir également de relais.

- Les services d'interprétariat comme Ba-bel, pour la partie néerlandophone, ou SeTIS, pour la partie francophone, sont appréciés car on peut y trouver rapidement une aide linguistique.

- Parmi les autres systèmes d'interprétariat utilisés, on trouve les services mis en place par certaines communes et, dans de rares cas, l'interprétariat par ordinateur.

- Les outils de traduction, en format papier ou électronique, sont considérés comme pratiques pour la phase d'urgence mais difficile à utiliser en dehors de cette situation précise car le médecin généraliste doit pouvoir comprendre le mieux possible ce que ressent et veut le patient, ce qu'un automate ne peut permettre.

- Des médecins de maisons médicales se sont déjà fait accompagner par des anthropologues pour une introduction aux concepts. Cela a permis par exemple à l'équipe de mieux comprendre la manière dont les patients d'une communauté allaient évoquer certaines plaintes de santé qui, en réalité, portaient sur un autre problème qu'ils avaient du mal à aborder pour des raisons culturelles (des questions de couple, de famille,...).

- Parmi les médecins sensibilisés à la prise en charge des patients d'origine étrangère, la demande de formations spécifiques existe. Elle porterait surtout sur les éléments permettant de comprendre ce que le patient attend et de vérifier que le patient a bien compris ce que le médecin lui propose.

- Des outils précis comme ceux détaillant le traitement du diabète pendant le ramadan sont très utiles car il s'agit d'informations très techniques qu'un médecin ne pourra acquérir seul qu'après de nombreuses années d'essais et d'erreurs.

- Les médecins généralistes travaillant déjà avec des patients d'origine étrangère sont demandeurs de documents qui les aideraient dans la communication avec ceux-ci. Il s'agirait de documents sur des questions de santé (prévention ou maladies) traduits dans différents langues. Dans le cadre des consultations, la possibilité de disposer d'outils fonctionnant avec des pictogrammes et des images seraient également une aide bienvenue pour aborder les personnes qui se présentent ponctuellement et pour lesquelles il n'est pas possible de trouver un intermédiaire disponible parlant leur langue.

- L'utilité des DVD "d'histoires personnelles" est également soulignée. Ce sont des DVD qui peuvent être visionnés dans les salles d'attente par les patients. Ils présentent les histoires scénarisées d'un patient atteint de l'une ou l'autre pathologie et expliquent la maladie et le trajet de soins. Ce sont des outils très visuels, utilisant les techniques de la télévision appréciées par les patients, qui retiennent fortement leur attention et qui peuvent être sous-titrés dans les langues principales utilisées par les patients. Ils conviennent particulièrement bien aux personnes ayant un faible degré de compétences en lecture et dans les questions relatives à la santé. Ils sont également destinés à faciliter le dialogue avec le généraliste en informant correctement les patients sur les différents pathologies ou questions de prévention et en suscitant leurs questions. On trouve ainsi des DVD consacrés à la diététique, à la période prénatale, aux précautions à prendre pendant les voyages.

- Certains médecins interrogés ont mis en avant la nécessité d'une information, destinée aux patients, sur le système de soins de santé en Belgique. Certains patients ne comprennent pas toujours les trajets de soins. Une information adéquate permettrait de rediriger les patients et de faciliter le dialogue avec le généraliste qui serait ainsi replacé dans son rôle de pivot central du système de soins.

CONCLUSIONS

Constats

En Belgique, on n'a jamais adopté de stratégie spécifique en termes de santé publique concernant les soins aux personnes d'origine étrangère (il faut quand même noter que la région flamande et la région bruxelloise sont plus avancées dans ce domaine que la partie francophone du pays). Or, si l'on considère aujourd'hui le nombre d'habitants de nationalité ou d'origine étrangère (hors Europe et en provenance de l'Europe de l'Est), il semble clair que la situation appelle une réponse structurée.

Certains pays, comme la Suisse, ont choisi cette voie. Depuis 2002, la Suisse possède un programme national "Migration & Santé" qui est mis en œuvre par l'Office fédéral des migrations, les cantons, la Croix-Rouge suisse ainsi que d'autres organisations non gouvernementales et servent à favoriser l'intégration des personnes migrantes. De même l'Australie, la Grande-Bretagne et les Etats-Unis, par exemple, ont développé des stratégies globales (formation, information, interprétariat) pour aider les professionnels de soins de santé à prendre en charge les populations d'origine culturelle différente.

Actuellement, ce sont principalement les médecins généralistes travaillant dans les quartiers où la patientèle comporte de nombreuses personnes d'origine étrangère qui sont sensibilisés à la question. Cependant, la migration de familles d'origine étrangère hors des grandes villes, va encore multiplier les contacts entre l'ensemble des médecins généralistes et des patients d'origine étrangère. Si le problème de la langue se posera moins dans ce cas – puisque ces personnes seront souvent déjà intégrées dans la société d'accueil – la question des perceptions culturelles différentes subsistera.

Les chiffres concernant les services déjà disponibles comme celui de médiatrices interculturelles démontrent l'ampleur des besoins. En 2013, 100.000 interventions ont été prestées par les médiatrices du service fédéral. L'enquête menée par Stéphanie De Maesschalk en Flandre en 2012 montre que, chez les généralistes, la connaissance des différences qui peuvent exister dans le traitement des patients d'origine étrangère s'améliore mais qu'une offre structurée destinée à leur permettre de gérer ces différences, sans effets indésirables et sans produire des inégalités, manque toujours.

Le rapport sur la perception des médecins généralistes, réalisée à Rennes par Anne Yvonne Guillou, relève le très fort sentiment d'isolement des médecins généralistes par rapport à la prise en charge des patients d'origine étrangère. "Il convient", note l'auteur, "d'envisager une mise en réseau souple car les généralistes interviewés, débordés, ne souhaitent pas, pour la plupart, un investissement associatif lourd. L'envoi d'une documentation "légère" et d'une information concernant les actions menées et les services proposés (ndlr: dans ce domaine) est utile". Et de plaider en faveur d'une information dans le domaine anthropologique qui leur fournirait des repères sur les conceptions différentes en matière de maladie et de corps en soulignant que les actuelles

formations offertes sont manifestement souvent inadaptées (formations dispensées par des non-professionnels ou quantité d'information impossible à digérer pour des praticiens).

Recommandations

Un certain nombre d'auteurs ont déjà émis des recommandations pour améliorer la prise en charge des patients d'origine étrangère par les médecins et notamment par les médecins généralistes.

Un rapport réalisé dans le cadre du projet européen EUGATE[16] ("Bonnes Pratiques dans les Services de Santé pour les Immigrants en Europe") en 2010 a comparé les politiques de seize pays de l'Union européenne (Marie Dauvrin et Vincent Lorant étaient les rapporteurs pour la Belgique). Les auteurs ont répertorié les domaines problématiques et les solutions qui pouvaient y être apportées.

Les obstacles

- Les barrières linguistiques qui empêchent les patients de fournir une information utile pour leur prise en charge compliquent le travail diagnostic des praticiens et les poussent à recourir à des examens diagnostiques supplémentaires… Les problèmes de communication mènent également à des problèmes d'incompréhension entre les patients et les prestataires de soins, à des relations tendues, des agressions verbales, voire même de la violence physique.
- Le manque de familiarité avec le système de soins de santé, la mauvaise compréhension du rôle des différents prestataires de soins et l'existence de différences dans les attentes liées au traitement.
- Les différences culturelles dans la perception et l'expression de la maladie, de la douleur et du traitement qui peuvent agir comme des barrières dans l'identification des diagnostics appropriés et qui peuvent affecter le choix des traitements et la compliance du patient.
- Les différences culturelles entre soignants et patients, le code vestimentaire, la pudeur et le rapport à la nudité, les exigences diététiques et les différences dans les rôles liés au genre.
- Les attitudes négatives parmi les prestataires de soins et les patients, les conséquences de ces attitudes négatives, comme la discrimination et le manque de confiance.

Les solutions

- Les services d'interprétariat de qualité – incluant des soignants parlant la même langue, des équipes de soins avec des soignants d'origine multiculturelle jouant le rôle d'interprète et des services d'interprétariat professionnels.
- La sensibilité culturelle des prestataires de soins – incluant la promotion de la sensibilité culturelle à travers la formation et l'éducation des prestataires; ainsi que le renforcement des équipes multiculturelles pour soutenir une large acquisition de l'acceptation et de la compréhension des différentes cultures.
- Des programmes d'éducation et du matériel d'information pour les immigrants – des programmes d'éducation ou des outils d'information traduits sur la santé et le système de santé.
- Des guidelines claires sur l'accès aux soins pour les différents groupes d'immigrants – incluant une politique claire au sein des services de soins et la formation du personnel soignant concernant les modalités d'accès aux soins pour les immigrants.

16 http://www.medimmigrant.be/uploads/Publicaties/Publicatie%20van%20anderen/EUGATE_Summary_of_good_practice_BE%202011.pdf

Le rapport des experts commandité par les autorités publiques belges[17] contenait également une série de recommandations:

- Sensibiliser les soignants de première ligne aux risques majorés que courent les migrants et les minorités ethniques de contracter ou de développer certains problèmes, comme la tuberculose, tout en évitant une "ethnification" ou une "racialisation" de la maladie.
- Renforcer l'accessibilité et l'organisation de la première ligne, en particulier là où les besoins de prise en charge interculturelle sont plus importants (par exemple dans les grandes villes et pour les publics plus vulnérables). Un élément essentiel est que les prestataires de soins de santé prennent suffisamment de temps pour écouter l'histoire et le contexte de leurs patients, peu importe leur background ethnique et social.
- Stimuler le travail avec interprètes et médiateurs interculturels et le rendre accessible dans tous les secteurs de la santé. Les professionnels de la santé et du social doivent apprendre à travailler avec des interprètes et des médiateurs interculturels afin de maximiser leur efficacité.
- Stimuler l'ouverture et la sensibilisation des prestataires de soins aux diagnostics et aux prises en charge de patients migrants et issus de minorités ethniques. La réflexion et la communication avec des minorités ethnoculturelles est indispensable à cet effet, pour qu'une complémentarité puisse exister.

La question du financement de ce type de politique est un sujet politiquement sensible dans les pays européens, comme le montre la décision des Pays-Bas de renoncer, en 2012, au financement public des services d'interprètes dans le secteur médical. Dans "Migration and health in the European Union", les auteurs abordent l'opportunité ou non de financer des servies d'interprétariat: "les aptitudes linguistiques sont devenues un sujet politiquement sensible, spécialement dans les pays où les migrants sont accusés de ne pas faire suffisamment d'efforts pour s'intégrer. Cependant, rendre les soins de santé inaccessibles pour motiver les migrants à apprendre la langue nationale serait une approche étrange d'une politique d'intégration et peu susceptible de produire des effets positifs". Et de proposer de réduire autant que possible les obstacles dus à la langue qui pourraient réduire la qualité des soins en traduisant chaque fois que c'est possible les documents, en utilisant des pictogrammes et des diagrammes pour faciliter la compréhension.

Les auteurs de ce rapport insistent également sur la nécessité de renforcer les compétences des patients eux-mêmes pour soutenir le rôle de soignants: "un autre déterminant à l'accès, qui est largement extérieur au contrôle des prestataires de services mais essentiel au bon fonctionnement des systèmes de santé, est la disponibilité de l'information pour les patients à propos de la santé et du système de santé. Pour pouvoir bénéficier des programmes disponibles, les gens doivent savoir qu'ils existent et comment les utiliser". Or, ces connaissances en matière de santé ("Health literacy") manquent chez les personnes exclues socialement et les groupes les moins éduqués.

Pistes

Dans la formulation d'une politique de santé publique visant à stimuler l'émergence d'outils facilitant la communication entre médecins généralistes et patients d'origine étrangère, une segmentation doit de toute évidence être effectuée entre les différents besoins des médecins et des patients.

- Dans le cas des médecins, certains praticiens sont régulièrement confrontés à des patients d'origine étrangère, sont déjà sensibilisés à la question et ont donc des demandes précises (en matière d'interprètes et

17 *"Vers des soins de santé interculturels: Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques."*

d'outils favorisant le dialogue comme les brochures ou les DVD). D'autre praticiens sont confrontés de manière irrégulière avec ce type de patients et sont actuellement peu sensibilisés à la nécessité d'une prise en charge spécifique.
- Dans le cas de patients, il faut clairement distinguer deux catégories de besoins très différentes. La première porte sur les patients éduqués et alphabétisés qui sont informés en matière de santé et ont besoin en priorité d'une traduction pour s'orienter dans le système de santé et comprendre les instructions des médecins. La seconde concerne les personnes socio-culturellement défavorisées, peu ou pas alphabétisées, pour qui le problème de la langue s'ajoute à une méconnaissance de la maladie et de la santé en général. Dans leur cas, une simple traduction ne suffit pas et les outils utilisés par les médecins généralistes doivent être adaptés à un public qui ne lit pas ou peu.

Parmi les stratégies envisageables, les suivantes pourraient être considérées (elles sont citées dans un ordre croissant allant de la perspective à court terme à la perspective à long terme).

La sensibilisation

D'emblée, la sensibilisation de la profession à la prise en charge de patients d'origines culturelles différentes s'impose comme un préalable à toute stratégie. Cependant, les habitudes de travail nécessitent un processus d'adaptation des mentalités qui prend du temps. On pourrait quand même imaginer une évolution des pratiques en médecine générale semblable à celle que l'on a connue dans le domaine de la prévention. Au départ, de nombreux praticiens estimaient que ce travail n'était pas de leur ressort – c'est encore partiellement le cas aujourd'hui – mais la thématique fait aujourd'hui l'objet d'une partie du site internet de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). Cette dimension est portée par Promo Santé et Médecine Générale, une asbl née en 2005 du partenariat entre la SSMG et la Fédération des maisons médicales.

A l'image de ce qui s'est fait pour le développement de la pratique préventive en médecine générale, les organisations scientifiques représentatives de la profession (SSMG en partie francophone, Domus Medica en partie néerlandophone) pourraient jouer un rôle moteur utile dans cette sensibilisation à la dimension interculturelle dans les soins de santé.

En attendant la mise en place d'une sensibilisation large, une stratégie de conseils pratiques et simples à diffuser auprès des médecins généralistes pourraient être mises en place (voir Annexe 1).

Le soutien

Le moyen le plus concret de faciliter le dialogue ente médecins généralistes et patients d'origine étrangère passe certainement par le renforcement des systèmes d'interprétariat.

- Le coût est un élément déterminant. Dans certains pays, l'accès est totalement gratuit (Australie), dans d'autres pays, le coût de cet accès est très élevé et entraîne une sous-consommation du service (Suisse). Aux Pays-Bas, les autorités publiques ont dans un premier temps assuré le financement public des services d'interprétariat avant d'y mettre fin en janvier 2012.
- Les professionnels de soins doivent être formés à l'utilisation d'interprètes formels pour éviter que le patient n'ait des craintes quant au respect de la confidentialité et à la fiabilité de la traduction (voir annexe 2).

- Les systèmes d'interprétariat à distance permettront de résoudre pas mal de problèmes logistiques: cela permet un service centralisé, avec pour conséquence l'augmentation du nombre de langues disponibles, de la rapidité d'intervention et l'extension des plages horaires d'accès (l'idéal étant de disposer d'un service prestant 7 jours sur 7 et 24 H sur 24).

L'information

Actuellement, en Belgique, les médecins ne disposent pas de ressources permettant de trouver facilement des informations dans ce domaine. Il n'existe pas de sites dédiés ou consacrés, en tout ou en partie à cette matière.

Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) ne produit pas de connaissances en la matière et les organisations ou publications scientifiques belges n'ont pas encore prise d'initiatives dans ce domaine comme c'est le cas aux Pays-Bas (voir Annexe 3). Au niveau académique, il n'existe que de rares exemples de recherches menées dans le cadre de la prise en charge de patients d'origine étrangère (voir annexe 4).

Le besoin concerne aussi bien les informations générales sur la spécificité de la prise en charge de patients d'origine étrangère, l'information scientifique proprement dite (adaptation des traitements ou pathologies moins connues), les formations disponibles, les personnes-ressources ou organismes de références. La mise à disposition sous forme d'un site Web est la formule qui revient le plus souvent dans les demandes du monde médical qui privilégie la piste de l'information à la demande plutôt que la formation obligatoire.

La production d'informations scientifiques pourrait être diffusée à travers des canaux déjà existants comme:

- Les sites de la SSMG (*http://www.ssmg.be*) et de Domus Medica (*http://www.domusmedica.be*).
- La plateforme web EBMPracticeNet (*http://www.ebmpracticenet.be*) qui fournit gratuitement un guide de bonne pratique couvrant un grand nombre de problèmes de santé et adaptée au contexte des soins en Belgique. Soutenue par l'Inami depuis 2010, elle est développée par le Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine (CEBAM) en collaboration avec les producteurs belges d'EBM et le Conseil national pour la Promotion de la Qualité (CNPQ).

La production de matériel adapté

C'est sans doute la demande qui revient le plus souvent lorsqu'on consulte les médecins généralistes. C'est également sans doute l'opération la plus susceptible d'être mise en œuvre dans un délai assez court étant donné les ressources déjà existantes, en Belgique ou à l'étranger, de documents ciblés spécifiquement sur la pratique de médecine générale ou de documents qui peuvent être adaptés à celles-ci.

L'expérience dans d'autres pays, comme la Suisse, incite cependant à établir des guidelines afin de garantir la qualité de la production des documents et une bonne adaptation aux besoins des médecins et/ou des patients.

La formation

Actuellement, il existe peu de formation universitaire des futurs médecins aux approches interculturelles et transculturelles, sous-tendues par l'anthropologie, notamment en raison du fait qu'actuellement, le monde scientifique a tendance à considérer que tout ce qui ne relève pas du diagnostic est du domaine des intervenants sociaux.

Aux Etats-Unis ou aux Pays-Bas, la sensibilisation aux différences culturelles et les spécificités de la prise en charge des patients d'origine étrangère font désormais partie du cursus obligatoire. Aux Pays-Bas, un coordinateur dédié à la diversité introduit d'ailleurs cette dimension dans les différentes matières. En Belgique, l'introduction de ce type de formation devrait s'effectuer par l'intermédiaire des Centres Universitaires de Médecine Générale.

La formation continuée pourrait être confiée à des partenaires experts dans ce domaine via des structures comme les dodécagroupes de la SSMG ou les groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM). Ces groupes de formation continue se réunissent une dizaine de fois par an pour aborder un sujet de leur pratique. La participation des médecins généralistes aux formations dans ce domaine serait évidemment encouragée par l'inscription de cette thématique dans les domaines donnant accès au système d'accréditation.

Un cadre de santé publique

Si certains états ont déployé une stratégie de prise en charge adaptée des patients d'origine étrangère dans une optique de santé publique, seuls les Etats-Unis ont mis sur pied un système de certification permettant de l'évaluer.

Ils ont introduit depuis 2000 des standards CLAS (Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health and Health Care) visant à réduire les inégalités dans l'accès aux soins de santé en améliorant leur accessibilité aux personnes d'origine étrangère. A l'heure actuelle, six états américains appliquent entièrement ou partiellement ces standards à tout le personnel médical de leurs établissements de soins.

Quinze domaines d'intervention prioritaires ont été explorés. On y retrouve notamment l'adaptation des soins aux besoins des patients en fonction des différences culturelles, le travail sur la gouvernance et les ressources humaines, la communication et le recours à l'aide linguistique, la motivation et l'évaluation. Certains états, comme le New Jersey, imposent également une formation aux différences culturelles dans le cursus universitaire. Lorsqu'il n'a pas été accompli, il doit être réalisé grâce à une formation continuée. Il s'agit de modules de quelques heures seulement.

ANNEXE 1

A retenir lorsqu'on ne partage pas la même culture

- Depuis combien de temps la personne est-elle en Belgique?
- Quel est son pays d'origine?
- Quelle est sa langue maternelle?
- La personne parle-t-elle le Français?
- A-t-elle de la famille ou des connaissances en Belgique?
- Le patient serait-il plus à l'aise avec un professionnel du même sexe?
- Si possible travailler avec un interprète de confiance. L'interprète médiateur est d'abord un 'passeur de mondes'.
- Garder à l'esprit que vous vous adressez à une personne d'une autre culture qui, pour cette raison, peut interpréter des événements et des sentiments d'une autre manière.
- Tenir compte des croyances du patient pour formuler la cause du problème.
- Toujours demander: comment, chez vous, ce que vous vivez comme souffrance aurait été traité; qu'auriez-vous fait dans votre pays? qui seriez-vous allé consulter?
- Tenir compte du rôle de la famille dans la décision de prise en charge.
- Prendre en compte le support que le patient peut ou non trouver dans sa communauté d'origine qui pourrait contribuer à la solution (religion, amis, personnes de référence dans la communauté).
- Le patient comprend-il bien le sens du diagnostic et du traitement?
- Le patient utilise-t-il des traitements alternatifs?
- Essayer de donner aux entretiens un cadre apaisant.
- Créer un lien: essayer d'être à la distance adéquate entre 'se mettre à la place de' et la distance froide.
- Devant des comportements apparemment singuliers ou incompréhensibles, ne pas d'emblée interpréter ceux-ci en les attribuant à la différence culturelle.
- Se demander comment, si nous vivions dans les mêmes conditions que la personne, nous réagirions.
- Un comportement, une attitude incompréhensible à nos yeux, peuvent être dus à des problèmes juridiques, sociaux ou pratiques de la vie quotidienne, et non liés à la différence culturelle. Identifiez les besoins des personnes.
- Trouver des similitudes entre soi et l'autre pour diminuer l'étrangeté et éviter que la personne ne se sente encore davantage exclue.
- Essayer de vous appuyer sur les compétences des personnes. La reformulation affirmative ouvre le champ des possibles.
- Etre au clair avec ses propres référents culturels et éventuelles appartenances multiples. Aider la personne à concilier la double appartenance si elle se sent entre deux chaises inconciliables en apparence.

In "L'accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés. Repère pour les professionnels de la santé mentale". Institut Provincial d'Orientation et de Guidance, Paul Jacques, Cliniques de L'Exil. 2008.

ANNEXE 2

Working with Interpreters
Things to keep in mind when working with interpreters:

- Expect and allow interpreters to introduce their role and responsibilities to you, and in the other language to your client
- Whenever possible, provide background information for the interpreter to become familiar with the subject matter
- You will need extra time when working with an interpreter
- Avoid long, complex sentences, do not use slang, idiomatic expressions, highly technical vocabulary or jargon (when possible)
- Speak clearly, loudly and at a moderate pace
- Talk directly to your client/patient not to the interpreter
- Don't ask the interpreter for his/her opinion
- For long assignments, provide a break as accuracy declines with time (simultaneous after 30 minutes, consecutive after 2 - 2 1/2 hours)
- Pause frequently to allow the interpreter to render all the information
- Be aware of non-verbal communication
- Encourage the interpreter to clarify terms
- Some words don't have an exact translation into the foreign language; the interpreter would have to provide an explanation of the term, which does not mean he/she is adding information, feel free to clarify if in doubt.
- Don't expect the interpreter to know more about a client's background than you do
- Don't say anything in front of the client that you don't want interpreted
- Expect the interpreter to use tools such as dictionaries and note pads
- Be aware of possible administrative necessities – signing forms, filling out feedback forms etc.

http://accessalliance.ca/interpreterservices/request/working

ANNEXE 3

"Over de Grens"Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157

Sommaire

- Waarom in achterstandswijken zo weinig gedronken wordt
- Verhoogd risico op invasief melanoom met TNF-remmer bij reuma
- Type virus beïnvloedt beloop voetzoolwratten
- Therapie achter tralies helpt met stoppen met roken
- Eén gezondheidsboodschap tegen hart- en vaatziekten en kanker
- Zelfde behandelingsuitkomst in en buiten trial
- Langere ligduur en vaker heropnames bij etnische minderheidsgroepen
- Verschuiving doodsoorzaak nierpatiënten op de lange termijn
- Patiëntgericht én cultureel competent
- Gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen
- Vertrouwen van Turkse en Arabische allochtonen in hun oncoloog
- Depressie bij allochtonen in de spreekkamer
- Middellandse Zeekoorts: mis het niet
- Beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten van allochtone herkomst
- Import van infectieziekten uit Oost-Europa
- Chronische ziekten bij allochtonen
- Culturele diversiteit in voeding en overgewicht
- Een Colombiaanse vrouw met ferriprieve anemie
- Etnische farmacogenetica
- Etnische herkomst van patiënten blijft belangrijk
- Geneeskundeonderwijs over etnische diversiteit in de zorg

ANNEXE 4

"Diabetes en vasten tijdens de Ramadan: een observationeel onderzoek onder Turkse migranten in België"

Peeters B, Mehuys E, Van Tongelen I, Van Bever E, Bultereys L, Avonts D, Yıldız G, Remon JP, Boussery K.

Source

Pharmaceutical Care Unit, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ghent University, Harelbekestraat 72, B-9000 Ghent, Belgium. b.peeters@ugent.be

Abstract

AIMS:
To investigate (i) Ramadan participation, (ii) provision of Ramadan-related advice by healthcare providers, (iii) medication use during Ramadan fasting among Turkish migrants with diabetes in Belgium.

METHODS:
This pilot observational study was conducted among a convenience sample of 52 Turkish migrants with diabetes in Belgium. Two questionnaires collected information on socio-demographic characteristics, diabetes-related characteristics, current hypoglycaemic medication with dosing regimen, participation in the past Ramadan, reasons for (non-)participation, use of hypoglycaemic medication during the past Ramadan, advice from their healthcare providers about fasting during Ramadan and follow-up of this advice.

RESULTS:
Sixteen patients (31%) had fasted during the past Ramadan. Main reason for Ramadan participation was reinforcement of faith (12/15), while the main reason for non-participation was having diabetes (34/36). About 56% of the study population had received recommendations from their healthcare provider(s) about fasting and diabetes during Ramadan. The most commonly provided advice was not to participate in Ramadan, followed by modification of drug therapy. Only 3 patients ignored the advice of their health professionals. In addition, only 60% of those who actually fasted received recommendations about intake of diabetes medication during the Ramadan. Most fasters continued their medication dose unchanged (87% of OHA users and 80% of the insulin users).

CONCLUSIONS:
This pilot study found a low prevalence of Ramadan fasting among Turkish migrants with diabetes in Belgium. We also found that provision of advice by healthcare providers could be improved. Larger scale studies are warranted to confirm these findings.

Copyright © 2012 Primary Care Diabetes Europe. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

SYNTHÈSE

Lors d'une consultation, il existe une différence de perspective entre le médecin généraliste et son patient. Deux regards différents peuvent se poser sur un même problème de santé mais ces deux regards peuvent n'en voir que partiellement la même chose. Parfois, cette discordance s'accentue encore quand le patient est d'origine, de langue ou de religion différentes.

Ce rapport constitue un état des lieux de la littérature, des pratiques et des outils existants sur le terrain, en Belgique et ailleurs, qui peuvent aider le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne.

Parmi ces pratiques et outils visant à faciliter le dialogue, on retrouve le recours aux intermédiaires (médiateur interculturel, médiation par ordinateur, services de traduction/interprétation,…), les formations (universitaire et continuée), les sites web de références et les brochures d'information.

Si, à l'étranger, les initiatives se révèlent plus structurées, la Belgique semble manquer de systèmes d'interprétariat à destination de l'ensemble des médecins généralistes, de formations spécifiques à l'interprétariat dans le domaine de la santé, d'outils de traduction on line à destination des médecins généralistes, d'outils d'aide à la communication spécifique à la consultation, de documents relatifs à la relation de soin dans la langue du patient, de formations et formations continuées à l'inter/transculturalité dans toutes las facultés de médecine et ailleurs, de sites web et publications centrés sur l'accompagnement de patients d'origines étrangères,…

En fait, il ressort, en filigrane de cet inventaire, qu'en Belgique, on n'a jamais vraiment développé de stratégie globale par rapport à la prise en charge des personnes d'origines, de langues ou de religions différentes. Celle-ci semble encore trop souvent laissée au bon vouloir de médecins généralistes motivés ou d'acteurs associatifs qui développent des actions ponctuelles.

Ce rapport illustre toute l'importance de sensibiliser l'ensemble des médecins généralistes et de les soutenir dans ce dialogue inter/transculturel qui constitue sans conteste l'un des défis de la société d'aujourd'hui.

SAMENVATTING

Tijdens een consultatie hebben de huisarts en de patiënt elk hun eigen perspectief en die perspectieven kunnen verschillen. Wanneer twee mensen naar eenzelfde gezondheidsprobleem kijken, zien ze vaak maar gedeeltelijk hetzelfde. Bij patiënten met een andere origine, taal of godsdienst, blijkt dit verschil in visie nog groter.

Dit rapport biedt een overzicht van de literatuur, de praktijken en de bestaande hulpmiddelen op het terrein – zowel in België als in het buitenland – die de huisarts kunnen helpen in zijn dagelijkse praktijk.

Er bestaan heel wat middelen en manier om de interculturele dialoog te bevorderen. Zo zijn er bemiddelaars (interculturele bemiddelaars, bemiddeling via een computer, vertaal- en tolkdiensten), opleidingen (universitair en navormingen), informatieve websites en brochures.

In het buitenland blijken de initiatieven in dit verband talrijker en beter gestructureerd dan in België. Zo lijken hier geen tolkdiensten te zijn die ter beschikking staan van het hele huisartsencorps, zijn er geen specifieke opleidingen voor tolk- en vertaaldiensten in de gezondheidszorg en ontbreekt het aan online vertaalprogramma's voor huisartsen. Ook missen we communicatiehulpmiddelen specifiek voor dit type consultaties, documenten over de zorg en de zorgrelatie opgesteld in de taal van de patiënten, opleidingen en navormingen in de inter- en transculturaliteit aan de faculteiten geneeskunde en elders, websites en publicaties over het begeleiden van patiënten van andere origine, enz
Uit deze inventaris blijkt dat België nooit een echte globale strategie heeft ontwikkeld voor de zorg voor patiënten van andere origine en met een andere taal en religieuze overtuiging. In de praktijk blijkt alles vooral te berusten op de goede wil van gemotiveerde huisartsen en van actoren uit het verenigingsleven die punctueel activiteiten ontwikkelen.

Dit rapport toont duidelijk aan hoe belangrijk het is om alle huisartsen te sensibiliseren en om hen ondersteuning te bieden bij de inter- en transculturele dialoog, die ontegensprekelijk een van de grootste uitdagingen vormt voor onze moderne samenleving.

Fondation
Roi Baudouin

Agir ensemble pour une société meilleure

www.kbs-frb.be

Vous trouverez davantage d'informations au sujet de nos projets, de nos manifestations et de nos publications sur www.kbs-frb.be.

Une lettre d'information électronique vous tient au courant.
Vous pouvez adresser vos questions à info@kbs-frb.be ou au 070-233 728

Fondation Roi Baudouin,
rue Brederode 21, B-1000 Bruxelles
02-511 18 40
fax 02-511 52 21

Les dons de 40 euros ou plus versés sur notre compte
IBAN: BE10 0000 0000 0404
BIC: BPOTBEB1
sont fiscalement déductibles.

La Fondation Roi Baudouin est une fondation indépendante et pluraliste, active en Belgique et au niveau européen et international. Nous voulons apporter des changements positifs dans la société et, par conséquent, nous investissons dans des projets ou des individus propres à en inspirer d'autres.

En 2012, nous avons notamment soutenu 1.700 organisations et individus pour un montant total de 22 millions d'euros. Mille sept cent trente personnes dans des jurys indépendants, des groupes de travail et des comités d'accompagnement ont mis bénévolement leur expertise à disposition. La Fondation organise également des débats sur d'importants thèmes sociétaux, communique les résultats de la recherche dans des publications (gratuites), noue des partenariats et stimule la philanthropie 'via' la Fondation Roi Baudouin et non 'pour' elle.

La Fondation a été créée en 1976, à l'occasion des 25 ans de règne du Roi Baudouin.

Merci à la Loterie Nationale et à tous les donateurs pour leur précieux soutien.

Suivez-nous sur

Améliorer le dialogue entre médecins généralistes et patients d'origine étrangère
Aperçu des outils existants

dans le cadre du Réseau d'écoute première ligne de soins

pub n° 3188

Fondation
Roi Baudouin

Agir ensemble pour une société meilleure

www.kbs-frb.be

Suivez-nous sur