

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2025

N° : 13

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention **MÉDECINE GÉNÉRALE**

PAR

Binta DIALLO

Née le 10/08/1995 à Paris (75)

**Étude qualitative du raisonnement médical en cas de
prise en charge de patients d'origine non-Européenne**

Président de thèse : Jean-Christophe WEBER, Professeur

Directeur de thèse : Antoine MAHÉ, Professeur



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition JANVIER 2025
Année universitaire 2024-2025

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
Mme CHARLOUX Anne
M. GERLINGER Pierre
M. LUDÉS Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. HENNI Samir

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle HépatO-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CARAPITO Raphaël	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Laboratoire d'Immunologie Biologique / NHC	47.03 Immunologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme DISSAUX Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital de Haute-pierre	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme GALLI Elena	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

NOM et Prénoms	CS ⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
TACQUARD Charles-Ambroise	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
Mme ZALOSZYC Ariane	NRPô NCS	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSP : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
COUTELLE Romain	NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
HABERSETZER François	Adjoint	• Pôle Hépto-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme Ayme-Dietrich Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BIGAUT Kévin		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LE BORGNE Pierrick		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service des Urgences Médico-Chirurgicales Adultes / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
LEVY Michaël		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation Pédiatrique Spécialisée et de Surveillance Continu / HP	54.01 Pédiatrie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MERDJI Hamid		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Médecine Intensive et Réanimation / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
TODESCHI Julien		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme DEGIORGIS Laëticia	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
M. DILLENGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
 Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
 Pr Ass. GUILLOU Philippe
 Pr Ass. HILD Philippe
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
 Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
 Dr GIACOMINI Antoine
 Dr HERZOG Florent
 Dr HOLLANDER David
 Dr MERLE
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr BAYLE Eric	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service des Urgences Médico-Chirurgicales Adultes / HP
Dr BOHBOT Alain	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / HP
Dr BRINKERT David	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP
Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hauteplaine
Dr URSENBACH Axel	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Trait d'Union / NHC
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCCO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - ROUL Gérald (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LONGDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MAZZUCOTELLI Jean-Philippe (Chirurgie cardio-vasculaire) / 20.09.24
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Pierre (Biostatistiques, Informatique méd.) / 01.09.10
BRUANT-RODIER Catherine (Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale) / 01.07.24	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
BURSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PINGET Michel (Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie) / 01.09.19
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	POTTECHER Thierry (Anesthésie-réanimation) / 01.09.18
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHNEIDER Francis (Réanimation médicale) / 01.09.24
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
KREMER Michel / 01.05.98	VETTER Denis (Méd. Interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères et mes consœurs ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes, les femmes, mes confrères et mes consœurs m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury

Au Président du Jury, Mr le Professeur Jean-Christophe WEBER, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'évaluer mon travail et de Présider le Jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

À mon directeur de thèse, le Pr Antoine MAHÉ, merci pour vos éclairages précieux et d'avoir accepté d'encadrer cette thèse. Votre disponibilité tout au long de ce travail et nos nombreux échanges m'ont permis de continuer malgré mes moments de doutes.

À la Dr Camille LÉPINE, pour l'intérêt que tu as su montrer pour mes projets durant mon internat et désormais pour ce sujet de thèse. Tu auras su accompagner notre groupe de tutorat avec bienveillance, tout en nous transmettant de précieux enseignements. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce Jury.

Aux participant.e.s de cette étude

Merci pour vos témoignages et le temps que vous m'avez accordé. L'ensemble de vos vécus m'ont marqué, touché et accompagne mes réflexions personnelles ainsi que ma pratique professionnelle.

Remerciements personnels

Les personnes rencontrées tout au long de mon parcours et les expériences vécues ont été riches et profondément épanouissantes. Merci aux enseignant.e.s, médecins, co-internes et surtout ami.e.s qui ont su me faire grandir (et surtout rire).

À tous les cousins, cousines et surtout oncles et tantes qui, même s'ils sont loin et dispersés aux quatre coins du monde, ont tous fait partie de ce long chemin.

À cette rencontre dans le « far west » guyanais qui s'est transformée en **cocon**. Une rencontre si précieuse qui nous permet d'accomplir de belles choses. P.S. : merci à ta famille de m'avoir aussi bien accueilli (et nourri !) durant toute cette année de thèse.

À ma sœur et à mes parents qui ont toujours été d'un soutien infailible et que j'admire tant. Votre capacité à me rappeler qu'il faut apprendre à voir avec son cœur inspire mes engagements personnels.

À chacun et chacune : toutes vos transmissions font de moi la médecin que je suis et la femme que je deviens.

« Il faudrait toujours chercher à comprendre notre prochain. Si nous existons, il faut admettre que, lui aussi, il existe »

*Amadou Hampâté Bâ –
Sur les traces d'Amkoulél, l'enfant peul*

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	19
ABRÉVIATION	20
PRÉAMBULE.....	21
I. INTRODUCTION	23
A. CONTEXTUALISATION DE L'ETUDE	23
B. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE NOTRE ETUDE	29
II. MATERIEL ET METHODES	30
A. TYPE D'ETUDE	30
B. POPULATION D'ETUDE.....	30
C. PROCEDURE DE RECRUTEMENT	30
D. RECUEIL DES DONNEES	31
E. ANALYSE DES DONNEES	32
F. METHODOLOGIE DE LA BIBLIOGRAPHIE	33
G. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	34
a) <i>Soumission au Comité informatique et liberté et au Comité d'Éthique</i>	<i>34</i>
b) <i>Formulaire de consentement</i>	<i>34</i>
c) <i>Anonymisation</i>	<i>35</i>
H. CONFLITS D'INTERETS.....	35
III. RESULTATS	36
A. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	36
B. ANALYSE DES RESULTATS	37
1) LA COMMUNICATION DANS LE SOIN : UN VOLET MAJEUR	37
a) <i>La langue, un pont important</i>	<i>37</i>
b) <i>Le regard des médecins sur les systèmes d'interprétariat</i>	<i>39</i>
c) <i>La « barrière de la langue » : une limite superficielle ?.....</i>	<i>42</i>

2)	LE POIDS DE FACTEURS MULTIPLES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS D'ORIGINE NON-EUROPÉENNE	44
a)	<i>Les facteurs culturels</i>	44
b)	<i>Les facteurs socio-économiques</i>	46
c)	<i>Les spécificités du médecin</i>	47
d)	<i>Les spécificités territoriales</i>	51
3)	LES MECANISMES DU RAISONNEMENT MEDICAL A L'ÉPREUVE DES BIAIS COGNITIFS	53
a)	<i>Des biais cognitifs multiples</i>	53
b)	<i>Les caractéristiques du patient comme influence sur le raisonnement médical</i>	57
4)	LES CONSÉQUENCES SPÉCIFIQUES DE CES FACTEURS SUR LA SANTÉ DES PATIENTS D'ORIGINE NON-EUROPÉENNE	60
a)	<i>À l'échelle individuelle</i>	60
b)	<i>À l'échelle systémique</i>	62
5)	LA REMISE EN QUESTION DU MÉDECIN FACE À DES SITUATIONS CLINIQUES DYSFONCTIONNELLES	63
a)	<i>Percevoir ses propres limites</i>	63
b)	<i>Un soignant riche de solutions</i>	65
c)	<i>L'intégration de sources de formations multiples</i>	67
d)	<i>Le cheminement du médecin au travers de ces situations cliniques dysfonctionnelles</i>	70
IV.	DISCUSSION	72
A.	SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	72
B.	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	75
a)	<i>Les forces de l'étude</i>	75
b)	<i>Les limites et biais de l'étude</i>	76
C.	CONFRONTATION AUX DONNÉES DE LA LITTÉRATURE	78
1.	INTERPRÉTARIAT ET MÉDIATION CULTURELLE EN SANTÉ	78
a)	<i>Impact des barrières linguistiques dans la prise en charge des patients</i>	78
b)	<i>Des modes de communication variés pour pallier les barrières linguistiques</i>	79
c)	<i>La médiation culturelle : une traduction multimodale</i>	82
2.	UNE APPROCHE GLOBALE DES DÉTERMINANTS DE SANTÉ DES PATIENTS D'ORIGINE NON-EUROPÉENNE.....	83

a) <i>Médecin et patient : une double intégration culturelle</i>	83
b) <i>Des déterminants sociaux essentiels</i>	85
c) <i>Spécificité en santé dans les territoires d'outre-mer</i>	87
3. L'ÉVALUATION DE NOS BIAIS COGNITIFS SOUS LE PRISME DE L'ORIGINE DU PATIENT	89
a) <i>L'existence d'une « spécificité de l'erreur ethnique » ?</i>	89
b) <i>Stérotypes en santé, l'évolution possible vers des soins discriminants</i>	92
4. REMANIEMENT DE NOS SYSTEMES DE RAISONNEMENT ET TRANSCULTURALITE DANS LE SOIN	94
a) <i>Prendre de la distance pour percevoir le risque d'erreurs</i>	94
b) <i>La place du questionnement dans les soins interculturels</i>	95
D. OUVERTURES ET PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE.....	97
1. RÉALISATION DE TRAVAUX SCIENTIFIQUES COMPLÉMENTAIRES.....	97
2. FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	98
3. ORGANISATION DE NOS PRATIQUES ET DE L'OFFRE DE SOINS.....	99
V. CONCLUSIONS	101
ANNEXES	104
<i>Annexe 1 – Message explicatif à destination du recrutement des participants</i>	104
<i>Annexe 2 – Guide d'entretien initial</i>	105
<i>Annexe 3 – Guide d'entretien final, modifié après le 3^e entretien</i>	106
<i>Annexe 4 – Arbre de codage Logiciel MAXQDA</i>	109
<i>Annexe 5 – Déclaration de conformité à la CNIL</i>	112
<i>Annexe 6 – Fiche d'information</i>	113
<i>Annexe 7 – Formulaire de consentement</i>	114
<i>Annexe 8 – Grille d'analyse méthodologique selon les lignes directrices COREQ</i>	115
BIBLIOGRAPHIE.....	117

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX :

Tableau 1 : Déclaration d'un traitement défavorable par le personnel médical et motifs évoqués parmi l'ensemble des enquêtés, Analyse de l'enquête TeO, INED-INSEE, 2008.....	26
Tableau 2 : Caractéristique de la population d'étude.....	36
Tableau 3 : Les biais cognitifs au cœur de situations cliniques dysfonctionnelles dans la prise en charge des patients d'origine non-Européennes.....	74

FIGURES :

Figure 1 : Effectif des immigrés et part dans la population française depuis 1911.....	14
Figure 2 : La construction des biais cognitifs, les conséquences pour le patient d'origine non-Européenne et la réflexivité des médecins.....	63

ABRÉVIATION

COREQ : COnsolidated Criteria for Reporting Qualitative Research, traduit en français par

« *Critères de Qualité de Rédaction d'une recherche Qualitative* »

DHBNN : Dermo-Hypodermite Bacterienne Non Nécrosante

DOM¹ : Départements d'Outre-Mer

DROM-COM : Départements Régions d'Outre-Mer – Collectivités d'Outre-Mer

HAS : Haute Autorité de Santé

IRDES : Institut de recherche et d'information en Économie de la Santé

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MSF : Mutilations Sexuelles Féminines

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UNESCO : United Nations Education, Scientific and Cultural Organization, traduit en français

par « *Organisation des Nations Unis pour l'Éducation, la science et la culture* »

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMA : Procréation Médicalement Assistée

WONCA : World Organization of Family Doctors

¹ L'appellation DOM-TOM n'a aujourd'hui plus de valeurs juridiques. Une réforme constitutionnelle de 2003, ayant remplacé le nom des Départements d'Outre-Mer et Territoires d'Outre-Mer (DOM-TOM) par les Départements ou Régions français d'Outre-Mer (DROM) et les Collectivités d'Outre-Mer (COM). LOI constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République

PRÉAMBULE

Notre étude se focalise sur le partage de consultations vécues par des médecins avec des patients d'origine non-Européenne. Une distinction étant faite sur l'origine des individus pris en charge par les soignants, il nous semble important d'étayer ce choix distinctif.

Nous sommes conscients que la République française considère chaque individu sans tenir compte de son origine ou de sa religion. Mais ayant constaté, dans notre parcours professionnel, l'impact possible de la prise en compte de l'origine des individus dans le domaine de la santé, il nous a semblé essentiel de pouvoir explorer le regard d'autres soignants sur ce ressenti.

Afin de décrire les déterminants en santé qui impliquent l'origine du patient, nous avons mené une réflexion importante sur le choix des mots utilisés et leur sémantique. Dans cette étude, nous n'utiliserons donc pas le terme « race ». La « race » renvoie en effet à un groupe prétendument homogène et uniforme d'individus qui partagent une même apparence physique ainsi qu'un fonctionnement biologique perçu à tort comme identique :

« La « race », selon ces attendus, s'inscrit donc à un double titre dans ce que nous estimons relever de la nature ; elle apparaît comme une naturalisation de la différence, ou comme une interprétation biologisante de l'identité. »²

Nous avons privilégié l'usage du terme « ethnique ». Il permet de se référer à des groupes différents d'individus partageant des croyances et une langue commune en constituant des sociétés diverses au sein d'un même pays et ce sur l'ensemble des continents :

² BONNIOL, Jean-Luc. Catégorisations raciales, entre social et biologique. L'apport des sciences humaines et sociales. DU Médecine de la diversité. Année universitaire 2020-2021.

« On entend par là l'appartenance à un groupe qui se distingue soit par le lignage, ce qui renvoie à la génétique des populations ; soit par l'origine géographique ; soit par d'autres traits (langage, mode de vie, religion) qui sont parfois qualifiés d'ethniques. »³

Toujours dans un souci de sémantique, nous avons également privilégié l'usage du terme « France hexagonale » ou « Hexagone » afin de distinguer nos propos ou les lieux d'exercice des médecins interrogés entre le territoire continental français et les territoires d'outre-mer. Un terme que nous considérons comme plus neutre car il ne sous-entend aucune connotation de dépendance des territoires ultra-marins⁴. En effet, Olivier SERVA, député de Guadeloupe, rappelle dans son discours énoncé à l'Assemblée nationale le 23 mai 2023 la définition du terme « métropole » : *« Le Petit Robert dit : « La métropole c'est un territoire d'un État considéré par rapport à ses colonies »*. Une allocution ayant permis un changement au niveau institutionnel avec l'adoption par l'ensemble de l'hémicycle d'un amendement qui a permis de remplacer le terme « métropole » par « Hexagone » au sein d'un texte législatif.

Dans les propos qui vont suivre, nous avons donc essentiellement à cœur d'explorer la diversité des soignés. Le débat reste bien sûr ouvert quant à l'usage des mots les plus appropriés pour effectuer cette tâche.

³ WEBER, Jean-Christophe. Éthique d'une approche ethnique de la santé. DU Médecine de la diversité. Année universitaire 2020-2021.

⁴ Regarder par exemple la vidéo : « Pourquoi il ne faut plus dire France "métropolitaine" ? » de Jade TOUSSAY

I. Introduction

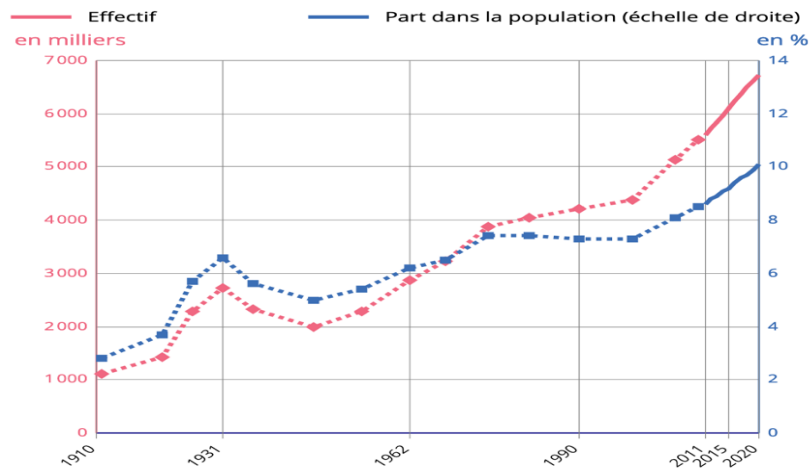
A. Contextualisation de l'étude

La France est un pays dont les origines de sa population sont diverses, du fait de l'étendue de son territoire au-delà de l'Hexagone, mais également des parcours migratoires internationaux. Le profil démographique de la France est donc en constante évolution, avec notamment une modification régulière de la répartition des immigrés vivants sur son territoire.

Il s'avère qu'avant le XIX^e siècle, les contrôles liés à l'immigration étaient quasi inexistants (3). C'est à partir du XX^e siècle que des accords sont établis avec d'autres États européens afin de recruter des travailleurs étrangers et de pallier le manque de main d'œuvre consécutif à la Première et à la Seconde Guerre mondiale (4). Le besoin de travailleurs étrangers s'accroît à partir de 1945 et, afin de contrôler leur recrutement, le Général de Gaulle crée l'Office National d'Immigration (ONI, devenu l'OFII en 2010) (3). Les populations immigrantes à cette période viennent alors majoritairement de pays européens voisins (Italie, Espagne, Portugal), mais également d'Algérie (5). À partir de 1974, du fait d'un contexte économique moins favorable en France, l'immigration liée au travail est suspendue. Seule l'immigration familiale et dans un contexte de demande d'asile est maintenue par le biais de l'État (3). La proportion des immigrés⁵ en France est autour de 7% jusque dans les années 1999, et constitue actuellement 10% de la population, en dénombrant les immigrés naturalisés français ou de nationalité étrangère (Figure 1) (6).

⁵ Définition de l'INSEE : « Un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Cela inclut les personnes ayant acquis la nationalité française, mais exclut les Français de naissance nés à l'étranger et résidant en France et les étrangers nés en France. Un immigré n'est pas nécessairement étranger et réciproquement. »

Figure 2: Effectif des immigrés et part dans la population française depuis 1911 (Insee)



Cette évolution s'accompagne d'une diversification des origines des populations immigrantes. Les flux migratoires en provenance du Maghreb, d'Asie (Laos, Vietnam) ou encore d'Afrique subsaharienne se développent, notamment dans un contexte postcolonial (7). En 2022, la répartition des immigrés en France est donc la suivante : 48% sont nés en Afrique, 33% en Europe, 14% en Asie et 6% en Amérique et en Océanie (8).

Le profil démographique des descendants d'immigrés, qui représentent 11% de la population en 2021 (9), est également à prendre en compte. Un descendant d'immigré étant défini comme suit : un individu qui est né en France avec au moins l'un des deux parents ayant immigré sur le territoire français. Ainsi, 43% des descendants d'immigrés de deuxième génération ont les deux parents qui sont immigrés, et le nombre de descendants d'immigrés originaires d'Afrique représente 45% de l'ensemble des descendants (9).

Mais au-delà de ces parcours migratoires, nous avons mentionné que l'étendue ultramarine du territoire français influençait la diversité des origines de la population. Une attention particulière a ainsi été portée sur la démographie de la population d'outre-mer présente, du fait de la situation géographique des DROM-COM, sur l'ensemble des continents. En 2022, la population ultramarine représente environ 4% de la population française totale (10), dont bon

nombre de traditions ancestrales sont inscrites au Patrimoine Culturel Immatériel de l'humanité à l'UNESCO (11).

Partant donc du constat d'une société française plurielle sur le plan démographique dont une partie des individus sont originaires d'un territoire extra-Européen, nous nous sommes attardés sur l'état de santé de ces populations. Tout d'abord, plusieurs études postulent que l'état de santé de la population immigrante se détériore au cours des années vécues sur le territoire d'accueil (12-14). Le *Healthy Migrant Effect*, constat généralement admis selon lequel ce sont les individus en bonne santé dans leurs pays d'origine qui entreprennent le parcours migratoire, permettrait initialement un meilleur état de santé à l'arrivée (15). Par la suite, des disparités en termes de santé par rapport à la population non immigrée sont observées, du fait notamment de l'impact des inégalités sociales impliquant des facteurs de vulnérabilité multiples (16-18).

L'analyse basée sur les résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) menée en 2006 et 2008 par l'IRDES, retrouve que les conditions socio-économiques ont un effet plus important sur les disparités en termes de santé dans la population immigrée de première et deuxième génération que dans le reste de la population française. Elle démontre que, si la population immigrée avait les mêmes caractéristiques socio-économiques ou le même accès au capital social que le reste de la population, ces disparités perçues en termes de santé diminueraient de 39% (19). L'ensemble de ces éléments suggèrent alors une forte corrélation entre les inégalités sociales observées et le vécu de disparités dans le soin parmi la population immigrante (16, 20). Afin de justement étudier les relations entre les trajectoires sociales des individus et l'impact que cela peut avoir sur l'accès aux biens et aux services de santé, l'INED en collaboration avec l'INSEE, a élaboré en 2008 l'enquête Trajectoires et Origines (TeO1) (21), renouvelée en 2019 (TeO2) (22). La population d'étude de ces deux enquêtes était un échantillon représentatif d'individus résidant en France et intègre : les immigrés, les personnes

originaires des DOM, les descendants de ces deux groupes et les natifs descendants de Français à la naissance (hors DOM) qui représentent la « population majoritaire » (23). Il s'avère alors que chez les individus originaires des DOM, il existe un renoncement aux soins plus marqué que dans la population majoritaire, avec l'existence d'un sentiment d'avoir été moins bien accueilli de la part du personnel médical. Ainsi, 5% des femmes natives d'un DOM expriment ce ressenti, qui est partagé par 8% des immigrées originaires d'Afrique subsaharienne. Comparativement, seul 1% des femmes immigrées venant du Portugal ou d'Espagne ont le sentiment d'avoir été moins bien reçues par un personnel soignant. Parmi l'ensemble des enquêtés, les motifs évoqués comme étant à la source de ce sentiment de soin différencié sont majoritairement : l'origine et la couleur de peau (24) (Figure 2).

Il est finalement montré que, parmi les populations immigrées et provenant des DOM, environ 20% des individus déclarent ressentir un moins bon état de santé, avec une probabilité plus forte d'exprimer ce ressenti comparativement à la « population majoritaire » (25).

Tableau 1 : Déclaration d'un traitement défavorable par le personnel médical et motifs évoqués parmi l'ensemble des enquêtés – Analyse de l'enquête Trajectoires et Origines, INED-INSEE, 2008

Pays ou régions de naissance	% qui déclarent avoir ressenti un traitement différencié	Nombre de motifs cités (%)			Motifs déclarés parmi ceux qui déclarent avoir ressenti un traitement différencié... (%)							Effectifs qui déclarent avoir ressenti un traitement différencié
		NSP	I	2 +	Sexe	État de santé	Couleur de peau	Origine	Code vestimentaire	Age	Autres motifs	
Population majoritaire	2	3	95	2	3	14	1	2	3	12	70	138
Afrique subsaharienne	6	18	57	25	2	4	47	34	2	0	25	120
Natifs d'un DOM	4	14	69	17	3	14	36	6	4	5	40	43
Turquie	4	12	81	7	0	5	0	50	5	0	36	46
Maghreb	4	14	79	7	0	4	2	51	5	5	25	115
Autres pays dont autres pays UE27	2	7	81	12	11	4	12	32	1	3	47	75
Asie du Sud-Est	2	13	76	11	0	4	14	43	0	11	26	28
Europe du Sud	1	13	74	12	0	14	0	19	12	0	54	27

C'est ainsi qu'au-delà des facteurs socio-économiques d'une population, l'impact de l'origine des individus peut avoir une place prépondérante dans les déterminants de santé (26-27). Tout comme l'expliquait Yazid SABEG, commissaire à la diversité et à l'égalité des chances en 2009 : « *la mesure de la diversité replace les origines dans l'ensemble des facteurs qui modifient l'accès aux biens de toute sorte,[...] dont la santé.* » (28). À la lumière de ces différents éléments, je me suis penchée sur mon propre parcours professionnel. Constatant alors la possibilité de m'être égarée dans la prise en charge de patients dont le phototype, la langue ou les représentations culturelles étaient différents des miens, du fait de l'interprétation erronée de paramètres touchant à la diversité.

Sur le plan de l'interprétation, et donc du raisonnement, il s'avère que nos décisions médicales sont le résultat de mécanismes cognitifs précis (29-30). Ces mécanismes sont eux-mêmes soumis à deux systèmes de raisonnement universel, chacun disposant de caractéristiques spécifiques tout en étant en relation constante (31). Explorer ces deux systèmes de raisonnement semblait alors pertinent. En effet, le premier système est décrit comme intuitif et inconscient. Il correspond à une prise de décision rapide mais facilement influencée par le contexte, les caractéristiques du patient ou le ressenti émotionnel du soignant. En étant donc peu coûteux mentalement, ce type de raisonnement peut être source d'erreur médicale du fait de l'existence de nombreux biais cognitifs (32). Parmi ces biais, certains prennent naissance à partir d'idées préconçues, sélectionnées de manière passive concernant le statut socio-économique d'un patient, mais également son sexe ou, justement, ses origines (33). C'est ainsi que, certaines situations cliniques impliquent un raisonnement plus lent et rationnel. Cela correspond au deuxième système qui correspond à une activation consciente du raisonnement, avec un apprentissage et une remise en question régulière de nos décisions (34). Il existe alors un continuum entre ces deux modes de raisonnement avec un état de veille constant du deuxième système sur le caractère intuitif du premier (33). Néanmoins, ce mode de surveillance n'est pas

parfait et reste sous l'influence de facteurs émotionnels ou physiques, ce qui ne le laisse pas insensible à des défauts d'interprétation de certains paramètres du patient (34).

Nous avons donc relevé que nos décisions médicales sont le résultat de mécanismes cognitifs complexes pouvant être source d'erreur et qu'en parallèle, il existe un sentiment de disparités en termes de santé au sein de la population, notamment d'origine non-Européenne, vivant en France. Au sujet de ces disparités en santé, l'OMS rappelle que : « *Toutes les personnes devraient jouir d'un accès à des services de santé de qualité et adaptés en temps opportun, sans être confrontées à la discrimination* » (35). À l'instar de cette organisation internationale, un des axes du nouveau « Plan national de lutte contre le racisme, l'antisémitisme et les discriminations liées à l'origine (2023-2026) » concerne la promotion de travaux de recherche permettant l'exploration des facteurs à l'origine des disparités dans le domaine de la santé (36). Il existe donc des objectifs internationaux de développement et d'amélioration de la santé pour l'ensemble des populations, en veillant à réduire les inégalités en santé (37-38).

B. Question de recherche et objectifs de notre étude

Notre question principale de recherche est la suivante : **Quels sont les mécanismes cognitifs en jeu en cas de prise en charge dysfonctionnelle de patients d'origine non-Européenne ?**

Nous formulons l'hypothèse que des biais cognitifs sont à l'origine de situations cliniques dysfonctionnelles, du fait d'erreurs dans l'interprétation de paramètres en lien avec la diversité ethnique des patients.

L'objectif principal de ce travail était d'identifier les biais cognitifs au sein de notre raisonnement médical qui vont impacter la prise en charge des patients d'origine non-Européenne. Nous nous intéresserons non seulement au déroulé de la consultation, mais également aux déterminants de santé bio-psycho-sociaux du patient ainsi qu'à la position du soignant dans ces situations cliniques.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les conséquences pour le patient de nos décisions médicales parfois dysfonctionnelles et d'explorer les mécanismes favorables à une prise en charge plus adaptée.

II. Matériel et méthodes

A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 11 médecins exerçant en France hexagonale et en DROM-COM.

B. Population d'étude

La population d'étude ciblait les médecins, en 3^e cycle d'études médicales (internes) ou déjà en exercice, toutes spécialités confondues. Le mode d'exercice pouvait être ambulatoire et hospitalier. La région d'exercice du médecin pouvait être en France hexagonale et en DROM-COM.

C. Procédure de recrutement

En étude qualitative, l'échantillonnage repose sur le principe de diversification de la population plutôt que sur sa représentativité statistique (39-40). Nous avons donc réalisé un échantillonnage intentionnel à variation maximale afin de recueillir une hétérogénéité concernant le vécu des participants. L'échantillonnage s'est basé sur le jugement de l'investigatrice et a été raisonné selon les critères sociodémographiques et professionnels des participants : leur âge ainsi que leur sexe, la spécialité, le statut (interne ou médecin déjà en

exercice), le mode d'exercice (cabinet libéral, centre de santé, CHU, autre hôpital), ainsi que le lieu d'exercice (en France hexagonale et en DROM-COM).

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat avec la diffusion d'un message explicatif sur les réseaux sociaux et par mail. Les premiers médecins contactés étaient connus de l'investigatrice et correspondaient aux critères sélectionnés. L'objectif, ensuite, était de permettre aux professionnels contactés de partager à leur tour le mail auprès de leurs propres réseaux et d'assurer un recrutement par « effet boule de neige » (41).

Il existe deux versions du message de recrutement : la première comportait les hypothèses de l'étude, une deuxième version plus neutre a donc été rédigée afin d'être largement diffusée. Les deux versions de ce message sont disponibles en Annexe 1.

D. Recueil des données

Le recueil des données s'est déroulé entre mars 2024 et septembre 2024 par entretien individuel semi-dirigé.

Une visioconférence a été réalisée pour chacun des entretiens.

Avant de débiter, le contexte de l'étude et leur droit à la rétractation étaient rappelés aux participants. L'accord oral et écrit était également recherché concernant l'enregistrement audio et la retranscription anonymisée de l'entretien.

Afin de disposer d'un fil conducteur, nous avons réalisé au préalable un guide d'entretien (42). Les trois premiers entretiens ont permis de tester un premier guide dont la question d'amorce s'est avérée trop orientée et pouvait influencer la réflexion des participants (Annexe 2). Nous avons donc par la suite élaboré un second guide avec une première question plus neutre. Le récit des participants est ainsi devenu plus fluide avec un abord spontané des

différentes thématiques de notre guide. La version finale de ce guide d'entretien est présentée en Annexe 3.

Le questionnaire quantitatif destiné à recueillir les caractéristiques socio-démographiques des participants a été réalisé à la fin de chaque entretien.

E. Analyse des données

Au total, 11 entretiens ont été réalisés et correspondent à 8 heures d'enregistrement audio. Chaque entretien a été retranscrit mot pour mot, sans correction des fautes linguistiques et en intégrant les temps de latence, les interjections, mais également les rires des participants, dans le but de conserver l'authenticité du discours. Cette retranscription a été réalisée par l'investigatrice sur un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word) avec anonymisation des récits, dont le rendu final correspond à un « verbatim ».

Après chaque retranscription, les verbatims ont été directement analysés de façon thématique et intuitive par l'investigatrice en se basant sur la théorisation ancrée (43). Le déroulé est présenté brièvement ci-dessous :

Une première relecture globale a été réalisée afin de se replonger dans le contexte de l'entretien et de noter les premières réflexions à l'état brut.

Lors de la deuxième lecture, nous avons procédé à l'identification de chaque élément porteur de sens au sein du discours du participant. L'élaboration du codage s'est alors appuyée sur ces unités de sens en attribuant à chaque segment de phrases une catégorie représentant l'idée principale véhiculée.

La dernière étape correspondait à une analyse axiale du verbatim afin de classer chacune de ces catégories (les codes) au sein d'un thème ou d'un sous-thème plus large.

Chaque analyse, évolutive et continue, des verbatims a permis d'enrichir progressivement les thématiques identifiées et d'élaborer un arbre de codage. Afin d'effectuer ce processus, l'investigatrice s'est appuyée sur le logiciel MAXQDA, un logiciel dédié à l'analyse qualitative des données. L'arbre généré à partir de ce logiciel ainsi que les occurrences du codage sont disponibles en Annexe 4.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire qu'aucun nouveau code n'a émergé au cours de notre analyse. La saturation des données a été atteinte au bout du 9^e entretien, 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmation.

Une triangulation des données avec analyse conjointe par le directeur de thèse et l'investigatrice a également été réalisée afin de favoriser une interprétation fiable de ces données.

F. Méthodologie de la bibliographie

La première phase de notre recherche avait pour but de prendre connaissance des données actuelles de la science sur notre sujet. Elle a permis de construire notre problématique et d'élaborer les questions de notre guide d'entretien. Au cours de l'analyse des résultats, une deuxième phase de recherche a permis l'interprétation de nos données et leur comparaison à la littérature internationale.

L'exploitation de différentes bases de données médicales et sociales a été réalisée en français et en anglais. Ces bases étaient essentiellement : PubMed, Sciences direct, EM Premium ; CAIRN, Persée ; le portail des thèses SUDOC, DUMAS et Archives Ouvertes HAL ; les bibliothèques universitaires.

Les principaux mots clefs utilisés, séparément ou en association, ont été : prise de décision, biais cognitifs, biais implicites, préjugés, obstacle à la communication, diversité culturelle, ethnie, attitude du personnel de santé, disparités en santé.

G. Aspects éthiques et réglementaires

a) Soumission au Comité informatique et liberté et au Comité d'Éthique

Une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a été réalisée en mai 2024 garantissant la conformité de l'étude à la norme MR-004 (Annexe 5).

Cette présente étude n'est pas concernée par la Loi Jardé.

Cette étude ne comporte pas de recueil de données sensibles auprès des participants, mais dans une volonté de publication, un avis consultatif du comité d'éthique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg a été sollicité.

b) Formulaire de consentement

Une fiche d'information a été envoyée à l'ensemble des participants avant chaque entretien (Annexe 6). Les informations de cette fiche étaient reprises oralement avant de débiter l'enregistrement.

L'accord écrit du participant était recherché avec l'envoi d'un formulaire de consentement signé par le participant et l'investigatrice (Annexe 7).

c) Anonymisation

Afin de respecter l'anonymat des participants, chaque entretien a été désigné par la lettre M correspondant à « Médecin », auquel était attribué un chiffre en fonction de l'ordre chronologique de réalisation des entretiens, allant donc de 1 à 11. Cette dénomination a été utilisée tout au long du processus de recherche et lors de la présentation des résultats.

Nous avons également pris le soin de modifier chaque détail pouvant permettre l'identification du participant en recoupant les informations. Les noms ou prénoms énoncés par les participants ont été remplacés par une fonction (par ex [Docteur]), les données temporelles par [Date] et les données spatiales par [Ville] ou [Région]. Seules les régions des DROM-COM sont précisées, avec accord des participants, du fait de l'étendue géographique de ces territoires.

H. Conflits d'intérêts

Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt en lien avec la présente étude.

III. Résultats

A. Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon était composé de 8 femmes et 3 hommes dont l'âge s'étendait de 27 ans à 52 ans. La totalité des médecins déjà en exercice participant à l'étude étaient médecins généralistes, les spécialités des internes étaient plus variées. Le mode d'exercice professionnel couvrait différents types de structures en ambulatoire ou en hospitalier. Les lieux d'exercice des participants étaient majoritairement en Hexagone, mais également dans différents DROM-COM, sans en couvrir la totalité.

Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau ci-dessous :

	Sexe	Tranche d'âge	Spécialité	Statut et durée d'exercice	Type et Lieu d'exercice	Formation à la transculturalité
M1	Femme	25-35 ans	Gynécologie Médicale	Interne	Stages hospitaliers En hexagone	Aucune
M2	Homme	25-35 ans	Médecine Générale	Médecin thésé Exerçant depuis moins de 10 ans	Exercice libéral et salarié En hexagone Internat dans un DROM-COM (Antilles-Guyane)	Cours universitaire et formation personnelle
M3	Femme	25-35 ans	Médecine Générale	Médecin thésée Exerçant depuis moins de 10 ans	Exercice libéral En hexagone	Aucune
M4	Femme	25-35 ans	Médecine Générale	Interne	Stages mixtes En hexagone	Module universitaire à valider
M5	Femme	25-35 ans	Maladie Infectieuses et Tropicales	Interne	Stages hospitaliers En hexagone Semestre inter-chu dans un DROM-COM (Guyane)	Cours organisés lors du stage inter-CHU
M6	Femme	35-45 ans	Médecine Générale	Médecin thésée Exerçant depuis 10 à 20 ans	Exercice libéral En hexagone	Aucune
M7	Homme	Plus de 45 ans	Médecine d'urgence	Médecin thésé Exerçant depuis plus de 20 ans	Exercice libéral En DROM-COM (Mayotte) N'exerce plus que la médecine générale	Aucune
M8	Femme	25-35 ans	Médecin Anesthésiste-Réanimatrice	Interne	Exercice hospitalier En hexagone	Sensibilisation auprès d'associations
M9	Femme	25-35 ans	Médecine Générale	Médecin non thésée	Exercice ambulatoire (libéral et centre de santé) En hexagone	Aucune
M10	Femme	35-45 ans	Médecine Générale	Médecin thésée En exercice depuis moins de 10 ans	Exercice mixte (libéral et salariée à l'hôpital) En hexagone Expérience de 6 mois dans un DROM-COM (Nouvelle-Calédonie)	Aucune
M11	Homme	25-35 ans	Médecine Générale	Médecin thésé En exercice depuis moins de 10 ans	Exercice libéral En hexagone	Module universitaire à valider

B. Analyse des résultats

Durant les entretiens, nous avons exploré les mécanismes cognitifs en jeu dans la prise en charge des patient.e.s d'origine non-Européenne en abordant différents temps de la consultation. Nous faisons donc le choix de présenter nos résultats au sein de chapitres s'organisant autour des étapes du déroulé d'une consultation.

1) La communication dans le soin : un volet majeur

Comme on pouvait s'y attendre, la communication avec le patient prend une place prépondérante dans la prise en charge des médecins. En se focalisant sur les patients d'origine non-Européenne, la majorité des participants ont abordé des situations cliniques comportant des limites dans la communication. Des barrières linguistiques souvent évoquées, renvoyant aux éléments importants de la communication dans le soin ainsi qu'aux outils disponibles pour les soignants afin d'aller au-delà de ces « barrières ».

a) La langue, un pont important

Au sein des nombreuses situations cliniques, les participants ont exprimé leurs difficultés ressenties lorsqu'il existait des limites dans la communication avec le patient. La consultation était alors plus complexe : *« Mais ça, c'est malheureusement la barrière de la langue. C'est un peu la surprise en plus. Dans la journée, on ne s'y attend pas. Ça prend beaucoup de temps, et puis on est un peu démuni par rapport à la réponse qu'on a parfois. Ça demande beaucoup d'énergie »* (M3). Avec un impact possible sur le suivi et l'observance du

patient : « *Si les gens ne comprennent pas leur posologie du traitement, ils seront moins à même de le prendre sur le long cours. Ils font des erreurs de prise.* » (M2). Le langage oral est souvent considéré comme la pierre angulaire de la prise en charge, provoquant un malaise chez le médecin lorsqu'il est absent, comme l'exprime M8 : « *En tout cas, c'est toujours ce qui me gêne le plus, c'est quand tu n'as pas le verbal avec la personne.* ». Avant d'analyser le fait que cette « gêne » proviendrait de la perte de certaines subtilités dans le discours : « *Je pense que la barrière de la langue nous prive aussi d'énormément de nuances dans notre interrogatoire clinique.* » (M8), tout comme l'évoque M9 : « *C'est vrai que c'est très difficile de communiquer. Déjà, en parlant la même langue, de parler de sujets si sensibles, c'est difficile de trouver les bons mots sans juger.* ».

Mais une limite peut également avoir lieu au niveau du langage écrit et doit donc être prise en compte, comme lors de la situation clinique de M9 : « *je pense que quand je lui ai présenté les certificats, je lui ai demandé de me dire si ça lui convenait. Elle m'a demandé : "est-ce que vous pouvez plutôt me les lire ?". J'ai compris que probablement, elle ne savait pas lire.* », avant de poursuivre : « *Elle m'a demandé si je pouvais lui relire une fois que je lui ai imprimé et signé. Donc, elle était bien d'accord avec tout ce que j'avais noté [dans le certificat].* ».

Et lorsque ni l'oral, ni l'écrit ne sont présents, bon nombre des participants ont évoqué la nécessité de recourir à la communication non verbale afin de comprendre la plainte du patient : « *Le geste, c'était vraiment... « J'ai mal ici » et il va me montrer un petit peu en bas du dos. Il y avait de la gestuelle. Beaucoup de gestuelle aussi du coup.* » (M11), mais surtout de créer un pont avec lui : « *Moi, ça passait beaucoup par les yeux, par le sourire, par plein de choses comme ça, par des gestes un peu calmes, un peu rassurants, et une voix posée. C'est vraiment tout ça qui joue. Et même s'il manque quelquefois quelques mots, on arrive à*

comprendre l'intention, en tout cas. » (M10). On peut toutefois facilement pressentir les limites de ces modes de communication, notamment sur l'expression de symptômes complexes, que nous analyserons plus loin.

b) Le regard des médecins sur les systèmes d'interprétariat

Lorsqu'il existe des limites dans la communication avec le patient, il est tout de même nécessaire de pouvoir l'interroger et lui transmettre des informations. Ainsi, bon nombre de ressources sont disponibles afin de traduire notre discours.

Certaines de ces ressources sont décrites au sein de « *situations pas toujours évidentes, mais assez fréquentes.* », **M8** évoquant ici les situations cliniques où les proches du patient font office d'interprète. Des proches qui peuvent parfois dérouter le soignant : « *Et souvent c'est ça qui est absurde, c'est qu'on va recevoir un majeur et ça va être un gamin qui a 10 ans qui va nous faire la traduction ou des choses comme ça. C'est un peu étonnant, mais ça reste vraiment les moyens de bord.* » (**M6**). Tout comme lorsque le patient arrête spontanément le discours du médecin afin de recourir à un proche francophone, même lorsque ce dernier n'est pas physiquement à leur côté, comme l'explique **M9** : « *Ils appellent d'eux-mêmes un proche. Dès que j'essaie de leur expliquer quelque chose, ils disent « attendez », et ils appellent. Et du coup, on fait comme ça.* ». Une ressource particulièrement fréquente donc et qui peut s'avérer très aidante, surtout si certains critères sont réunis, notamment « *le respect du temps de parole de chacun* » selon **M10**. Mais qui peut se révéler limitante si la situation clinique est plus complexe. Le médecin peut se retrouver en difficulté pour aborder certains sujets lorsqu'une tierce personne, non professionnelle, est présente durant la consultation. **M9** l'a en effet vécu avec une patiente lorsqu'il s'agissait de mener un interrogatoire autour des mutilations sexuelles

féminines : « *Et c'est vrai que si la femme, par exemple, est accompagnée, on a du mal à aborder le sujet parce qu'on ne sait pas si elle a très envie d'en parler en présence de cette tierce personne. Donc c'est plus difficile.* ». Une ressource parfois moins neutre et pourvoyeuse de doute chez le médecin concernant la conformité de ce qui a été traduit, comme l'explique **M8** : « *moi je donne une information, j'essaie de faire le plus simple, clair et honnête, loyal possible, mais je n'ai pas vraiment la main sur la manière dont ça va être traduit par la fille de la patiente.* ».

Mais il n'y a pas que l'entourage personnel du patient qui occupe une place importante dans la traduction. La majorité des médecins ont également évoqué la place de leur propre entourage professionnel auquel ils font souvent confiance : « *C'est mes secrétaires qui font office d'interprètes. En fait, j'ai deux secrétaires. Enfin, une secrétaire et une assistante médicale. Et les deux, en fait, travaillent avec moi depuis le début, donc elles connaissent par cœur mon déroulé, mon interrogatoire, qui est toujours le même, tu vois. [...] donc elles posent des questions même avant moi.* » (**M7**), et qui semble être parfois préféré aux traducteurs numériques : « *J'utilisais pas Google Translate, clairement. Je demandais l'aide aux collègues.* » (**M2**).

Des outils numériques qui sont néanmoins utilisés spontanément par les patients : « *Souvent, c'est eux d'ailleurs qui déclenchent le traducteur. Ce n'est même pas nous. C'est qu'ils ont l'habitude de passer par ce système-là* » (**M10**). Mais dont la limite réside, encore une fois, dans la perte de la subtilité du discours avec un processus décrit comme « *très chronophage* » (**M10**) et « *lent* » (**M11**) car étant moins adapté lorsqu'il s'agit de longues phrases : « *donc c'est vraiment des petits mots par petits mots* » (**M6**). Le numérique impose d'ailleurs un accès à internet. Si cet accès en question est limité, cela crée une difficulté supplémentaire, comme l'explique **M3** : « *Et puis, c'était une maman qui venait de Colombie*

avec un enfant qui avait, il me semble, deux ans. Et très difficilement, la consultation s'est menée très difficilement parce que vraiment, elle ne parlait pas un mot de français. Et elle était seule, elle n'était pas accompagnée d'un ami. Donc, elle était assez intelligente, elle a tout préparé sur son téléphone. [...] Mais c'était encore plus compliqué, parce qu'évidemment, il n'y avait pas de réseau dans ce cabinet. »

En parallèle de ces systèmes d'interprétiats informels, il existe des **systèmes institutionnels faisant appel à des professionnels indépendants**. Ces systèmes se retrouvent à l'hôpital comme le décrit **M1** : *« Alors, il y a un système d'interprétariat. En fait, il faut commander, entre guillemets, je ne sais pas comment dire, une prestation à l'avance. Donc, on les appelle en disant, tel jour, j'aurais besoin d'un interprète pour telle langue. Et voilà. Et c'est un partenariat avec le CHU, en fait. Et les interprètes, c'est une association bénévole. »*. Mais les médecins ayant un exercice ambulatoire déplorent son **accès limité dans les cabinets libéraux** : *« Pour des patients hospitalisés, effectivement, on prévoyait des rendez-vous avec les interprètes pour pouvoir expliquer un peu tout le suivi. [...] Donc une différence quand même un peu par rapport au cabinet ambulatoire où ce côté service de système d'interprétariat est moins accessible. »* (**M9**). En pratique, le regard des médecins interrogés est donc assez ambivalent sur ce système d'interprétariat. Il a beaucoup été évoqué par les participants, mais ils ont tout autant souligné les contraintes organisationnelles et temporelles qui en découlent : *« Franchement, ça comblait beaucoup de problèmes, je trouvais. Après, c'est contraignant. Tu dois appeler, tu dois attendre. Il faut du coup faire ton examen clinique un peu rapide si tu veux pas que l'interprète, il attende longtemps. Si t'as raccroché et que t'as envie de dire un truc, t'es embêté, donc tu rappelles. »* (**M4**). Et lorsque la consultation avec l'interprète arrive, **M11** souligne la **relation triangulaire médecin-patient-interprète** qui se met en place et dont l'équilibre peut être perturbé, même lorsqu'il s'agit d'interprètes professionnels : *« Tu avais*

parfois un ou deux interprètes qui prenaient beaucoup d'initiatives. Par moments ils discutaient vraiment entre eux [le patient et l'interprète] et tu sais plus trop ce qu'ils disent. Tu as peut-être posé une question simple et tu vois qu'ils partent un petit peu en conversation pas forcément hors sujet mais tu perds le fil. Tu as l'impression d'être un peu mis de côté... Et donc tu sais jamais sur quel interprète tu vas tomber. »

Mais bien au-delà de la traduction littérale du discours, certains médecins ont évoqué la place des médiateurs culturels dans l'échange avec leurs patients. Des professionnels dont le rôle va être de créer des liens entre les représentations culturelles du soignant et du patient pour améliorer la prise en charge de ce dernier, comme l'explique **M5** : *« Parce qu'on travaille avec des médiateurs culturels. Donc, je sais que, par exemple, par rapport aux croyances, il y avait tout un travail qui était fait pour l'adhésion au traitement antirétroviral avec, parfois, l'intégration de traitements traditionnels avant de débiter un traitement antirétroviral, ce genre de choses, pour favoriser l'adhésion. »*.

c) **La « barrière de la langue » : une limite superficielle ?**

Un regard attentif est porté par les médecins interrogés sur les capacités des patients qu'ils prennent en charge à respecter leurs prescriptions malgré l'existence d'une « barrière de la langue ». **M1** l'évoque dans sa situation clinique où un couple de jeunes Guinéens arrivés récemment sur le territoire français réalise l'ensemble du bilan de fertilité prescrit : *« Et à savoir qu'à cette partie [le bilan de fertilité], il y a plein de couples qui ne reviennent pas du tout parce qu'ils ne prennent pas forcément le temps de faire le bilan. [...] Deux ou trois mois plus tard, je ne sais plus, le couple revient en consultation avec [voix surprise] tout le bilan. [...] On a quand même la preuve que c'est un couple, certes, qui ne comprend pas le français, mais ils sont revenus avec leur bilan fait en respectant la temporalité qu'on leur avait imposée. Donc,*

je pense que juste ça, ça suffit à se dire que c'était un couple qui était motivé, qui était prêt à s'investir dans cette prise en charge. ».

Dans un contexte où des patients non francophones trouvent les ressources nécessaires pour aller au bout des prescriptions, cette « *motivation* » peut manquer au sein du corps soignant. **M4** s'étonnant alors de la **faculté de certains médecins à limiter leur prise en charge sous le seul prisme de la « barrière de la langue »**, alors même que des outils d'aide à la traduction sont disponibles : *« Et, plusieurs fois, j'ai envoyé des patients de la PASS vers des spécialistes et à chaque fois, il y a eu écrit "barrière de la langue, je ne comprends rien. Revenir la prochaine fois avec un interprète", alors qu'ils avaient tous accès à [l'interprétariat]. ».*

En poursuivant sur le rapport du médecin avec la « barrière de la langue », certains, comme **M5**, ont mentionné spontanément l'aide privilégiée de l'anglais afin d'échanger avec leurs patients et s'affranchir de limites dans la communication : *« ça faisait un mois qu'il était hospitalisé, il ne parlait à aucun soignant médical ou paramédical. J'ai eu l'impression... En fait j'ai vu la brèche s'ouvrir quand je lui ai parlé en anglais. [Sourire] ».*

La communication dans le soin est donc un vaste champ de la prise en charge des médecins et peut s'avérer plus complexe lorsque les patients ne partagent pas la même langue. Complexe certes, comme le souligne **M9** : *« C'est sûr que ce n'est pas toujours facile dans la communication »*, mais pas impossible car une **attention particulière peut être mise en œuvre par le médecin lors de ces consultations**, comme l'explique par la suite **M9** : *« il y a toujours des moyens de se débrouiller, que ce soit via des intermédiaires, via les technologies actuelles, les traducteurs de téléphones, via les dessins, via l'interprétation. ».*

2) Le poids de facteurs multiples dans la prise en charge des patients d'origine non-Européenne

a) Les facteurs culturels

Au cours des entretiens, nous avons mis en lumière que la langue ne constitue pas le seul aspect qui peut différer entre le médecin et les patients d'origine non-Européenne. Car, même lorsque nous partageons la même langue ou la même nationalité, les références socio-culturelles et les modes d'expression peuvent varier, comme l'explique **M7** qui exerce à Mayotte : « *J'ai mis un moment avant de comprendre que l'expression du symptôme n'était pas du tout le même, comme nous on l'a appris en faculté occidentale. Que dans l'expression il y a des différences culturelles.* ». Ces différences culturelles pouvant alors **influencer l'usage des mots lors de l'échange** entre le médecin et le patient, que ce soit du côté du soignant : « *Les crises de Djinns, j'appelle ça une crise de Djinns, dans mes consultations. Je dis pas "c'est un syndrome post-traumatique". À partir du moment où je fais : "est-ce que vous faites des crises de Djinns", tu vois, le lien culturel est établi.* » (**M7**) ; mais également du côté du patient comme l'évoque **M11** : « *La chaleur, ça c'est plutôt les patients d'origine africaine qui, encore maintenant je suis pas très sûr de comprendre, disent : "ouais, il a chaud". Il a « chaud là », il a « chaud au ventre », il a « chaud à la jambe ». Et c'est pas de la douleur si je comprends bien, ça semble des paresthésies, de la gêne. [...] Mais c'est vrai que ça m'a toujours un peu questionné, cette notion de chaleur.* ».

Au-delà de la verbalisation des symptômes, **les modes d'expression physique ont largement été abordés, avec notamment la question de la douleur.** **M5** interrogeant alors le regard des soignants sur l'expression de la douleur d'une patiente originaire d'Afrique

subsaharienne qu'elle suivait dans un contexte de drépanocytose : *« je pense qu'il y a, pour cette patiente [insiste sur le « e »], eu des moments où on ne voulait pas écouter sa douleur, parce qu'elle avait une façon « théâtrale », entre guillemets, de l'exprimer qui ne nous parlait pas. »*. Une situation clinique où la patiente exprime sa douleur mais à laquelle les soignants ne *« s'identifient pas »* (M5), qui peut être mise en parallèle avec une situation où, au contraire, c'est la *« neutralité »* de la patiente qui déroute le médecin : *« il y a quand même cette barrière à la fois de la langue et à la fois du comportement. Je ne sais pas, je n'ai pas beaucoup de patients asiatiques, mais en tout cas, pour le coup, sur cette famille-là, c'est très neutre, en fait. [...] Du coup, j'ai du mal à ressentir l'inconfort. Et la sensation... Enfin peut-être que elle, ça faisait des mois qu'elle ne me disait rien, que ça n'allait pas, et donc ce n'est pas simple. »* (M6).

Des situations *« pas simple »* où M2 évoque tout de même le poids du système éducatif sur la compréhension du discours médical et le partage de codes semblables : *« C'est assez compliqué de savoir, par exemple, une douleur, où elle est, de décrire une douleur. Avec les Haïtiens que j'avais vus, c'était très compliqué. Enfin, tu vois, tout de suite, c'est... En fait, je ne sais pas, c'est culturellement, peut-être, ou... Mais après, ça dépend aussi beaucoup du niveau socio-économique. Parce qu'en effet, quand tu as un niveau socio-économique élevé et que tu as été occidentalisé, aller dans des grandes universités, un peu où que tu sois dans le monde, il y aura quand même des codes et des choses en commun. »*.

Il est donc important de noter que **ces différences de compréhensions peuvent siéger même lorsque le patient nous « ressemble »**, en gardant en tête l'objectif de questionner les représentations de tous les patients comme l'explique M4 : *« Une de mes deux prat', elle essaie toujours de comprendre ce que pensent les patients. Donc, maintenant, j'essaie de le faire avec les... Je le faisais beaucoup plus avec les patients qui me ressemblaient pas, parce que je me disais que j'allais avoir des infos que j'avais pas. Mais en fait, même avec les patients qui me*

ressemblent sur le plan ethnique, sur le plan culturel et tout, en fait, ils te répondent des trucs, parfois, t'es choquée, quoi. ».

b) Les facteurs socio-économiques

Les situations sociales des patients sont importantes à prendre en compte, avec notamment un risque de conditions socio-économiques dégradées pour les patients immigrés venant d'arriver sur le territoire français. Une précarité qui, selon le contexte, peut orienter la prise en charge du patient en justifiant une hospitalisation afin de sécuriser un individu dont l'état de santé est altéré. **M4** l'évoque justement lorsqu'elle diagnostique une infection VIH chez une patiente arrivée récemment en France, qui présentait une asthénie avec altération de l'état général, et qui avait consulté quelques jours auparavant aux urgences pour ces mêmes motifs : *« Ah oui, j'ai oublié de te dire, ils dormaient dans la rue quand moi, je les avais vus à la PASS. [...] Si on s'était rendu compte [aux urgences] qu'elle était dans la rue, qu'elle venait d'arriver, peut-être qu'on se serait plus inquiétés et on l'aurait hospitalisée, sans trop savoir pourquoi, mais plus pour le contexte. ».*

Une **situation sociale précaire qui peut se poursuivre le temps de l'ouverture des droits** permettant d'accéder à une couverture sociale. Un temps de latence qui a un impact sur le suivi médical : *« après c'est beaucoup des problèmes sociaux. Des problèmes de papier. Qui ne permettent pas l'accès aux droits. C'est un problème social important. Qui régulièrement, tu vois, ils n'achètent pas leurs médicaments parce qu'ils n'ont pas d'argent. Ou même pour prendre le taxi, des fois c'est compliqué. Donc en fait, il y a un problème d'observance. » (M7).*

Des droits et un système social qu'il faut que les patients puissent comprendre afin de retrouver une autonomie dans les décisions concernant leur santé. Au côté des assistants

sociaux, le médecin peut avoir un rôle crucial dans cette étape d'information et de vulgarisation : « *Comme c'était un nouveau système, qu'ils arrivaient, qu'ils mettaient le pied dans le système français, il fallait leur expliquer un petit peu ça, qu'est-ce que c'est la PASS, qu'est-ce que c'est l'OFII* » (M11).

Des patients qui sont donc parfois dans un contexte de vulnérabilité sociale et que le médecin souhaite à son tour comprendre, cela en ayant **une attitude d'écoute lorsque le patient évoque son histoire**. Une attitude privilégiée par M9 afin d'adapter son accompagnement lorsque sa patiente d'origine guinéenne lui raconte son parcours migratoire : « *Donc, elle m'a un peu raconté son parcours... Son parcours migratoire. Bon... J'ai pas appuyé sur certains détails, notamment la traversée de la Méditerranée, qui avait eu l'air d'être un moment très, très difficile pour elle. Mais elle m'a surtout parlé de son père, de son mariage forcé. Elle devait justement être forcée à se marier, que justement, pour ce mariage, elle aurait été très probablement obligée de, de, de subir une mutilation sexuelle féminine, donc une excision. [...] Donc euuh, je lui ai dit pour la suite... Si elle voulait qu'on rediscute de son, de son vécu, de ses traumatismes, si elle voulait un accompagnement, qu'elle n'hésite pas à reprendre rendez-vous.* ».

c) Les spécificités du médecin

- **Ses valeurs, préexistantes et influencées par le contexte clinique**

Dans ces situations complexes, bon nombre de participants ont tout de même abordé le fait de ne pas avoir de difficulté particulière à prendre en charge des patients dont les origines sont différentes des leurs, comme l'exprime M11 : « *Après, en soi, je n'ai jamais été trop mal à l'aise par rapport aux patients non-européens.* ». Tout en évoquant, de manière plus subtile,

que sa propre origine peut favoriser le lien avec ses patients : « *Peut-être que le fait que je sois asiatique, je suis plus à l'aise avec les autres patients. Pas de toute l'Asie non plus, parce que c'est grand, mais d'origine chinoise ou cambodgienne.* » (M11). Certains ont d'ailleurs une attitude similaire quel que soit l'origine du patient, M6 expliquant ainsi sa capacité à aborder les représentations de chacun sans se soucier d'une quelconque couleur de peau : « *Alors après, moi, je suis quelqu'un d'un peu cash, c'est-à-dire que ta peau, elle soit noire, blanche, violette et tout. C'est un fait, en fait. Je vais pas aller l'éviter. Je suis pas... Je vais pas être dans les précautions.* ».

Des soignants qui déclarent être bien souvent « à l'aise » mais dont **les émotions peuvent être mises à mal face à certaines situations cliniques** où, justement, un paramètre lié à la diversité de leurs patients était en jeu. M1 exprimant un sentiment d'« *injustice* » lorsque le couple de jeunes Guinéens qu'elle suit se voit finalement refuser l'accès à la PMA sur le seul motif de la « barrière de la langue » : « *Ah bah moi, j'étais révoltée. [pause] Moi, j'étais révoltée. Très sincèrement, je trouve que c'est injuste.* ». Un point essentiel que marque encore une fois la communication dans le soin, avec l'importance dans certains contextes d'identifier quelle est la langue majoritairement parlée dans la région où l'on exerce. M2 en fait l'expérience en Guyane où la langue maternelle d'une partie de la population sont les langues Bushinenge (ou langues du fleuve) et dont l'absence d'apprentissage par les soignants peut les mettre en difficulté : « *C'était compliqué de soigner les gens, parce que je me trouvais très souvent en situation de difficulté. Et franchement, je sentais une détresse aux urgences. Et j'étais démuni parce que... Il y avait plein de soignants qui ne parlaient pas la langue du fleuve.* ».

En l'absence de « barrière de la langue », c'est parfois dans le récit de vie du patient que des difficultés peuvent se faire ressentir. Notamment lorsqu'il s'agit d'aborder des parcours migratoires qui peuvent s'avérer particulièrement violents : « *Quand elle fuit son pays seule,*

c'était très difficile d'entendre son parcours. Ça s'est compliqué dans les suites. Quand elle est arrivée d'abord en Italie, puis en France, elle a vécu des violences sexuelles. [...] C'est très difficile à entendre, parce que c'est des histoires très difficiles. Le reste de la journée, c'est des histoires qu'on n'oublie pas. » (M9).

- **Ses compétences**

Il existe des situations cliniques où le médecin va ressentir une détresse, voire de l'injustice, qui vont amener certains participants comme **M8** à questionner le regard global des soignants sur les patients et la normativité de notre formation : *« Je pense qu'il y a quand même une normativité qui n'est pas vraiment orientée vers des gens qui ne sont pas caucasiens et que la manière dont on apprend notre métier, il est quand même normé pour le patient caucasien qui est plutôt de sexe masculin. Après, c'est une analyse que je fais aussi avec mes convictions à moi et ma sensibilité à moi, mais il y a quand même plein de trucs où, euuuuh, c'est pas adapté. »*. Lors d'une consultation médicale avec une petite fille métisse, **M6** évoque justement la « *normativité* » de l'apprentissage de la dermatologie sur des iconographies provenant d'individus de phototype clair. Cela limite par la suite le médecin à identifier des lésions cutanées sur d'autres types de peau : *« Elle [la petite fille] est déjà venue avec des boutons et je me suis trouvée bien bête parce que sa mère, elle m'a dit que oui, elle est remplie des pieds à la tête. Elle avait genre 5 ans. Et la maman me dit que : « Là, elle est rouge ». Je fais : "ah, OK". [rire] Moi, je trouvais pas qu'elle l'était... Enfin voilà quoi. C'est juste que moi, j'ai appris la dermato sur ma peau à moi. Et donc, c'était compliqué de faire les diagnostics. »*.

Des compétences qui vont donc être amenées à manquer si cela n'apparaît pas dans la formation initiale comme le déplore **M9** au sujet des mutilations sexuelles féminines : *« Vraiment, pendant toutes les études de médecine, les mutilations sexuelles elles n'étaient pas*

du tout abordées. Ce n'était pas du tout dans notre programme de l'ECN. Là, ça a été rajouté depuis 2021, je crois. Il y a deux pages. Mais non, ce n'était même pas dans notre programme. Et à l'internat, on n'avait pas été sensibilisés non plus. ». Et comme l'évoque par la suite **M9**, l'absence de formation et de sensibilisation va amener le médecin à ne pas savoir adapter au mieux sa prise en charge pour les patients : *« lors de l'examen gynécologique, j'ai remarqué qu'effectivement, la vulve me paraissait pas intacte. Il y avait quelque chose qui m'a interpellée, mais je n'ai pas osé aborder le sujet, parce que je ne savais pas du tout à quoi j'avais à faire. Je ne savais pas du tout, et donc je n'en ai pas parlé. ».*

- **Son contexte professionnel**

Il existe des compétences en rapport avec la diversité du patient qui sont influencées par notre formation initiale, mais qui vont également se développer en fonction de nos expériences professionnelles. En exerçant en milieu tropical dans un DROM-COM, **M2** a ainsi appris à diagnostiquer facilement des pathologies décrites comme « exotiques » mais qui sont courantes dans ces territoires et qu'il est donc important de savoir identifier : *« C'est-à-dire que c'est hyper fréquent, les vers macaque [Myiases furonculoïde]. Il y en a plein tu vois, c'est pas une situation compliquée dans le sens où... Fin en gros tu vois, aux urgences de [Ville en Guyane], j'en avais vu plein, et dans les dispensaires, la personne vient, en 10 secondes, tu fais le diagnostic et tu traites. ».* Un contexte professionnel qui stimule aussi les échanges autour des outils à disposition des soignants pour aborder la diversité culturelle de leurs patients, comme l'évoque **M5** : *« Alors, j'aurais dit que, dans les DOM-TOM spécifiquement, je trouve qu'on y était beaucoup sensibilisés. [...] Donc, je trouvais qu'il y avait plusieurs outils à disposition, que ce soit d'autres médecins qui sont là depuis longtemps, ou les médiateurs, ou ce genre de choses. Après, j'aurais dit qu'en France hexagonale, il y a très peu d'efforts qui sont faits vis-*

à-vis de ça. Enfin, pas d'efforts, mais en fait, on y est beaucoup moins confrontés. Du coup, je n'ai pas forcément d'outils particuliers ici pour y faire face. C'est moi et mes convictions. ».

Cette « *conviction* » des professionnels de santé peut d'un autre côté influencer négativement l'accès aux outils permettant une meilleure prise en charge de patients d'origine non-Européenne. Cela sans même changer de territoire mais en restant au sein d'une même structure de santé, **M4** rapporte un usage différent du système d'interprétariat professionnel dans l'hôpital où elle était en stage : *« Moi, quand je suis passée aux urgences, on nous avait dit que ça existait, donc c'était mon premier stage. On nous avait dit qu'il y avait de l'interprétariat par téléphone, mais que ça coûtait très cher et qu'il fallait pas l'utiliser. On m'a dit ça dans tous mes stages... »*, pour expliquer plus loin que : *« Mais quand je suis arrivée à la PASS, on m'a dit que oui, utilise-le. OK, c'est payant, mais si t'en as besoin pour le patient, utilise-le, y a aucun souci. Si tu dois le faire poireauter pendant 20 minutes parce que tu fais ton examen clinique consciencieux, bah aucun souci, utilise-le. Donc j'ai appris à l'utiliser à ce moment-là, mais c'est vrai qu'aux urgences, on t'interdit presque de l'utiliser, quoi. ».*

d) Les spécificités territoriales

Certains participants qui ont travaillé au sein d'hôpitaux ou de dispensaires dans des DROM-COM décrivent des situations qui leur semblent parfois différentes de ce dont ils ont l'habitude en hexagone. **M2** mentionne ainsi le fait que : *« Il y a d'autres enjeux là-bas [sous-entendu en Guyane], c'est un peu différent. Même si on retrouve certaines similitudes [avec l'hexagone] »*. Une comparaison que **M10** développe en abordant l'usage de la médecine traditionnelle où elle a exercé en Nouvelle-Calédonie : *« Je pense particulièrement aux plaies, qu'ils essaient de soigner par eux-mêmes, et qui arrivent complètement abcédées aux*

dispensaires, parce que tous les cataplasmes, etc. qu'ils ont pu utiliser, ont pas fonctionné. Parfois, ça fonctionne, parfois, ça ne fonctionne pas. Donc, ils arrivent souvent à des stades bien plus avancés que ce qu'on a en métropole. [...] », que la participante met par la suite en parallèle avec une médecine traditionnelle qui existe également en hexagone : « Après, c'est un peu, entre guillemets, « les remèdes de grand-mère » en métropole. Donc des choses très simples, du jus de citron, du miel, pour les femmes âgées, ce genre de choses. Mais, pas au point où ils l'utilisaient là-bas. ».

Des enjeux différents qui seront accentués par une diversité marquée en termes d'origine des populations, de références culturelles et de manifestations cliniques : « Ça, je l'ai vu [en Guyane] « beaucoup », entre guillemets, avec des patients qui sont plus ou moins expressifs ou qui ne vont pas accorder la même importance aux mêmes symptômes. Et puis, après, une adhésion au traitement qui va être variable selon...Ça, pareil, je l'ai « beaucoup vu », entre guillemets, une adhésion au traitement qui va être variable selon les différentes origines et les différentes maladies. Donc, on va dire que c'était euuh, tout plein de challenges diagnostiques et thérapeutiques. [rire] ». (M5)

Des enjeux tout autant liés aux conditions structurelles de ces territoires, du fait de la **localisation des dispensaires souvent éloignés du centre hospitalier de référence**, et aux conditions météorologiques. L'ensemble influence alors l'accès aux soins des usagers, mais également les capacités d'actions des médecins, comme l'explique M10 : « Je me rappelle d'un moment où j'avais une pancréatite aiguë. Il tombait des torrents d'eau. Tous les radiers étaient inondés. Les ambulances ne passaient pas et l'hélico ne décollait pas non plus. Du coup, j'étais obligée de la garder au dispensaire le temps qu'on puisse l'évacuer. Donc oui, bien sûr, tu te sens un peu en difficulté parce que tu es obligée de gérer par toi-même en attendant d'avoir une solution. ».

3) Les mécanismes du raisonnement médical à l'épreuve des biais cognitifs

a) Des biais cognitifs multiples

Le médecin est donc sous l'influence de facteurs multiples pouvant avoir un impact sur la prise en charge des patients. Le poids de ces facteurs sur le raisonnement médical a été exploré dans cette partie sous le prisme des biais cognitifs.

Tout d'abord, notre apprentissage de la médecine nous confère un cadre avec l'identification automatisée et inconsciente de certains signes cliniques. Mais lorsque la manière dont est présentée une pathologie au sein de ce cadre initial ne correspond pas à toutes les situations cliniques, et surtout tous les phototypes, un **biais cognitif de cadrage** (ou *framing bias*) peut apparaître. **M8** se questionne justement sur les raisons du retard diagnostique d'une Dermo-Hypodermite Bactérienne Non Nécrosante (DHBNN) d'évolution défavorable chez sa patiente : « *c'était le fait que le patient ne soit pas caucasien, pas tant qu'il soit francophone ou non, mais c'était le fait qu'il ait la peau noire qui nous avait posé le souci* », en évoquant par la suite le rôle de l'automatisme mental au sujet de la reconnaissance de cette pathologie : « *Je pense que pour beaucoup de gens, en tout cas pour moi, c'était la grosse jambe ROUGE aiguë. [Rire] Et du coup, quand il n'y a pas la grosse jambe ROUGE, je pense qu'on est très facilement biaisé* » (**M8**).

Au-delà du cadre de l'apprentissage ou de la présentation du dossier par un tiers, il est possible de rester fixé sur les éléments cliniques initiaux du patient. Cela entraîne une absence d'ouverture vers un diagnostic différentiel malgré de nouveaux éléments cliniques, et donc un **biais d'ancrage**. Comme lors de la situation clinique de **M8**, où la patiente présente initialement

des lésions cutanées pouvant être compatibles avec une station au sol prolongée, mais où le raisonnement reste ancré sur cette idée malgré l'apparition de nouvelles lésions : *« je me souviens qu'il y avait un infirmier ou une aide-soignante qui m'avait dit : « bah, en plus, je sais pas combien de temps elle est restée au sol, mais elle a une escarre au niveau du talon. Et en plus, regarde, elle a aussi un truc là, là et là." Et donc, moi, je m'étais dit, bah, escarre au niveau du talon, c'est vrai que c'est une station au sol prolongée ou en tout cas indéterminée. Elle avait des CPK élevés, elle avait été dans le coma, ça me semblait pas incohérent » (M8).*

En poursuivant néanmoins le processus diagnostic, il peut exister une tendance à rechercher des preuves permettant de confirmer l'hypothèse initiale plutôt que de rechercher des éléments qui la réfutent. Cela amène à réaliser des examens complémentaires en n'oubliant, sans s'en rendre compte, de rechercher un diagnostic différentiel parfois plus évident. Un **biais de confirmation** qu'a en partie vécu **M6** quand elle prend en charge sa patiente d'origine Thaïlandaise présentant des douleurs diffuses qui *« a quand même une hépatite auto-immune »* mais qu'elle voit *« surtout pour d'autres choses, c'est-à-dire qu'elle a des... une dyslipidémie et une hypertension »*. Une prise en charge marquée par un interrogatoire limité du fait de la « barrière de la langue » et une douleur difficile à caractériser, car exprimée de manière « neutre » au regard de **M6**, l'amenant à s'attarder longtemps sur une seule de ses hypothèses : *« Moi, je me suis demandée, franchement, si ce n'était pas un truc auto-immun, justement. En fait, je suis allée sur un truc plus grave. C'est-à-dire, elle a cette hépatite, autant elle nous fait aussi un rhumatisme auto-immun. Donc, je suis allée, j'ai fait des biologies, je cherchais plus loin. Alors qu'en fait, finalement, il m'a fallu arrêter le médicament [hypolipémiant] pour qu'en quelques jours, ce soit bon. » (M6).*

Dans d'autres situations cliniques, il est parfois **plus tentant d'opter pour l'hypothèse compatible avec un diagnostic bénin**. Cela en se basant sur le fait que le diagnostic d'une

pathologie bénigne serait significativement plus probable qu'un autre diagnostic plus grave, même lorsque la présentation du patient est atypique. Des situations où, en « jouant sur la chance » (ou *playing the odds bias*), il y a un risque de passer à côté du diagnostic. Des situations peu évidentes où, pour la patiente de **M4**, le passage aux urgences conclu à une anémie d'origine ferriprive sur ménorragie, malgré un bilan rénal perturbé et le fait que la patiente soit arrivée récemment sur le territoire français en provenance d'un pays à forte prévalence du VIH : *« ils lui font un bilan sanguin. Donc, il y a écrit ensuite, dans la partie interrogatoire: "barrière de la langue, n'a pas l'air d'avoir de douleur". Donc, ils lui font un bilan sanguin. Il y avait vraiment pas écrit plus de choses que ça, quoi. Au bilan, il y avait genre... L'hémoglobine, je crois qu'elle était à 7 et demi, tu vois. Huuuuum, il y avait genre une créat qui commençait un peu à monter, des trucs un peu anormaux sur le bilan, tu vois. En gros, après, dans l'évolution, il y a écrit "la patiente décrit des règles abondantes, depuis longtemps, a déjà pu faire un bilan en Italie, retour à domicile, avec suivi médecin-traitant pour l'anémie.» (M4)⁶.*

Il peut également arriver que ce processus de décision soit arrêté prématurément. Un biais de **conclusion prématurée** dont **M2** fait l'expérience avec un de ses patients d'origine brésilienne en Guyane. Sur la seule présentation clinique du patient, les médecins concluent à un diagnostic d'insuffisance cardiaque, sans que cela ne soit pleinement vérifié, ce qui amène à réitérer des traitements inadaptés alors qu'une autre pathologie aurait pu être évoquée : *« On avait traité ça comme une insuffisance cardiaque normale. Normalement il aurait peut-être dû voir le cardiologue... Enfin bref on n'avait pas pensé au bérubéri, en tout cas moi j'avais pas pensé. [...] Parce qu'en plus c'était pas la première fois qu'il venait, il faisait une insuffisance*

⁶ Le diagnostic final de cette patiente sera une infection VIH compliquée d'une néphropathie (se reporter au chapitre « Conséquences à l'échelle individuelle » - entretien avec M4, p.40)

cardiaque, on le traitait et quelques semaines après il revenait pour la même chose. Dyspnée et œdème et on le retraitait avec du LASILIX. Et du coup probablement il avait cette carence en B1.... » (M2).

Une conclusion prématurée qui peut aussi se voir dans une prise de décision, du fait ici de la présence d'une figure d'autorité qui va influencer l'opinion du groupe et la décision finale. Un **biais d'autorité** que **M1** a vécu lorsqu'elle explique comment la décision de ne pas accepter en parcours PMA le couple de jeunes guinéens qu'elle suivait s'est déroulée : *« Donc finalement, madame, on voit qu'elle avait une trompe bouchée et monsieur, il avait quelques altérations spermatiques. Donc on passe le dossier en staff, comme d'habitude. Et donc, euuuuh, moi personnellement, j'aurais imaginé qu'on passerait en FIV, euuuuh, au vu des résultats des bilans. Et en fait, le dossier a été refusé en commission. [sourire gêné] Donc les raisons qui ont été annoncées par, euuuuh, par euuuuh, le médecin qui a pris la décision de refuser, donc ça a été suivi par, euuuuh, tous les autres, c'est qu'en fait, au vu de la barrière de la langue, ce serait a priori trop compliqué d'organiser la FIV ».* Pour préciser plus loin : *« Et en fait, la personne qui a pris la décision, c'est euuuuh, [baisse un peu la voix] le grand chef de la PMA [...] ça a été très rapide, parce qu'au final, il n'y avait pas de discussion, c'était non, point » (M1).*

L'autre, comme source de biais dans nos prises de décision, tout comme peuvent l'être nos propres émotions lorsque l'affect prend le dessus dans la prise en charge des plaintes somatiques du patient. Un **biais viscéral** que **M5** constate au sein de son service au sujet de la douleur de ses patientes drépanocytaires : *« Je pense à cette patiente en particulier parce qu'elle était particulièrement théâtrale. Et du coup, la réaction du corps soignant était particulièrement... pas violente, mais particulièrement, on va dire, braquée. Que ce soient les infirmiers, les infirmières ou le personnel médical. Mais après, globalement, toutes les patientEs [insiste sur le « e »] drépanocytaires, je trouve que leur douleur est un peu considérée*

à moitié [ouvre les guillemets avec ses doigts] « hystérique » » (M5). Et quand cette douleur est « *considérée à moitié* », notre raisonnement peut se satisfaire d'un diagnostic initial avec le risque, encore une fois, d'oublier d'explorer d'autres possibilités diagnostiques en ne déballant pas l'ensemble des informations nécessaires. Un **biais de déballage** (ou *Unpacking bias*) que M5 questionne également pour sa patiente : « *cette patiente-là en particulier avait des douleurs qui étaient rythmées par ses règles, avec des caractéristiques cliniques qui auraient pu s'intégrer dans une endométriose. Et personne ne s'était posé la question d'une autre origine à ses douleurs. Alors que c'étaient des douleurs qui étaient caractéristiques d'une patiente drépanocytaire, mais en fait, on a tellement l'habitude de voir des patientes drépanocytaires hyper douloureuses qu'on ne questionne pas forcément dans le détail* ».

b) Les caractéristiques du patient comme influence sur le raisonnement médical

Nous allons analyser dans cette partie les biais cognitifs qui semblent se développer du fait de l'origine du patient.

Comme l'évoque M11, quand on ne connaît pas certaines spécificités cliniques dans un groupe de population on risque de ne pas les aborder et de passer à côté d'un diagnostic : « *C'est le problème. C'est-à-dire que si tu ne les cherches pas, tu ne les trouves pas* ». Pour M2 il s'agit au contraire de ne pas sur-diagnostiquer des pathologies en méconnaissant par exemple les variantes dermatologiques possibles en fonction du phototype : « *Il y a des choses que les personnes de peau noire ont, qui sont physiologiques ou du moins qui ne sont pas pathologiques et que les personnes blanches n'ont pas. Donc si tu ne connais pas ça, tu peux dire c'est pas normal et en fait si ça l'est* ». Un équilibre qui est donc à trouver mais où, par **effet d'overshadowing**, le raisonnement peut tout de même s'égarer en attribuant la plainte du patient à un **antécédent déjà établi**. Une situation potentiellement vécue par M3 avec un

patient primo-arrivant originaire du Cameroun, où un antécédent de tuberculose latente a pu retarder le diagnostic d'allergie saisonnière, malgré une présentation clinique compatible : *«il avait déjà eu un quantiféron positif au mois d'août, mais il avait été traité, il a fait correctement son traitement pendant 2 mois, ou même 3 mois. Et en fait, la toux, elle est arrivée au mois de fin février, début mars, et la radio qu'il avait faite était complètement normale. Il avait déjà refait un bilan sanguin qui était complètement normal. [...] Et en fait, c'est quelque chose que moi, après, j'ai compris. Je me suis dit, peut-être une suspicion d'allergie. Peut-être que je l'aurais pensé un peu plus tôt chez quelqu'un d'autre ».*

Un regard qui est à porter sur les spécificités du patient en termes d'origine, de couleur de peau ou de parcours médical, mais quand la situation s'y prête. Car lorsque ces constatations se font de manière récurrente, cela peut engendrer des stéréotypes : c'est-à-dire une croyance généralisée concernant une catégorie d'individus. Le risque étant d'établir un lien inconscient et automatique entre l'appartenance ethnique du patient et un fonctionnement qui serait spécifique, entraînant par la suite des **biais implicites** dans le raisonnement. Ces biais peuvent notamment concerner le rapport des patients d'origine non-Européenne avec la maladie. **M10** évoque par exemple le recours aux soins des patients d'origine Kanak qu'elle suivait en Nouvelle-Calédonie à des stades avancés de la pathologie, et rapporte ce constat à une potentielle « minimisation » des symptômes par les patients : *« Et ça, c'est pas que elle, c'est la plupart des patients que j'ai pu avoir là-bas avaient tendance à minimiser leurs symptômes ».* Un recours aux soins considéré également par **M4** comme « différent » pour les patients, majoritairement immigrés, qu'elle suit à la PASS : *« Enfin, pour eux, tu viens chez le médecin quand t'es malade et pas du tout pour le suivi normal de l'enfant, tu vois, ou même le suivi de l'adulte avec les préventions ».* Une force de l'anecdote (ou *Hasty Generalization bias*) que l'on retrouve chez **M11** qui évoque une idée généralisée sur le recours aux soins psychologiques : *« les patients asiatiques, aller chez le psychologue, par exemple, ce n'est pas leur truc ».*

L'ensemble de ces raisonnements révèlent éventuellement un **biais d'identification au sein du groupe de population** dans lequel on évolue (ou *In Group Favoritism bias*), en ayant un regard plus positif sur les prises en charge des patients qui partagent des « codes » similaires. **M6** l'exprime au sujet de la recherche de l'étiologie des douleurs de sa patiente d'origine Thaïlandaise : « *Oui, parce que je suis convaincue qu'avec une patiente qui a les mêmes pathologies et d'origine française, ça aurait été dit direct ! Ceux qui ne tolèrent pas les statines, en 15 jours, ils sont là : « Docteur, votre truc, ça ne va pas, je ne peux pas, j'arrête". Et là, on va attendre, euuuh, 4 mois. [rire nerveux] Et c'est long* ». En explicitant plus loin avoir « *l'impression que je soigne plus facilement des personnes qui vont avoir justement un peu ou les mêmes codes ou la même façon d'exprimer les choses* » (**M6**).

Et finalement, l'élément présent dans l'ensemble des entretiens pour les participants, c'est qu'il est bien souvent plus simple de reconnaître l'impact des préjugés sur le raisonnement des autres plutôt que sur le sien. Un biais de l'angle mort (ou *blind spot bias*) illustré par **M7** : « *Mais... Je pense que j'ai une meilleure capacité de compréhension par rapport aux Blancs occidentaux, si tu veux. Et je serais même prétentieux, je dirais que j'ai un niveau de compréhension qui est plus important. Tu vois ? Et les Occidentaux qui viennent [à Mayotte] arrivent souvent avec ce sentiment de savoir mieux que l'autre, même de toute puissance, tu vois ? Et si l'autre ne comprend pas, ce n'est pas parce qu'il s'est mal exprimé, c'est parce que lui n'a pas compris. Tu vois ?* ».

4) Les conséquences spécifiques de ces facteurs sur la santé des patients d'origine non-Européenne

a) À l'échelle individuelle

Nous l'avons vu, la reconnaissance d'entités spécifiques selon le contexte va avoir un impact sur nos décisions. Un diagnostic erroné peut alors entraîner un traitement inadapté, voire invasif pour le patient. Une situation que **M2** réussit à éviter en Guyane lorsque, donnant un avis à sa collègue pour la prise en charge d'un jeune garçon, il lui évite un délabrement inutile. Cela en reconnaissant une myiase furonculoïde qui avait été diagnostiquée initialement comme un abcès : *« Et en fait, elle commençait, elle, elle voulait inciser, elle, elle pensait que c'était un abcès. [...] Et donc, je lui ai dit : « Mais ça, c'est pas... C'est un ver macaque, c'est pas un abcès, c'est une myiase furonculoïde ». Et ça se traite pas... Enfin, ça sert à rien de l'inciser. Je pense qu'en incisant, largement, on peut enlever le ver, mais ça fait un énorme délabrement pour rien, quoi. »*. Un délabrement qui n'a pu être évité dans la situation clinique de **M8**, où le phototype de la patiente a pu influencer le retard diagnostique de DHBNN : *« le premier truc que je m'étais dit, c'était qu'on n'a juste pas l'habitude d'examiner un patient noir »*, avec des conséquences négatives pour la patiente : *« elle faisait une dermo-hypodermite qui s'est nécrosée dans un second temps et malheureusement on est arrivé à un stade où les chirurgiens plasticiens ont voulu débrider toutes les parties nécrotiques donc ça a été extrêmement délabrant »*.

Mais lorsque les traitements sont adaptés, ils peuvent néanmoins être négligés avec un **retard d'administration du traitement en fonction du regard du soignant sur la plainte du patient**. **M5** exprime alors au sujet de sa patiente drépanocytaire : *« l'impression qu'on ne*

croyait pas trop à sa douleur parce qu'elle était plus théâtrale » avec comme conséquence : « l'impression qu'on finissait par traiter la douleur, parce qu'au bout d'un moment, on peut pas se permettre de laisser quelqu'un hurler de douleur pendant trois heures. Mais c'était quelque chose qui tardait un petit peu. Et toujours avec beaucoup de scepticisme. C'était "bon, d'accord, on lui donne, mais on n'y croit pas trop". Un retard dans la prise en charge antalgique sous couvert d'une interprétation de la douleur comme « théâtrale » où le risque est de passer à côté du soin et d'altérer la relation de confiance soignant-patient : « Quand elle était douloureuse, elle était vraiment peu accessible à la discussion, mais c'est normal. Et quand elle n'était pas douloureuse, elle disait, elle avait l'impression que les gens ne la croyaient pas. » (M5).

Une relation de confiance qui s'opère au sein de la communication et que le prisme de la « barrière de la langue » peut également altérer. M4 se rendant compte que l'interrogatoire de sa patiente aux urgences avait été succinct, malgré l'existence du système d'interprétariat, et que cela a pu influencer le retard diagnostique d'infection au VIH ainsi que son hospitalisation nécessaire : *« Résultat, quand elle est arrivée aux urgences, sa créat', elle était encore plus montée. Son potassium, il était encore plus monté. Enfin, elle est passée en réa, c'était un truc en rapport avec le VIH. Tu sais, les HIVAN, la néphropathie aiguë due au VIH, elle avait genre des diarrhées de fou sur des parasitoses digestives. Elle a été hospitalisée quand même pas mal de temps, tu vois. Et en fait, genre vraiment de me dire que cette dame, elle était passée aux urgences quelques jours avant de me voir, qu'il y avait déjà plein de trucs qui étaient quand même des critères d'alerte, que euuh, ils lui avaient posé deux questions, ça m'avait vraiment choqué, quoi ».*

b) À l'échelle systémique

Les soins prodigués à la population sont conditionnés par différents facteurs, et la « **barrière de la langue** » peut en limiter concrètement l'accès, comme l'exprime **M3** : « *Une limite aussi en termes de barrières de langue, parce que forcément quelqu'un qui n'arrive pas exactement à interpréter ou décrire ce qu'il ressent, va donc se faire moins bien comprendre, et donc je pense qu'il est limité à ce niveau-là, c'est-à-dire il sera moins bien soigné* ». Une barrière généralisée des soignants qui impacte le droit des patients à bénéficier d'interprètes dans leur accompagnement, comme dans la situation clinique de **M1** : « *D'habitude on discute. [...] Là, euuh, c'était, "ah non, mais s'ils parlent pas français, ça va être une galère, ça va être pas possible, non, non, non. On prend pas en charge, qu'ils apprennent à parler le français, et après, ils pourraient revenir* ».

Des barrières qui peuvent également être structurelles avec des **inégalités territoriales d'accès aux soins**. Lors de son expérience dans un dispensaire en Nouvelle-Calédonie, **M10** identifie la gravité clinique de sa patiente, mais le transfert se voit retardé : « *Les premières fois, elle n'était pas à un stade suffisamment grave pour qu'on l'évacue en évacuation sanitaire, qu'on puisse déplacer l'hélico* », avec pour conséquence que : « *quand ils l'ont évacuée, c'était trop tard, donc ils ont eu le temps de la transporter à l'hôpital de [Ville en Nouvelle-Calédonie], mais elle est décédée sur place* ».

Des situations cliniques qui évoquent finalement chez certains participants l'idée d'une catégorisation des individus influençant les soins, comme a pu le ressentir **M5** lors de la prise en charge de son patient d'origine surinamaïse : « *Mais il y avait un racisme auquel je ne m'attendais pas. Je ne vais pas vraiment appeler ça autrement. Mais le traitement du patient, ce n'était pas pareil qu'un patient qui aurait été, on va dire, local* ». Pour **M8**, avant d'évoquer le racisme dans le soin, il s'agit d'observer le poids de tous types de différences sur les disparités

en santé : « *Et la raison pour laquelle je dis que ce n'est pas du racisme, c'est parce que globalement, toutes les différences sont un peu gérées de la même manière. Un peu troublée, un peu maladroite et ça impacte un peu la communication. Et des fois, la différence ethnique, elle a cet effet-là sur la prise en charge et c'est dommage* ».

5) La remise en question du médecin face à des situations cliniques dysfonctionnelles

a) Percevoir ses propres limites

La communication était le point récurrent des entretiens, face à une « barrière de la langue » les participants ont souvent évoqué leurs stratagèmes pour veiller à la bonne transmission des informations au patient. Une prise en charge qui peut tout de même ne pas aboutir malgré le fait d'avoir fait de son mieux : « *J'ai cherché moi-même l'ORL sur Doctolib, et j'ai fait le courrier, et j'ai essayé de dire : « vous allez le voir avec ce courrier-là. Et après, vous revenez nous voir ici au cabinet ».* [...] *Et j'ai envoyé tout ça, et en fait, rien n'a abouti. Rien n'a abouti, et la maman n'est pas revenue. Ça m'a vraiment embêtée, parce que je pensais avoir fait mon maximum* » (M3).

Il a donc été constaté des difficultés sur certaines situations cliniques qui vont être à l'origine des biais cognitifs décrits plus haut. Mais que la plupart des participants vont réussir à admettre, notamment au sujet de la compréhension des représentations de leurs patients. M2 reconnaît ainsi avoir eu du mal à dépasser ce qu'il décrit comme des « *barrières* » concernant l'expression de la douleur de ses patients d'origine haïtienne en Guyane : « *Là, il y a une barrière immense. Et je n'ai toujours pas... J'arrive un peu mieux maintenant, mais je n'ai*

toujours pas dépassé cette barrière ». Ces difficultés amenant le médecin à avouer de la « *frustration* » lorsque ce défaut de compréhension complexifie la prise en charge : « *Et puis c'est toujours un peu énervant de se dire qu'on aurait pu aller plus vite, soulager la personne plus rapidement si j'avais eu les clés, en fait. [pause] Les clés culturelles et les clés de langage.* » (M6). Un processus de compréhension parfois complexe où M7 y voit **l'opportunité de se remettre en question** : « *Alors non, je me suis remis en question parce qu'au début, j'étais très très [bête]* ».

Des difficultés que l'on observe également lorsqu'il s'agit de trouver la manière de communiquer nos émotions en tant que soignant. Que ce soit de les communiquer aux patients : « *C'est vrai que c'est difficile de rester stoïque face à de telles histoires [au sujet du parcours migratoire]. Parce qu'en même temps, il ne faut pas qu'on craque. Parce que c'est elle qui l'a vécu. C'est pour elle que c'est difficile. Faut être dans l'empathie. Faut pas... Enfin je dis "faut pas"... Je ne sais pas quelle est la meilleure façon de réagir.* » (M9), ou aux collègues, quand M1 reconnaît par exemple ne pas avoir réussi à exprimer son ressenti malgré son désaccord avec la décision finale du staff PMA : « *Mais je n'ai pas osé, en fait, moi, clairement, je n'ai pas du tout osé faire part de mon ressenti en staff. Ni même, après coup, au médecin qui a pris la décision directement* ».

Une reconnaissance de limites émotionnelles propres à chacun, tout comme les limites concernant les compétences cliniques. M8 explique d'ailleurs que : « *Il faut bien apprendre la médecine d'une certaine manière* », tout en soulignant par la suite son oubli de spécificités de certains domaines cliniques : « *Effectivement, la peau c'est sûr, ce n'est pas pareil. Et ça c'est un truc que moi j'avais oublié, que je n'ai pas eu à l'esprit quand j'ai pris en charge cette patiente* ».

b) Un soignant riche de solutions

Au travers de ces remises en question face à des situations cliniques parfois dysfonctionnelles, les participants ont spontanément exprimé des attitudes leur permettant d'accompagner au mieux leur patient.

Tout d'abord, il a été évoqué le fait d'**avoir confiance aux capacités du patient** à trouver des ressources personnelles pour l'aider dans son parcours de soin : « *Et après, lorsque la tentative de FIV s'organise, nous, on communique au patient via une application. Je pense qu'à mon avis, la dame, elle aurait pu demander, elle aurait pu avoir quelqu'un qui, parmi ses proches, qui aurait pu traduire les consignes médicales qu'on aurait envoyées via l'application. Pour l'instant, ça n'a jamais été fait. Donc, j'ai aucun retour. Mais personnellement, je pense que ça aurait pu être facile à faire* » (M1). Cette confiance entre aussi en jeu lorsqu'il s'agit de savoir remettre le patient au centre de la prise en charge, même lorsque la communication avec ce dernier nécessite la présence d'un tiers : « *C'est en gros, je lui pose ma question, la femme coupe la parole ou alors... Pas forcément coupe la parole, mais répond d'emblée. Et en souriant, souvent ce que je fais, c'est que je me tourne vers le patient, je lui fais : "Et vous, qu'est-ce que vous en pensez, Est-ce que vous êtes d'accord ?"* » (M11). Une attention particulière portée au patient directement afin de s'assurer également qu'il reparte avec les informations qu'il est en mesure de comprendre, comme l'explique M2 : « *Et quand il n'a pas compris, du coup d'essayer de pas laisser les gens partir sans qu'ils aient compris ou du moins s'ils ont pas compris de les référer à quelqu'un d'autre tu vois* ». Cela est possible en usant de stratagème différent, en écrivant toutes les informations nécessaires pour M9 : « *Parce que si je leur fais un courrier pour un cardio, et que je leur donne juste le courrier comme ça, je m'imagine, dans*

un pays dont je ne connais ni la langue ni les façons de faire, que je sois un peu perdue. Je leur mets vraiment le nom du médecin, le numéro de téléphone, l'adresse. » ; ou en laissant le patient apporter sa méthode pour M6 : « Ben pareil sur la barrière de la langue, je vais leur dire : " soit vous venez avec le truc traducteur ou avec quelqu'un et tout ça ». Et après, la personne, elle vient et elle apporte elle-même sa façon de faire, pour que ce soit mieux. Et après, c'est rare qu'on se retrouve en difficulté. Enfin, il y a toujours ces difficultés-là, mais on s'apprivoise et les choses vont petit à petit. C'est plus facile. Petit à petit, c'est plus facile. ».

Ensuite, de nombreux participants ont exprimé l'importance de ne pas s'arrêter aux différences d'expressions verbales et physiques des symptômes, en ayant une attention particulière à la clinique. Une expression de la douleur considérée comme « neutre » ne devant pas être laissée de côté mais tout de même recherchée, comme le décrit M6 : *« Alors là, pour le coup, on est sur des cultures qui n'expriment pas beaucoup, [rire] parce que, voilà, je veux en savoir plus! [rire] Donc après, je vais rester très clinique, c'est-à-dire que je l'examine, je lui demande de se déshabiller et je vois comment est-ce qu'elle va réagir à la palpation, à l'examen ».* M11 de son côté s'attarde à donner un sens clinique aux termes utilisés par son patient afin d'en décoder les représentations et adapter sa prise en charge : *« je crois qu'au bout d'un certain moment, je laisse un peu tomber ce terme-là [en référence à la « chaleur »], et j'essaie de voir s'il n'y a pas autre chose, et je mets de la clinique derrière, d'ailleurs, pour voir ce que ça peut être ».*

Enfin, l'essentiel des échanges abordait la nécessité de **créer et de conserver le lien avec les patients, même lorsque nos représentations ou nos modes de communication sont différents**. M7 évoquant alors le lien entre médecine occidentale et traditionnelle : *« toujours pour garder ce lien, je leur dis, continuez avec le fundi, mais venez aussi me voir, comme ça, on va travailler ensemble »*, et M10 l'ouverture à la formation en fonction de ce qui

est exprimé par le patient : *« être ouvert et écouter les gens. Et voilà, du coup, réussir à se former par rapport aux informations qu'on nous donne »*. Malgré nos différences, **M5** évoque le fait qu'il existe des thématiques universelles permettant de relier chaque individu afin de rapprocher soignants et patients au cours de la prise en charge : *« On touchait à un truc qui était assez universel, je pense. Il me parlait de sa famille, il me montrait des photos de ses enfants. Enfin, ça reste la famille, l'amour, la solitude, la sensation d'emprisonnement. C'étaient des thèmes, je trouve, auxquels on peut assez facilement s'identifier »*.

c) **L'intégration de sources de formations multiples**

Dans de nombreuses situations cliniques, les participants ont évoqué la place importante de l'apprentissage, dont la principale source semble être l'**auto-formation**. **M2** partage ainsi la volonté rapide qu'il a eu d'apprendre une des langues vernaculaires de Guyane pour améliorer sa prise en charge : *« si je veux ouvrir les portes et vraiment vivre une vraie expérience sur le Maroni, il faut que j'apprenne cette langue. [...] Donc j'ai pris des cours. J'ai acheté des livres, j'ai pris des cours et j'ai commencé à les mettre en pratique et petit à petit j'ai fait des progrès. »*. **M9** de son côté, n'a pas appris une nouvelle langue mais a plutôt cherché à connaître les mots les plus appropriés pour s'adresser à ses patientes victimes de MSF : *« En consultation, je n'utilise pas le terme de mutilation sexuelle féminine. J'ai vu, après avoir fait un peu de bibliographie, que c'était recommandé d'utiliser plutôt le terme d'excision ou couper en bas en faisant des gestes. »*. Une auto-formation qui n'entoure pas uniquement les capacités de communication avec le patient mais également les compétences cliniques. C'est une tâche qui s'avère alors complexe, comme l'exprime **M6** au sujet de la dermatologie sur phototype foncé : *« J'essaie de me former. En fait, quand tu cherches, et c'est franchement, surtout en dermato,*

*clairement, c'est hyper compliqué. De l'icône sur peau noire, enfin sur peau pigmentée, c'est super compliqué, franchement. Il y a quelques trucs où il y a le module pour ça et tout, mais c'est pas si simple, et c'est pas ce qu'on nous a montré à la fac. [pause] C'est-à-dire que ça te demande un effort, toi, de ton côté, de dire « bon, je vais aller chercher, parce que là, au bout d'un moment, j'en ai marre de pas bien voir euuuh ces choses-là. ». Se former pour être plus à l'aise dans son diagnostic, c'est également ce qu'évoque **M10** pour les pathologies prévalentes en milieu tropical comme dans certains DROM-COM : « il y a la nécessité de se former par soi-même à des pathologies qu'on a moins l'habitude de voir en métropole, tout simplement. ».*

Une formation qui se retrouve, dans une certaine mesure, au niveau de nos institutions. Que ce soit lors d'un cours organisé par la faculté comme pour **M4** : « *Et en fait, c'était un cours à la fac en simulation. Ils faisaient une formation de simulation. Et du coup, vu qu'il est chef à la PASS, sur l'interculturalité.* », ou bien lors de la rédaction d'une trace d'apprentissage autour d'une des familles de situations cliniques en médecine générale abordant les patients d'une autre culture : « *Après, je sais que c'était de la formation pour un RSCA. Je pense que c'était un des thèmes qu'on devait aborder dans nos traces d'apprentissage. Et du coup, j'avais dû rechercher un peu tous les moyens pour trouver des interprètes, pour trouver une aide sociale.* » (**M9**). La formation universitaire cible parfois une thématique précise, notamment la dermatologie sur phototype foncé, mais peut être jugée succincte lorsqu'elle ne comporte que quelques iconographies ou outils numériques : « *c'était plus des report points. On faisait défiler quelques images, encore une fois, pour nous les mettre dans les yeux, quoi. Pour qu'on comprenne un petit peu. Je pense qu'ils ont dû nous donner des sites.* » (**M11**).

Du fait de ce besoin de formation au sujet de la diversité dans le soin qui peut parfois manquer au niveau institutionnel, les participants ont largement évoqué leur entourage professionnel comme source d'apprentissage. Pour **M9** il aura fallu rechercher un centre de

santé où l'ensemble de l'équipe était formée et prête à l'accueillir pour transmettre des connaissances : *« J pense que ce qui m'a aidée aussi, c'est que dans le cadre de mon [travail universitaire], j'ai accompagné pendant une journée une équipe qui prend en charge des femmes victimes de mutilations sexuelles féminines. »*. Du côté de **M5**, il s'agissait d'autres collègues avec qui elle travaillait au quotidien : *« Quand on était à [Ville de Guyane], il y avait un médecin qui m'avait passé un petit bouquin pour apprendre la langue. »* ; avec un environnement disposant également de médiateurs culturels : *« Il y avait quelques cours de langue du fleuve avec une médiatrice culturelle »* (**M2**). Un statut de médiatrices qui se retrouve aussi auprès des secrétaires du cabinet de **M7** : *« quand il y a des différences culturelles que j'ai du mal à saisir, on en parle beaucoup avec mes secrétaires, elles essayent de m'expliquer. Je fais comme ça au fur et à mesure... »*.

L'apprentissage provient aussi des personnes qui vivent sur un territoire et qui connaissent donc les spécificités culturelles de la population que l'on est amené à prendre en charge. **M10** l'a vécu lors de son expérience en Nouvelle-Calédonie : *« C'est juste qu'il faut avoir des réflexes qu'on n'a pas forcément appris. Par exemple, il y a la gratte aussi, maladie qui est spécifique de là-bas. Quand ils mangent des poissons, ils ingèrent certaines toxines. Ça, on te le dit. En fait, c'est presque les locaux qui t'apprennent des choses aussi parfois. »*. D'autres individus que les professionnels de santé sont donc une source de savoirs. **M6** détaillant par exemple **la place de ses patients dans son apprentissage** : *« C'est pas forcément moi qui sais. Ça peut être aussi la personne en face qui sait [...] C'est-à-dire que j'ai fait confiance à la maman [de sa patiente métisse], même si, moi, avec mes yeux, j'aurais pas pu faire le diagnostic seule. J'ai fait confiance à la personne en disant: "si pour toi qui est habituée, qui a le regard, c'est rouge, bah d'accord, en fait." »*.

d) Le cheminement du médecin au travers de ces situations cliniques dysfonctionnelles

Au cours de nos différents entretiens, nous avons observé une évolution des représentations et du raisonnement des participants lors de leur partage des situations cliniques qu'ils ont vécues ou dont ils ont été témoins.

Tout d'abord, il existe une reconnaissance de la diversité des patients d'origine non-Européenne avec des spécificités pouvant siéger au sein de la communication, l'expression des symptômes ou les signes cliniques. Mais cette diversité peut constituer initialement un obstacle : *« Après, ça dépend qui et quoi, mais c'est vrai que plus la personne est éloignée... Ses représentations sont éloignées de ce que toi, t'as appris pendant tes études de médecine et tout, moins t'es à même de bien la prendre en charge. Il faut vraiment faire beaucoup plus d'efforts. »*

(M4). Cet « effort » évolue vers l'acceptation des différences de représentations : *« Il y a des fois un peu de... Notamment sur la famille thaïlandaise, où il y a des fois un peu d'incompréhension, en fait. Tout simplement, je comprends pas, je n'aurais pas fait pareil, moi. Mais bon, c'est comme ça. Ouais, j'accepte. »* (M6).

Un processus évolutif qu'exprime également M2 en reconnaissant la diversité de ses patients mais en se sentant initialement en difficulté : *« Quand j'ai rencontré mes premiers patients haïtiens aussi, là j'ai senti ce que c'était la diversité dans le soin. Ça a été compliqué [pause] au début. »*. Pour faire preuve au fur et à mesure de son expérience professionnelle d'adaptation en étant au contact de la population et en s'intéressant à leurs références culturelles : *« Et à la fin, quand je me débrouillais un peu mieux, tu vois, à la fin, j'avais travaillé à la Croix-Rouge, j'avais vu plein d'haïtiens, à la fin, je les comprenais un peu mieux, je parlais avec eux, je plaisantais avec eux, et là, ça allait mieux. »* (M2).

Un cheminement qui passe par l'apprentissage et permet de mieux comprendre son prochain afin d'adapter sa prise en charge, comme l'exprime **M9** : *« Je connais un peu mieux le sujet des mutilations sexuelles féminines. Je connais un peu mieux l'histoire, les raisons, les conséquences. J'ai plus de clés pour répondre aux éventuelles questions que la patiente pourrait poser. »*.

Pour finalement aboutir à un processus où le médecin reconnaît le contexte culturel de son patient, voire peut en faire partie, tout en intégrant le fait qu'il est lui-même porteur d'une grande diversité : *« La diversité, je la mettrais plus en lien avec moi, si tu veux, parce qu'ici, l'autre est différent, même si on a des codes communs d'un point de vue spirituel. La diversité, elle se fait dans notre relation, parce que je ne suis pas comme eux. C'est là où il y a de la grande diversité. »* (**M7**). Un jeu de miroir et d'intégration réciproque qui, selon **M10**, apporte parfois bien plus au soignant : *« l'expérience avec des personnes d'autres cultures, je trouve, m'apporte énormément. Et j'ai plus l'impression que ça m'apporte à moi, que moi je leur apporte à eux, bien souvent. »*.

IV. Discussion

A. Synthèse des résultats

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les biais cognitifs au sein de notre raisonnement médical en cas de prises en charge dysfonctionnelles de patients d'origine non-Européenne.

Les entretiens ont permis d'explorer les moments clefs qui contribuent à ces situations cliniques. Une première étape cruciale a ainsi été identifiée : l'interaction avec le patient. Celle-ci fait écho aux outils dont disposent les médecins lorsqu'il existe des barrières linguistiques qui limitent le recueil des informations du patient. Un recueil qui s'avère nécessaire afin de procéder à une seconde étape d'intégration des données du patient dans notre raisonnement médical. En s'intéressant aux patients d'origine non-Européenne, nous avons observé que des facteurs culturels et socio-économiques du patient, mais également structurels entrent en jeu lors de cette étape. Tout comme s'ajoutent la position du médecin et son environnement professionnel. Il existe donc des facteurs bio-psycho-sociaux multiples, dont certains semblent impacter de manière plus importante le raisonnement clinique et influencer l'apparition de biais cognitifs. Un processus qui conduit à des décisions médicales parfois dysfonctionnelles aux conséquences variables pour le patient. Mais au sein des situations cliniques partagées par les participants, nous avons également identifié plusieurs mécanismes en lien avec la réflexivité des médecins. À partir de nos données, nous avons ainsi modélisé la construction de nos biais cognitifs au travers des différentes étapes de la prise en charge médicale, ainsi que leurs conséquences (Figure 3).

De plus, l'ensemble des biais cognitifs retrouvés au cours des entretiens est présenté dans le tableau 2.

Figure 2 - La construction des biais cognitifs, les conséquences pour le patient d'origine non-Européenne et la réflexivité des médecins

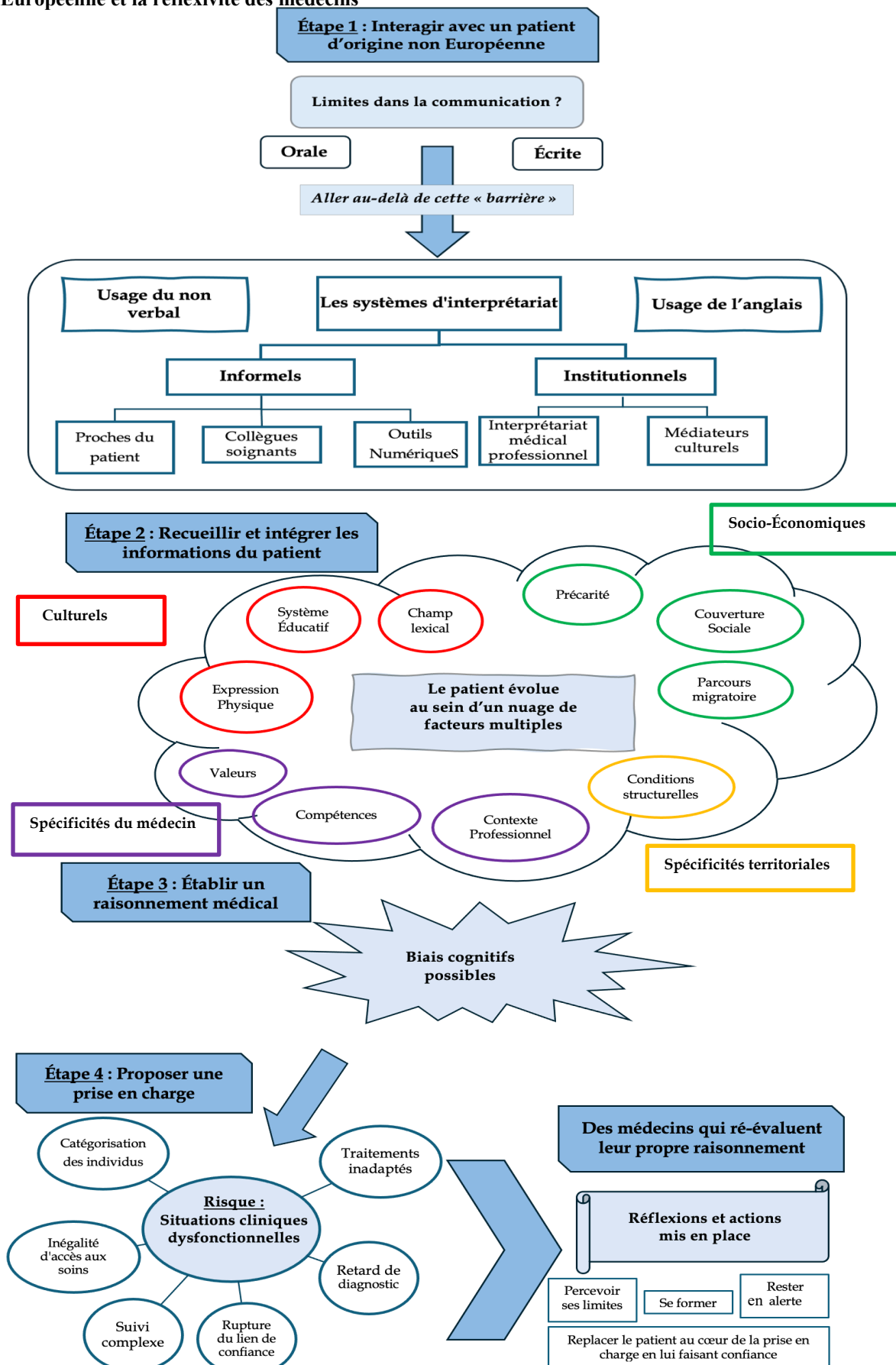


Tableau 3 : Les biais cognitifs au cœur de situations cliniques dysfonctionnelles dans la prise en charge des patients d'origine non-Européennes

Biais liés à la recherche et présentation des informations cliniques du patient	
Biais de cadrage	Le médecin peut être influencé par la manière dont on lui présente une situation clinique ou des critères diagnostiques
Biais de confirmation	Rechercher les preuves permettant de confirmer l'hypothèse diagnostique initiale, tout en omettant celles qui peuvent la contredire
Biais de déballage	Risque de ne pas rechercher des informations importantes qui auraient permis d'établir un diagnostic différentiel
Biais liés à l'analyse des informations	
Biais d'ancrage	Rester fixé sur les caractéristiques cliniques initiales du patient, sans ajuster son raisonnement lors de l'apparition de nouveaux éléments
Biais de conclusion prématurée	Arrêter prématurément son raisonnement en acceptant un diagnostic sans que celui-ci n'ait été entièrement vérifié
« Playing the odd bias »	Risque, même lorsque la présentation du patient est atypique, à opter pour un diagnostic bénin en pensant qu'il serait plus probable qu'un diagnostic grave
Biais liés à son propre affect et/ou l'influence d'une tiers personne	
Biais d'autorité	Accepter un diagnostic ou une prise en charge selon l'opinion d'une figure d'autorité
Biais viscéral	Influence de données subjectives en lien avec ses propres émotions sur la situation clinique
Biais liés aux caractéristiques du patient : spécificité de l'erreur ethnique ?	
Effet « overshadowing »	Un nouveau problème de santé est immédiatement lié à un antécédent complexe du patient (une pathologie dite « exotique » par exemple. La recherche d'un diagnostic plus simple est alors retardée.
Force de l'anecdote ou « Hasty generalization bias »	Fonder des affirmations sur une catégorie de patients en se basant sur ses perceptions sans preuves suffisantes.
Séréotypes	Croyance généralisée concernant une catégorie d'individu. Le risque étant d'établir un lien inconscient et automatique entre l'appartenance ethnique du patient et un fonctionnement qui lui serait spécifique.
Favoritisme au sein du groupe ou « In group favoritism »	Tendance à avoir un regard plus positif sur les prises en charge de patients partageant les mêmes codes socio-culturels
« Blind spot bias »	Reconnaître plus facilement l'impact des préjugés sur le raisonnement des autres plutôt que sur le sien

B. Forces et limites de l'étude

a) Les forces de l'étude

Pour répondre à l'objectif principal de notre étude, la méthodologie qualitative était la plus appropriée. La réalisation d'entretiens semi-dirigés a permis d'explorer le raisonnement des médecins ainsi que leurs émotions grâce au partage d'expériences cliniques dont ils ont été pleinement acteurs ou témoins. La méthodologie quantitative ne permettant pas d'accéder au discours des participants, cela aurait restreint la richesse et la diversité des données recueillies.

Tout au long de notre travail, une rigueur concernant la méthodologie d'une thèse qualitative a donc été respectée. L'ensemble du processus méthodologique utilisé a été détaillé dans le chapitre « Matériel et Méthodes » afin d'en assurer la reproductibilité. Il s'est appuyé sur les critères de qualité de la **grille COREQ** (44), spécifique aux études qualitatives et présentée en Annexe 8.

Plusieurs études qualitatives se sont d'ailleurs déjà penchées sur l'impact de la barrière de la langue et des différences culturelles dans la prise en charge des patients en médecine générale (45-46) ou encore les enjeux dans la prise en charge des populations migrantes (47). Mais, à notre connaissance en début de travail et à ce jour en France, aucune étude qualitative dans le domaine de la médecine n'a tenté d'analyser *l'impact de la construction du raisonnement médical*, toutes spécialités confondues, sur la prise en charge d'un patient d'origine non-Européenne. Cela sans distinction de la spécialité des médecins ou du parcours migratoire du patient. **L'originalité de ce travail** en fait donc une force pour cette étude.

De plus, de nombreuses études dans la littérature corroborent les résultats de notre recherche. Celles-ci sont présentées dans la partie « Confrontation aux données de la littérature ».

b) Les limites et biais de l'étude

Concernant le recrutement des participants de cette étude, ces derniers n'ont pas été tirés au sort, mais contactés directement par l'investigatrice puis recrutés par effet boule de neige. La thématique de notre étude était évoquée, entraînant de fait un **biais de sélection** de participants intéressés par le sujet et motivés par le partage de leurs expériences. Néanmoins, cela reste cohérent avec l'échantillonnage d'une thèse qualitative dont le but n'est pas d'être significativement représentatif. Nous avons tout de même réussi à diversifier les modes d'exercice et, en partie, les spécialités des participants. Mais nous observons que la majorité se situe dans la tranche d'âge 25-35 ans, avec un exercice professionnel inférieur à 10 ans, autrement dit : un profil de participants jeunes. Cet élément limite de fait la variation maximale de l'échantillon.

S'agissant du recueil des données, l'investigatrice était novice dans la réalisation de ce type d'étude. Un **biais d'investigation** qui a été atténué grâce à la formation personnelle de l'investigatrice et à une recherche bibliographique concernant la méthodologie des études qualitatives.

L'investigatrice étant empreinte de ses propres représentations et de son contexte socio-culturel, un **biais de suggestion** était inhérent à la réalisation de cette étude. Le guide d'entretien a donc été retravaillé progressivement afin d'en limiter la subjectivité (Annexe 3 et 4). Le but était de ne pas laisser transparaître les hypothèses de l'investigatrice dans les questions aux participants. Une adaptation tout autant nécessaire pour la reformulation du message de

recrutement, car la première version comportait non seulement les thèmes, mais surtout les hypothèses de l'étude (Annexe 2).

L'ensemble de ces modifications a également permis de réduire le **biais de désirabilité sociale**. Ce biais consiste en la formulation de réponses orientées et réfléchies par les participants, en fonction du thème de l'étude, de crainte d'être jugés. Afin d'atténuer ce sentiment, nous avons aussi veillé à formuler des questions ouvertes, invitant au partage d'expériences, tout en rassurant sur le respect de l'anonymat.

Cependant, chaque participant ayant sa propre sensibilité et ses propres mécanismes de défense face aux thématiques abordées, un **biais d'inhibition** a pu naître. Les limites concernant le recueil de certains vécus ont pu être réduites grâce au climat de confiance recherché pour chaque entretien.

L'investigatrice connaissait d'ailleurs personnellement certains participants, ce qui a pu impacter l'objectivité des échanges. Un **biais de complaisance** que l'on a cherché à éviter en adoptant une posture qui se voulait la plus neutre possible. Une écoute active du récit était donc privilégiée, indépendamment du lien préalable entre le participant et l'investigatrice.

Les récits partagés durant les entretiens faisaient appel aux souvenirs des participants concernant leurs prises en charge de patients d'origine non-Européenne. Il existe donc dans cette étude un **biais de mémorisation et d'information**. Les expériences partagées étaient sous l'influence de la mémoire, mais également de leurs empreintes émotionnelles. Néanmoins, cela peut s'avérer positif dans le cadre d'une thèse qualitative, en permettant au participant de faire une narration libre de son vécu.

Les verbatims issus de la retranscription de ces entretiens n'ont pas été soumis à la validation des participants pour en vérifier le contenu. Nous avons fait ce choix afin de limiter le risque d'auto-censure des discours recueillis.

C. Confrontation aux données de la littérature

1. Interprétariat et médiation culturelle en santé

a) Impact des barrières linguistiques dans la prise en charge des patients

Lors de la consultation médicale, une rencontre s'opère entre le patient et le médecin. Durant cette rencontre, la communication est fondamentale. Elle permet à l'un d'exposer son problème de santé, afin que l'autre puisse explorer le problème en question, et surtout, expliquer la prise en charge (48). Une première étape jugée complexe par les participants quand il existe des barrières linguistiques⁷.

La conséquence de ces difficultés dans la communication est une incompréhension entre le médecin et le patient : **l'interrogatoire peut alors s'avérer incomplet, avec un risque d'erreurs médicales** ou de prescriptions d'examens complémentaires supplémentaires. Le suivi est également impacté du fait d'un défaut de compréhension des prescriptions thérapeutiques. De nombreuses études, majoritairement à l'étranger, se sont ainsi attardées sur l'impact des barrières linguistiques dans le soin et confirment cet effet d'augmentation des erreurs médicales ou de soins inadaptés (49-52).

Certaines études françaises ont retenu notre attention, car elles s'attardent sur le ressenti des deux individus principaux de cette phase d'interaction : le médecin et le patient. Du côté du soignant, en donnant la parole à plusieurs médecins généralistes exerçant en Picardie, la thèse de J. POLIN, confirme le vécu de nos participants. Un vécu où la barrière de la langue constitue une des difficultés principales à l'élaboration d'une communication interculturelle permettant

⁷ Se reporter au chapitre « La langue, un pont important » p.22-24

une prise en charge satisfaisante (53). Du côté du patient, c'est bien l'étude de S. MOUKRIM publiée au sein de l'ouvrage L'Intégration linguistique des migrants adultes (54), qui s'avère intéressante. Cette étude donne la voix à des femmes d'origine marocaine afin qu'elles s'expriment sur leur parcours de soin dans un contexte de barrières linguistiques. Elle éclaire ainsi sur l'importance du langage dans le soin pour ces patientes, qui ont pu éprouver de la frustration à ne pas pouvoir expliquer leurs problèmes de santé convenablement, ou de la gêne ressentie lorsqu'il s'agit de trouver les bons mots pour aborder des questions plus intimes. Ces éléments sont des ressentis retrouvés en miroir au cours des entretiens que nous avons faits avec des médecins.⁸

b) Des modes de communication variés pour pallier les barrières linguistiques

Les barrières linguistiques sont pourvoyeuses de difficultés et d'incompréhensions dans le soin, mais **une « barrière de la langue » ne signifie pas une impossibilité de communiquer avec le patient.** Tenter de lever ces barrières relève d'une attention particulière mise en œuvre par les soignants.

Tout d'abord, grâce à l'usage souvent spontané et inconscient du langage non verbal. Il s'avère en effet que chaque individu répond à deux systèmes de communication décrits dans l'ouvrage de P. WATZLAWICK - Une Logique de la communication (55). Un système de communication digitale, qui correspond à tout ce qui est dit ou écrit, c'est-à-dire les mots. Un deuxième système analogique, qui englobe les gestes, les positions et les intonations de voix, et définit le non-verbal. Nous recevons en permanence des signaux de ces deux modes de communication avec l'objectif ultime de décoder le message véhiculé afin de comprendre l'autre. Mais lorsque le digital est absent, comme dans des situations de barrières linguistiques,

⁸ Se reporter au chapitre « La langue, un pont important » - entretien avec M8 et M9 p.22

c'est bien le système analogique qui va primer. Les participants de notre étude ne sont pas insensibles à ce mode de communication, car nous retrouvons au cours de nos entretiens⁹ l'idée que : « *lorsque le langage verbal est absent, c'est bien le langage non verbal à travers la gestuelle ou un sourire qui sera l'outil de transmission privilégié* » (56).

Néanmoins, le langage non verbal étant empreint du contexte social et des représentations de chaque individu, d'autres systèmes de communication sont bien souvent employés dans le soin. C'est ainsi qu'une revue systématique de la littérature réalisée en 2021 a évalué les différentes techniques utilisées par les soignants pour compenser les barrières linguistiques. Il est retrouvé l'usage privilégié d'interprètes informels, tels que les membres de la famille du patient ou les collègues, par rapport aux interprètes professionnels. Une situation tout aussi fréquente parmi nos participants¹⁰ mais qui, comme le souligne la revue de la littérature, entraîne un réel risque d'erreurs médicales lié notamment à la perte des informations (57). Ce phénomène est retrouvé lors de l'usage des traducteurs numériques. Cependant, comme l'évoquait une de nos participantes¹¹, ces outils font bénéficier d'un gain de temps lors des situations d'urgence (58).

Devant l'ensemble des sources d'aides à la traduction dans le soin, la HAS a établi en 2017 des recommandations concernant l'interprétariat linguistique en santé. Cette autorité considère que : « *seul le recours à l'interprétariat professionnel permet de garantir aux usagers un égal accès aux droits et aux soins de manière autonome* » (59). Le recours à des interprètes non formels, au numérique mais également à une langue étrangère commune telle que l'anglais, ne donnerait que *l'illusion* d'une compréhension mutuelle. Un interprète professionnel est donc à privilégier mais implique une relation tripartite, où le lien soignant-patient se voit modifier

⁹ Se reporter au chapitre : « La langue, un pont important » - Entretien avec M10 et M11, p. 22

¹⁰ Se reporter au chapitre : « Le regard des médecins sur les systèmes d'interprétariat », p. 24-25

¹¹ Entretien avec M8 : « *Après, c'est encore pire dans les situations d'urgence parce qu'il y a besoin d'avoir les réponses rapidement. C'est pas anticipé. Donc on se retrouve à utiliser Google Traduction ou ce genre de choses.* »

par l'intégration d'une tierce personne¹². L'interprète, qui maîtrise les deux langues, met ainsi le soignant dans une position d'attente. Une position où le médecin peut alors percevoir une perte de contrôle sur les informations délivrées (60). Les participants de notre étude avaient ainsi souligné que l'enjeu au sein de ces consultations était bien la confiance et l'acceptation de ne pas maîtriser tous les éléments. Mais au-delà de cet enjeu, bon nombre de médecins jugent l'usage de l'interprétariat professionnel comme bénéfique pour leurs patients (61).

Néanmoins, pour certains soignants, ce système représente tout de même une trop grande source d'inconvénients, en raison de son coût supposé élevé et de l'allongement du temps de consultation (62). Malgré la démonstration que les durées de consultation sont relativement comparables lors de l'usage d'interprètes professionnels en hospitalier (63), les méconnaissances des structures d'interprétariat ou la complexité de leurs mises en place en ambulatoire par exemple, constituent un frein à l'utilisation d'interprètes professionnels dans les consultations (64). Des éléments qui, comme le souligne le rapport de l'IGAS publié en 2020, pourraient expliquer la différence d'usage des systèmes d'interprétariat linguistiques en santé : certains soignants étant mieux informés et plus sensibilisés que d'autres (65). Ce système ayant fait ses preuves sur la réduction des erreurs médicales et l'amélioration de la prise en charge des patients (66-67), **ne pas utiliser l'interprétariat professionnel quand on y a accès reviendrait à priver le patient d'un accès à des soins de qualité**. Des soins où les échanges sont plus neutres, et garantissent notamment la confidentialité et le respect des propos du patient.

En pratique, l'usage de l'interprétariat professionnel n'est pas contraignant juridiquement en France (68). Mais, même s'il peut s'avérer complexe de s'entretenir de manière systématique avec un interprète professionnel, il conviendrait d'en rechercher au moins

¹² Se reporter au chapitre : « Le regard des médecins sur les systèmes d'interprétariat » - entretien avec M11, p. 26

l'accès en présentiel ou en distanciel (59). En nuanciant tout de même que les interprètes informels, tels que la famille, restent une source importante d'informations, notamment dans la traduction des concepts culturels du patient (69) et dans l'alliance thérapeutique (70).

c) **La médiation culturelle : une traduction multimodale**

Au sujet des concepts culturels du patient, la professionnalisation de l'interprétariat linguistique en santé a permis de développer une branche professionnelle de médiation culturelle dans le soin. C'est en 2016 que la Loi de modernisation du système de santé a permis de poser un cadre de référence et une définition qui différencie la médiation culturelle de l'interprétariat (71).

L'interprétariat permet de son côté la traduction du discours entre le patient et le médecin, en veillant à ne pas modifier le sens de ce qui est dit verbalement, tandis que **la médiation veille à comprendre le langage tout en expliquant les comportements et les décisions de chacun** dans cette relation de soin (72). Ce processus facilite ainsi la compréhension de ce qui est dit, mais également de ce qui est ressenti et vécu par le patient, dans la richesse de ses représentations socioculturelles. Tout comme l'expose L. ES-SAFI dans son article au sujet de la médiation culturelle, plusieurs participants ont évoqué l'éclairage précieux apporté par les médiateurs¹³ dans des situations cliniques où il y avait un besoin d'aller au-delà de l'interprétariat (73) : quand il s'agit par exemple de travailler sur l'éducation thérapeutique du patient ou sur l'intégration de traitements traditionnels dans la prise en charge du médecin (74).

¹³ Se reporter par exemple au chapitre « Le regard des médecins sur les systèmes d'interprétariat » - entretien avec M5, p. 25

2. Une approche globale des déterminants de santé des patients d'origine non-Européenne

a) Médecin et patient : une double intégration culturelle

La consultation médicale opère donc une rencontre entre deux individus. Au sein de cette rencontre, chacun est porteur de croyances et de pratiques transmises et apprises au sein d'une communauté (75-76).

Avec l'anthropologie médicale, P. HUDELSON montre que : « *toute interaction soigné-soignant est une **interaction entre deux modèles explicatifs*** » (77). Les causes d'une maladie y sont conçues au travers d'expériences sociales, et non uniquement au travers d'arbres diagnostiques. Les Anglo-saxons ayant bien déterminé ce phénomène en distinguant le terme « *disease* », la dysfonction du corps (biologique ou psychique) sur laquelle s'attardent bien souvent les médecins, du terme « *illness* » correspondant au vécu de la maladie par le patient (78).

La différence est subtile mais requiert notre attention, car elle traduit en substance le risque d'avoir un regard purement mécanique et scientifique sur le motif de consultation, sans prendre en compte sa dimension sociale. L'anthropologue américaine Janelle TAYLOR redéfinit ainsi le terme de « *culture de la non-culture* » : la médecine est présentée comme une discipline dont les connaissances sont basées sur des données scientifiques devant être dénuées de culture (79). **L'apprentissage de la médecine s'avère pourtant empreint d'une culture**, comme le souligne le sociologue David LE BRETON : « *Tous symptômes n'apparaissent jamais qu'à travers de multiples écrans culturels, sociaux et individuels* » (80). Des écrans culturels présents chez le patient mais également... chez le soignant. C'est ce qu'a pu exprimer

la majorité de nos participants, en décrivant des situations où leurs représentations médicales faisaient face à celles de leurs patients¹⁴. Le mode d'expression de certains symptômes, ainsi que l'usage de certains termes pour les décrire, pouvaient être non familiers à la grille de lecture « scientifique » que l'on apprend durant nos études et mettaient ainsi en difficulté les médecins.

Au cours des entretiens, un symptôme a d'ailleurs souvent été au premier plan de ces difficultés, avec un impact plus ou moins important sur la prise en charge des patients : **la douleur**¹⁵. Il s'agit certes d'un symptôme dont l'évaluation est délicate mais qui **illustre la nécessité d'une double intégration culturelle dans les soins** (70, 81). Au sein de l'ouvrage Anthropologie de la douleur, David LE BRETON explique comment l'expérience de la douleur ne correspond pas seulement à la souffrance du patient imprégnée par sa dimension socio-culturelle, mais également à la projection des valeurs du soignant sur le vécu du patient (82). La souffrance physique étant alors un phénomène culturel, au cours de nos entretiens elle a été perçue comme « *neutre* » pour une patiente d'origine Thaïlandaise et, au contraire, « *théâtrale* » pour une patiente originaire d'Afrique subsaharienne. La sociologue Anne DISCRY traduit ces différences perçues en un « stoïcisme » ressenti par le personnel soignant à l'égard de l'expression de la douleur dans les populations asiatiques. Et évoque le « Syndrome méditerranéen », que le personnel soignant peut malheureusement attribuer aux populations originaires du pourtour méditerranéen, d'Afrique subsaharienne ou d'Amérique du Sud. Tout en apportant un éclairage sociologique à la construction de ces stéréotypes, l'autrice va plus loin en décrivant ce que l'on oublie souvent : l'existence d'un apprentissage occidentalisé de l'expression de la douleur qui doit, selon cette logique, être mesurée (83). Une mesure qui nous évoque l'échelle d'évaluation de la douleur la plus communément utilisée dans les soins en France : l'Échelle Numérique (84-85). En Occident, nous apprenons donc à dire notre douleur

¹⁴ Se reporter par exemple au chapitre « Les facteurs culturels » - entretien avec M7, p. 29

¹⁵ Se reporter au chapitre « Les facteurs culturels » - entretiens avec M5 - M6 - M11, p. 29-30

mais en la communiquant au travers de chiffres plus qu’au travers de mots ou de gestes. Les différences dans l’expression de la douleur sont donc riches et ne pas prendre conscience de sa propre culture médicale à ce sujet peut donc entraîner des difficultés à reconnaître la souffrance d’autrui. Le risque étant alors de retarder une prise en charge antalgique adaptée voire urgente. Une situation vécue par une des participantes de notre étude¹⁶ mais également retrouvée dans la littérature (86-87).

À défaut de rejeter ou de porter des préjugés sur des normes culturelles perçues comme éloignées des nôtres (88), les participants ont témoigné d’une volonté d’intégrer les références et les codes culturels de leurs patients au sein de leurs consultations¹⁷. Une approche des soins faisant écho à l’ethnorelativisme ou le fait d’accepter d’autres représentations culturelles et de penser sa propre culture comme un modèle parmi d’autres (83). Ce processus, encourage à considérer les représentations culturelles du patient comme une source d’apprentissage qu’il convient d’explorer, et s’est surtout développé dans le domaine des soins psychiatriques. L’ethnopsychiatrie correspond encore aujourd’hui à l’une des disciplines médicales qui tend le plus vers une approche transculturelle des soins (89).

b) Des déterminants sociaux essentiels

Les situations cliniques dysfonctionnelles observées au cours de nos entretiens ne devraient tout de même pas être réduites à des différences culturelles entre médecins et patients d’origine non-Européenne. Le risque serait alors d’intégrer le patient dans un groupe social

¹⁶ Se reporter au chapitre : « Les conséquences à l’échelle individuelle » - entretien avec M5 p.46

¹⁷ Se reporter au chapitre : « Le cheminement du médecin au travers de ces situations cliniques dysfonctionnelles », p. 55-56

spécifique, dont seules les représentations culturelles expliqueraient leurs comportements et la réaction en miroir des soignants.

Dès la fin du XXe siècle, l'anthropologue Laurent VIDAL identifie ce **risque de « culturalisme médical »** en expliquant que : *« l'écueil de ce type d'interprétation «culturaliste» des réponses à la maladie réside, tout d'abord, dans l'ignorance des initiatives individuelles et des contextes sociaux et économiques pouvant les déterminer »* (90). Des contextes socio-économiques que certains participants abordent en évoquant l'impact d'une situation sociale précaire liée au parcours migratoire ou d'un reste à charge pouvant être important pour le patient¹⁸.

Plusieurs enquêtes nationales autour de la santé des populations migrantes démontrent ainsi que **l'absence de logement, les difficultés d'accès et de maintien des droits sociaux ainsi que de faibles revenus économiques sont des facteurs de vulnérabilité majeurs**, concourant à un état de santé dégradé au sein de ces populations (91). La recherche de ces paramètres de vulnérabilité afin d'adapter les prises en charge médicales est un processus nécessaire mais complexe (92). Malgré cette complexité, nous avons vu au cours de nos entretiens que le médecin peut tout de même jouer un rôle dans l'explication du système de soins français¹⁹. L'agence Santé Publique France a donc mis à disposition des soignants des « Livrets de santé bilingues », traduits en 15 langues. Ils permettent de transmettre des informations claires et concises sur les droits des patients (93). Le but est de donner les clefs de compréhension du système administratif français aux patients afin de favoriser l'accès à leurs droits et permettre une protection sociale adaptée.

¹⁸ Se reporter au chapitre : « Les facteurs socio-économiques » - entretien avec M4 et M7, p. 31

¹⁹ Se reporter au chapitre : « Les facteurs socio-économiques » - entretien avec M11, p. 31

Au-delà de l'état de santé de ces populations, certains participants ont évoqué les comportements de patients pris en charge à la PASS ou au dispensaire dans les DROM-COM²⁰. Au cours des entretiens, étaient décrits des délais jugés longs entre l'apparition des premiers symptômes d'une maladie et la consultation du médecin du fait d'une considération différente de la maladie par les patients. La référence à un recours aux soins culturellement différents est souvent entendue parmi les professionnels de santé. Néanmoins, s'en tenir à cette idée serait ignorer l'influence de facteurs économiques sur les possibilités du patient à agir pour sa santé. Le renoncement aux soins reste en effet important pour une partie de la population française en raison d'un aspect financier, notamment dans des situations de précarité sociale (83, 94).

Les critères sociologiques pouvant influencer le comportement des patients incluent également le niveau scolaire. Comme évoqué dans nos entretiens²¹, il semblerait que plus le niveau scolaire du patient est élevé, plus ce dernier sera en mesure d'adopter les codes semblables du médecin. **Le système éducatif vient donc moduler les capacités de compréhension du discours médical** par les patients. En effet, ce discours étant imprégné du niveau scolaire des médecins, il semblerait que les messages de prévention soient par exemple plus efficaces au sein des milieux aisés. Ce phénomène peut alors s'expliquer par des pratiques sociales déjà semblables à celles recommandées et par une sensibilité déjà présente au type de communication utilisée par la classe médicale (95).

c) Spécificité en santé dans les territoires d'outre-mer

Des **inégalités dans l'accès aux services de santé** ont été observées par les participants ayant exercé dans un DROM-COM²². La démographie médicale, moins importante qu'en

²⁰ Se reporter au chapitre : « Les caractéristiques du patient comme influence sur le raisonnement médical » - entretien avec M4 et M10, p.43

²¹ Se reporter au chapitre : « Les facteurs socio-économiques » - entretien avec M2, p. 31

²² Se reporter au chapitre : « Les spécificités territoriales », p. 36-37

France hexagonale (96) ; ainsi que la localisation éloignée des centres de santé des lieux d'habitation de la population ou des centres de référence (97) sont généralement mis en avant. Tout comme l'ont expérimenté les médecins de notre étude, les déplacements pour accéder à un centre de santé peuvent être contraignants avec l'organisation complexe d'évacuations sanitaires vers l'hôpital de référence ou vers l'hexagone (98).

Ces facteurs structurels s'ajoutent au fait qu'une part importante des patients ne dispose pas d'une couverture sociale, une limite exposée par les participants de notre étude ayant exercé en Guyane et à Mayotte, avec un impact non négligeable sur la qualité des soins. L'absence de droits ouverts complexifiant la prise en charge, les consultations sont souvent réalisées aux urgences ou dans des dispensaires ne permettant pas un suivi adapté (99).

Ce qui ressort dans le vécu des médecins, c'est tout de même la **richesse du pluralisme des modes de prise en charge et de représentations culturelles** dans ces territoires²³. Un territoire comme la Guyane où plusieurs participants ont évoqué le fréquent accompagnement de patients dont la langue maternelle se distingue du français. Ainsi, il existe de multiples langues vernaculaires pouvant favoriser les barrières linguistiques dans le soin (100). Mais ce contexte stimule les uns à apprendre une nouvelle langue et les autres à recourir aux collègues parlant le même idiome que le patient. Une situation encourageant ainsi le développement d'un accès permanent à des interprètes professionnels dans ces territoires, comme le suggère le rapport de l'IGAS (65).

Des territoires qui favorisent l'apprentissage et l'acceptation de l'utilisation simultanée, ou successive, d'une médecine traditionnelle et occidentale par les patients (101). Une intégration de l'usage de la médecine traditionnelle et des soins transculturels qui se traduit dans nos entretiens, tout comme au sein de travaux de recherche élaborés dans les DROM-

²³ Se reporter au chapitre : « L'intégration de sources de formation multiples », p.54

COM (102-103). Cette intégration se situe également au niveau institutionnel, avec l'incorporation des traditions thérapeutiques en outre-mer dans la pharmacopée française (104).

3. L'évaluation de nos biais cognitifs sous le prisme de l'origine du patient

a) L'existence d'une « spécificité de l'erreur ethnique » ?

Les chapitres précédents ont exploré les modes d'interactions entre les médecins et les patients d'origine non-Européenne, conduisant à l'intégration de facteurs bio-psycho-sociaux multiples au sein des prises en charge médicale. Au cours de notre étude, le fait de donner la voix à des médecins au travers d'entretiens semi-dirigés, a permis d'évaluer le lien subtil entre : la perception que nous faisons de ces éléments bio-psycho-sociaux, et la construction d'un raisonnement médical pouvant être biaisé.

Tout d'abord, il est important de souligner que **plusieurs biais retrouvés dans le raisonnement clinique des participants ont déjà été décrits dans la littérature** (105-107), notamment au sein de l'ouvrage Cognitive Errors and Diagnostic Mistakes de J. HOWARD qui les illustre au travers d'exemples cliniques pertinents (108). Parmi les travaux français, une autre thèse qualitative réalisée par le médecin généraliste A. PIROT auprès de médecins urgentistes exerçant à la Réunion (109), retrouve que de nombreux biais sont présents au moment de la rencontre avec le patient, dont le biais d'ancrage. Toujours dans la littérature française, un article publié en 2024 explore quant à lui les bases neurophysiologiques à l'origine des biais. Partant du postulat que : « *Notre perception de la réalité et nos raisonnements sont fondés sur une interprétation cérébrale de la réalité* », le Professeur T. SCHAEVERBEKE décrit deux grandes catégories de biais, émotionnels et cognitifs, pouvant intervenir à différents moments de l'élaboration des décisions médicales. Un schéma qui retrouve nos étapes

d'*interaction* avec le patient, où ce dernier va décrire ses symptômes, puis d'*intégration* de l'ensemble des éléments par le médecin, sous l'influence de sa propre perception, et d'*élaboration* d'un diagnostic confrontée aux connaissances et à l'expérience du médecin, pour finalement aboutir à une *décision* (110).

Il s'avère que certaines de ces informations, en l'occurrence l'origine du patient, ses références culturelles ou encore sa couleur de peau, ont fait l'objet d'études démontrant leur impact sur la construction de biais cognitifs.

Les mécanismes conduisant au **biais de favoritisme au sein du groupe pourraient ainsi être dus aux capacités d'empathie des individus**, qui sembleraient influencées par le partage de traits physiques, ou de codes communs. Une étude réalisée en 2018 a étudié ces mécanismes grâce au support de l'imagerie cérébrale. Les images suggèrent que, le signal de réponse neurologique d'étudiants en médecine en réaction à des individus présentés comme douloureux, est plus rapide lorsque ces individus leur ressemblent (111). L'empathie cognitive pouvant alors expliquer le sentiment de certains participants à prendre en charge plus facilement les individus qui partagent des codes similaires²⁴ (112).

Une prise en charge également décrite comme étant plus facile lorsque la couleur de la peau du patient correspond à des phototypes clairs, qui sont prédominants dans nos apprentissages. La reconnaissance d'entités dermatologiques sur des phototypes foncés mettant alors en difficulté le médecin (113-114). Lors de nos entretiens, il a d'ailleurs été évoqué la « *grosse jambe ROUGE* » de la DHBNN, pouvant de fait ne pas être « *rouge* » chez les sujets noirs²⁵. Un impact pour le patient de ces réflexes normatifs qui se reflète outre-Atlantique dans le « Red Man Syndrome », une réaction allergique à la Vancomycine décrite comme un

²⁴ Se reporter au chapitre : « Les caractéristiques du patient comme influence sur le raisonnement médical » - entretien avec M6, p. 44

²⁵ Se reporter au chapitre : « Des biais cognitifs multiples » - entretien avec M8, p. 38

érythème diffus, longtemps sous-estimée parmi les sujets de phototype foncé du fait d'un manque de reconnaissance de cette entité sur ce terrain (115).

Dans d'autres situations, **il peut arriver de surestimer l'importance de pathologies tropicales et infectieuses dans les hypothèses diagnostiques** concernant les symptômes présentés par des patients d'origine étrangère. Un phénomène d'*overshadowing*, décrit dans l'un de nos entretiens²⁶ et retrouvé lors de la prise en charge de patients d'origine non-Européenne vivants en Finlande (116). Cette étude explore également les conséquences pour les patients de ce biais, impliquant des retards diagnostiques ou une multiplication des examens complémentaires. Le propos ici n'étant pas d'encourager les médecins à omettre de prendre en considération les antécédents de pathologies infectieuses et tropicales d'un patient, mais d'introduire le fait que nous pouvons tendre inconsciemment à n'explorer que ces pistes. Le risque serait alors d'interpréter les données médicales du patient sans prendre en compte son histoire individuelle ainsi que les éléments cliniques évoquant des diagnostics plus simples et bénins.

À l'image de notre thèse, une étude réalisée en 2018 aux États-Unis a réalisé des entretiens afin d'explorer le raisonnement des médecins quand il s'agit de prendre en compte des paramètres en lien avec la diversité ethnique de leurs patients. Cette étude retrouve l'impact de l'empathie cognitive en fonction du groupe auquel on s'identifie, mais également celui de la communication dans un contexte interculturel ainsi que le poids des facteurs de vulnérabilité socio-économiques du patient à prendre en compte dans nos prises en charge (117).

²⁶ Se reporter au chapitre : « Les caractéristiques du patient comme influence sur le raisonnement médical » - entretien avec M3, p. 42-43

b) **Stéréotypes en santé, l'évolution possible vers des soins discriminants**

Durant nos entretiens, le partage de situations cliniques pouvant être dysfonctionnelles a pu mettre en évidence des disparités dans le soin pour les patients d'origine non-Européenne²⁷. Des disparités en termes d'accès aux soins, d'administration de traitements ou encore d'efficacité diagnostique. Certains participants se sont tout de même questionnés sur la présence de discrimination ou d'un possible racisme dans leurs prises en charge médicales²⁸, il nous a donc paru important d'aborder les processus cognitifs pouvant conduire à des soins discriminants. Pour ce faire, nous nous sommes intéressés aux **biais implicites**. Ces biais, où résident justement les stéréotypes et préjugés, peuvent amener le personnel soignant à exercer un traitement différencié en fonction des attributs du patient (118).

L'analyse des schémas cognitifs conduisant à des processus discriminatoires ainsi que leurs conséquences est néanmoins complexe (119). Nous avons exposé dans l'introduction la présence de deux types de raisonnements permettant d'aboutir à une prise de décision médicale. Le premier est le siège des raccourcis mentaux, il utilise des informations basées sur un jugement intuitif et rapide, pouvant justement être influencé par nos croyances au sujet de groupes d'individus. L'usage de stéréotypes dans notre raisonnement semble donc inévitable (120). Mais ces derniers peuvent, en fonction de nos représentations sociales et culturelles, conduire à des généralisations erronées prédisposant à un comportement négatif envers un groupe d'individus (121). Des stéréotypes et préjugés qui conduisent à des soins différenciés, voir discriminants, à l'égard d'un groupe d'individus (122).

²⁷ Se reporter au chapitre : « Les conséquences spécifiques de ces facteurs sur la santé des patients d'origine non-Européenne », p. 45-48

²⁸ Se reporter au chapitre : « Les conséquences à l'échelle systémique » - entretien avec M5 et M8, p. 47

Il est ainsi important de noter que l'identification de discriminations dans le soin liées aux origines n'est mentionnée qu'à partir des années 1990 en France. Le sociologue D. FASSIN écrit au début du XXI^e siècle que : « *la discrimination porte moins sur les préjugés comme idées que sur les préjugés comme réalisations, moins sur les actes violents qui en découlent que sur les actions injustes qui s'en inspirent* » (124). E. CARDE définit ainsi la discrimination dans les soins comme un traitement *différentiel*, quantitativement ou qualitativement, mais également *illégitime*, c'est-à-dire socialement inacceptable (125). Dans sa thèse, il est démontré la manière dont le personnel soignant peut effectuer un **processus de délégitimation ou de différenciation du patient** perçu comme ayant une origine différente. Les patients bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME), ou en cours de demande, sont par exemple perçus comme des usagers n'étant pas légitimes à bénéficier des soins français. Une perception qui entraîne un traitement différentiel, comme le constate une des participantes de notre étude²⁹.

Une **approche intersectionnelle de la discrimination dans les soins** semble tout de même importante, avec l'intrication possible entre deux facteurs : des discriminations basées sur les origines et des discriminations basées sur le genre (125). Une des participantes a ainsi perçu dans son service un traitement différencié de la douleur en fonction du sexe du patient³⁰. Un phénomène qui commence à être étudié dans la littérature (126) et particulièrement dans le champ de la douleur thoracique (127). Une étude française, conduite par questionnaire auprès du personnel soignant de différents services d'urgence, a ainsi évalué les procédures de tri de patients dont les expressions du visage étaient créées par intelligence artificielle. Toutes les

²⁹ Entretien avec M5 : « Il n'avait donc pas l'AME, donc les frais étaient payés par l'hôpital. [...] Et les phrases qui m'avaient marquée, c'était : "S'il n'est pas content, il n'a qu'à rentrer chez lui, c'est l'hôpital qui lui paie son traitement. Il n'est pas reconnaissant des soins qu'on lui produit." Enfin, c'était un peu cette ambiance-là. »

³⁰ Entretien avec M5 : « Alors que tout le temps, que ce soit le personnel médical ou paramédical, quand on traitait la douleur d'une patientE [insiste sur le "e"] on pouvait toujours parler de son [ouvre les guillemets avec les doigts] « prétendu » terrain psy. Alors que quand on traitait la douleur d'un patient, on n'en parlait pas forcément. On mettait des doses de morphine beaucoup plus importantes sans questionner l'origine de la douleur »

images présentaient des patients exprimant une douleur, mais le sexe et la couleur de peau étaient variables, avec une description par ailleurs strictement identique. Le résultat retrouvait que, à symptômes égaux, 63 % des hommes « blancs » ont été placés en urgence vitale pour seulement 42 % des femmes « noires ». Comparativement à un homme « blanc », les patientes « noires » étaient donc moins susceptibles de recevoir un traitement d'urgence (128). Toutefois, on peut se poser la question, et c'est une limite importante de cette étude, de la véracité de l'image créée par l'IA pour exprimer la douleur selon diverses couleurs de peau. Cependant, il s'avère qu'en pratique, en interrogeant les patients directement, on retrouve l'intrication entre le sexe et l'origine dans les discriminations ressenties en santé. Une étude, s'appuyant sur l'enquête TeO2 et recensant les taux de discrimination déclarés par les patients dans leur parcours de soin, retrouvait ainsi un taux plus élevé de ces déclarations parmi les femmes immigrées d'origine africaine (129).

4. Remaniement de nos systèmes de raisonnement et transculturalité dans le soin

a) Prendre de la distance pour percevoir le risque d'erreurs

Le phénomène au cœur de l'ensemble des situations cliniques dysfonctionnelles étudiées semble être un manque d'analyse exhaustive et objective des données. Ce défaut d'analyse correspond aux mécanismes des biais cognitifs décrits jusque-là. Mais l'exploration de situations cliniques non dysfonctionnelles, malgré l'existence de paramètres complexes, nous a permis d'évaluer de quelle manière nous pouvons tenter de surmonter nos biais.

Des médecins qui semblent tout d'abord prendre conscience de leurs émotions et de leurs limites. Un processus de raisonnement qui demande de **rester en alerte sur certaines**

présentations cliniques afin de justement réduire l'automatisme mental. Un effort pour ainsi dire conscient de passage du premier système de raisonnement, automatique et intuitif, au deuxième système plus analytique. Une rationalisation de la prise en charge amenant donc le médecin à analyser et étudier ses propres mécanismes cognitifs (130). Les participants ont ainsi exposé leurs méthodes permettant d'améliorer l'accompagnement de leurs patients³¹.

En effet, les nombreuses solutions exposées dans nos entretiens étaient autour de : la reconnaissance de ses propres réactions émotionnelles, l'attention aux questions posées en s'assurant de leur compréhension, et surtout la recherche du point de vue du patient en le considérant comme un acteur de sa santé à part entière. Des principes de « *sensibilisation* », de « *communication* » et d' « *individualisation* », décrits dans la littérature comme des stratégies permettant d'améliorer la gestion des biais cognitifs (131).

b) La place du questionnement dans les soins interculturels

Comme nous l'avons vu, le soin est une rencontre entre deux individus ayant chacun des représentations différentes. Celle-ci requiert alors des compétences transculturelles dont l'élaboration initiale se retrouve dans le domaine des sciences infirmières, avec notamment Madeleine LEININGER dès la fin du XXe siècle (132). Plus tard, Josepha CAMPINHA-BACOTE décrira que « *la compétence culturelle est la résultante de l'interaction dynamique entre cinq dimensions : le désir culturel, la sensibilisation culturelle, le savoir culturel, les habiletés culturelles et les rencontres culturelles* ». Afin d'explorer ces cinq dimensions lors de la prise en charge du patient, elle propose le **moyen mnémotechnique « A-S-K-E-D »**, **permettant ainsi d'explorer ses propres représentations** en tant que soignant (133).

³¹ Se reporter au chapitre : « Un soignant riche de solutions » - p. 50-52

De nombreuses listes de questions ont également été proposées dans la littérature afin de permettre une meilleure approche et compréhension des représentations du patient. Que ce soit au sein de services de réanimation, avec l'attention portée sur des questions destinées à la famille (70), ou dans les soins primaires (134). Lors du congrès de la WONCA en 2009, il a été mentionné que, dans une démarche de soin interculturel, les deux questions les plus utiles tirées du questionnaire de Kleinman et Lautner³² sont : « *Quelle est selon vous la cause de ce problème ?* » et « *De quoi avez-vous le plus peur à propos de cette condition ?* » (135).

Ces questionnements amènent le soignant à évoluer au sein des différents stades de la transculturalité dans le soin. Un processus que MJ. BENETT décrit en six phases, englobant l'ethnocentrisme pour aller vers l'ethnorelativisme, au travers des expériences personnelles des soignants (136). Une prise en considération des représentations culturelles du patient, associée à une adaptation et un apprentissage progressif qui conduisent *in fine* à l'introspection du médecin, que l'on retrouve au fil de nos entretiens.³³

³² Arthur KLEINMAN, anthropologue médical et psychiatre a élaboré une liste de neuf questions pour obtenir le « modèle populaire d'explication de la maladie »

³³ Se reporter au chapitre : « Le cheminement du médecin au travers de ces situations cliniques dysfonctionnelles », p. 55

D. Ouvertures et perspectives de l'étude

1. Réalisation de travaux scientifiques complémentaires

Nous avons admis que notre étude qualitative n'est pas représentative de l'ensemble des représentations et mécanismes cognitifs des soignants. Notre échantillon n'est d'ailleurs constitué que de médecins, plutôt jeunes (entre 25 et 35 ans), et majoritairement spécialisés en médecine générale. D'autres études pourraient donc se focaliser sur **la prise en charge des patients d'origine non-Européenne dans des disciplines spécifiques**. Interroger d'autres professionnels de santé exerçant en soins primaires ou se focaliser sur certaines spécialités médicales, notamment la dermatologie ou les urgences, serait un complément de notre analyse.

En donnant la voix à des médecins, ces derniers ont pu s'exprimer sur leur approche quotidienne de la diversité ethnique de leurs patients. Selon nous, ce travail de recherche aurait besoin, en miroir, d'**un travail recueillant directement le vécu des patients d'origine non-Européenne**. Ce travail n'aurait pas pour but de catégoriser ou de recenser les individus, mais bien d'avoir accès à leur regard sur un des moments majeurs de leur vie : la prise en charge de leur santé. D'un point de vue éthique, le fait de questionner les participants d'une étude sur leurs origines conduit à utiliser des données dites « sensibles ». Le Conseil constitutionnel interdisant la réalisation de « référentiel ethno-racial », il convient de préciser les dérogations possibles à cette loi (137). Les recherches publiques peuvent ainsi se fonder sur des données statistiques objectives, comme l'origine géographique, mais également des données subjectives, telles que le « ressenti d'appartenance » (138). Un travail de recherche qualitative en médecine, réalisant des entretiens avec des patients d'origine non-Européenne et portant sur leurs

expériences de soins, semble ainsi réalisable. Sous réserve bien entendu, dans ce contexte, d'une autorisation préalable de la CNIL (139).

2. Formation des professionnels de santé

Nous pensons que la sensibilisation et la formation des professionnels de santé est un atout pour transformer les barrières évoquées durant notre analyse en pont. Cela sonne comme une évidence, mais l'existence même des situations cliniques dysfonctionnelles partagées durant nos entretiens suggère la nécessité de remodeler notre cadre de formation.

Concernant le cœur de notre sujet de thèse, à savoir la construction de nos biais cognitifs, **entraîner les médecins à la reconnaissance des biais** serait une première étape. Un enseignement déjà pratiqué au Canada, avec la création d'un « Guide pratique des biais cognitifs » (140). Un outil pédagogique sur lequel s'appuyer lors de la création de modules universitaires au sujet de l'identification de nos biais cognitifs. Une attention particulière est portée sur la construction des biais cognitifs à partir de stéréotypes : les biais implicites. Sensibiliser les étudiants et les professionnels à la présence de ces biais dans notre raisonnement est possible grâce aux tests d'association implicite que l'on peut réaliser durant des travaux de groupe (141-142).

Par ailleurs, en se focalisant sur la prise en charge de patients de différentes origines, la notion de transculturalité dans le soin a fait partie de l'ensemble de nos entretiens. Plusieurs études ont déjà abordé **l'importance du champ des Compétences Cliniques Transculturelles (CCT)** dans le soin (143-144). Ces études suggèrent que nous pouvons développer les CCT, en formation initiale et continue, par la création de cours destinés à l'approche de la diversité des populations (145-146). La simulation est d'ailleurs un atout dans le champ des CCT. Les

réticences concernant l'utilisation de l'interprétariat professionnel en santé pourraient être atténuées par la simulation de groupe autour de vignettes cliniques nécessitant la présence d'un interprète ou d'un médiateur culturel (147). De manière plus générale, des groupes d'échange de pratiques pourraient s'appuyer sur la « fenêtre de Johari » afin d'améliorer nos communications interpersonnelles. Il s'agit d'un outil qui invite à l'autoréflexion et favorise le retour d'autres personnes (ou feedbacks) pour explorer les représentations que l'on a de soi-même, mais également celles des autres (148).

Au-delà de la formation théorique, les rencontres interculturelles concrètes devraient être encouragées. De nombreux internes en médecine déplorent l'accès difficile aux stages Inter-CHU dans les subdivisions d'outre-mer ou à l'étranger. **Favoriser les mobilités étudiantes** au niveau des universités permettrait pourtant aux futurs professionnels de santé d'avoir une expérience professionnelle qui développe leurs compétences interculturelles (149-150).

3. Organisation de nos pratiques et de l'offre de soins

Nous avons observé au cours de nos entretiens que l'un des facteurs pourvoyeurs de biais dans la prise en charge des patients allophones était les difficultés d'utilisation de l'interprétariat professionnel. Des difficultés qui sont parfois liées à un refus d'utilisation de ce système par les soignants, mais bien souvent dues à une méconnaissance ou un défaut d'accès à cet outil précieux. Les recommandations au niveau de la HAS existent pourtant à ce sujet. L'utilisation en pratique constatée au travers de nos entretiens suggère la nécessité de **réévaluer les modes de diffusion de l'interprétariat professionnel auprès des soignants**.

Par ailleurs, pour permettre d'améliorer la prise en charge des patients, il semble important de pouvoir décrire et signaler les situations cliniques nous semblant dysfonctionnelles. Non pas dans un but de culpabilisation des professionnels de santé, mais bien d'analyse et de compréhension des mécanismes en jeu. **Lever un tabou autour des erreurs diagnostiques** dans le soin est une première étape. Dans cet objectif, un rapport récent de la HAS explore les causes des « *opportunités diagnostiques manquées* » et propose des moyens de prévention et d'atténuation de ces dernières au niveau national (151).

Nos entretiens amènent également une interrogation sur l'existence de possibles violences structurelles³⁴ pouvant entraîner des soins différenciés. Par le biais de la sensibilisation des institutions organisant l'offre de soins, il serait possible de **repenser notre système en permettant le signalement des situations cliniques ressenties comme discriminantes**. Il s'avère en effet difficile d'analyser des phénomènes que l'on ne peut identifier ou nommer. L'objectif de ce processus d'analyse ne serait pas de culpabiliser les professionnels de santé, mais bien de favoriser la sensibilisation et le développement de formations dédiées (152-153).

³⁴ Il s'agit de l'ensemble des structures institutionnelles, économiques ou politiques qui amènent à créer et à maintenir des inégalités sociales entre différents groupes de population.

V. Conclusions

Durant notre parcours professionnel, nous sommes amenés à soigner des patients aux origines multiples. Concernant cette diversité populationnelle, il s'avère que les citoyens immigrés de première génération et leurs descendants, ainsi que ceux originaires d'un DROM-COM, déclarent ressentir un moins bon état de santé. La santé dépend en partie des soins prodigués par les médecins, nous nous sommes donc questionnés sur les mécanismes du raisonnement qui peuvent aboutir à une décision médicale dysfonctionnelle pouvant contribuer au ressenti exprimé par cette population.

L'objectif principal de cette étude était alors d'identifier les biais au sein de notre raisonnement médical susceptibles d'impacter la prise en charge des patients d'origine non-Européenne. Nous avons réalisé 11 entretiens avec des médecins exerçant en France hexagonale et en DROM-COM. Ces entretiens avaient pour but d'explorer les situations cliniques comportant des décisions médicales dysfonctionnelles ainsi que les déterminants bio-psycho-sociaux qui peuvent les moduler.

Tout d'abord, nous avons retrouvé que l'interaction avec le patient est un moment décisif dans le raisonnement médical. Cette étape peut être complexifiée par la présence de barrières linguistiques. Cependant, ces dernières ne constituent pas une entrave à la relation de soins, mais affirment la nécessité d'avoir accès aux outils permettant de limiter leur impact. Ensuite, l'intégration des données médicales du patient peut être influencée par des facteurs culturels, socio-économiques mais également structurels. Le médecin, en fonction de ses propres émotions, de ses compétences et de son contexte professionnel, aura une attitude différente face à ces déterminants de santé. Enfin, nous retrouvons que l'ensemble de ces éléments va être à l'origine de nombreux *biais cognitifs*, avec des conséquences variables pour

le patient : à l'échelle individuelle, lorsqu'il s'agira de prise en charge thérapeutique délabrante ou retardée ; mais également à un échelon plus systémique lorsque cela impacte l'accès général aux soins.

Parmi ces biais cognitifs, nous avons identifié que certains d'entre eux semblaient spécifiquement liés à l'interprétation de paramètres ethniques du patient. Notamment en ce qui concerne la reconnaissance de variations dermatologiques sur phototypes foncés et l'effet d'overshadowing sur les antécédents du patient. De plus, nous retrouvons un impact non négligeable de nos représentations culturelles sur notre attitude en tant que soignant, en particulier lors de la prise en charge de symptômes douloureux. Par ailleurs, nous constatons que la construction d'un raisonnement médical basé sur la catégorisation ethnique ou culturelle des individus impacte également nos prises en charge en favorisant les biais implicites. Ces éléments soulèvent alors la question du poids de notre système de raisonnement intuitif, où siègent les biais cognitifs, au sein de situations cliniques comportant des soins dégradés pour les patients d'origine non-Européenne.

Apprendre à tenir compte de la diversité des origines du patient lorsque cela s'avère pertinent est donc nécessaire. Cet apprentissage peut s'intégrer dans celui de la reconnaissance de nos biais et le développement de nos aptitudes à savoir « ralentir » notre raisonnement afin d'atténuer les raccourcis cognitifs de la pensée automatique. L'ensemble ayant comme objectif commun la réduction de l'impact de nos biais sur la prise en charge des patients en général, et plus spécifiquement, car semblant y être particulièrement exposés, ceux d'origine non-Européenne.

Par conséquent, sensibiliser nos institutions à la question de la prise en charge de la diversité en médecine et à l'existence de biais cognitifs semble crucial. L'impulsion d'une réflexion au niveau institutionnel favoriserait le développement de formations initiales et continues à ce sujet.

VU

Strasbourg, le 15 01 2015

Le président du jury de thèse

Professeur WEBER Jean-Christophe



Professeur Jean-Christophe WEBER
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Nouvel Hôpital Civil
Service de Médecine Interne
Tél. : 03 69 55 05 02 - Fax : 03 69 55 18 34
Email : Jean-Christophe.Weber@chru-strasbourg.fr
N° RPPS : 10002429438

VU et approuvé

Strasbourg, le 17 JAN. 2015

Le Doyen de la Faculté de

Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



ANNEXES

Annexe 1 – Message explicatif à destination du recrutement des participants

Version initiale	Version finale
Il s'avère que dans ma propre expérience professionnelle, j'ai parfois pu constater une errance dans mon raisonnement clinique lors de la prise en charge d'un patient d'origine non européenne qui aurait peut-être pu être évitée. Il m'est arrivé par exemple de demander des bilans ou de m'avancer sur des étiologies non pertinentes. En effet, en ré-examinant le patient ou en relisant le dossier avec un autre médecin, je me rendais compte qu'il y avait eu une mauvaise interprétation d'un paramètre touchant à la diversité de mon patient, comme l'évocation prioritaire de maladies en fait rares ou « exotiques ». J'ai également pu être témoin de situations analogues, par exemple en ce qui concerne l'évaluation de la douleur du fait d'une situation d'incompréhension liée par exemple à des difficultés de communication. Dans ce travail de thèse, j'aimerais donc partir de vos témoignages concernant une expérience professionnelle semblable. L'analyse de vos récits me permettra de questionner les étapes du raisonnement clinique et donc d'explorer les processus qui entrent en jeu lorsque l'on prend en charge un patient d'origine non européenne (Afrique, Asie, Amériques, DROM-COM). Que sous-entend "un patient d'origine non européenne"? Un patient né à l'étranger (pays extra-européen) ou dont l'un de ses parents est né à l'étranger, la nationalité pouvant donc être française ou non. Également un patient originaire des DROM-COM. Comment va se dérouler l'entretien? En présentiel ou à distance, grâce à un enregistrement audio. Un temps d'échange dans un climat de confiance pour que vous me racontiez votre expérience professionnelle concernant une situation vécue comme exécutant direct ou témoin: antécédents, histoire de la maladie, signes cliniques et biologiques, orientation diagnostique ou thérapeutique... Pourra-t-on vous reconnaître? Non, il y aura une anonymisation des témoignages.	Madame, Monsieur, Je m'appelle Binta DIALLO, interne en médecine générale à Strasbourg, je vous sollicite dans le cadre de ma thèse visant à explorer les déterminants dans la prise en charge de patients d'origine non européenne* auprès d'internes ou médecins exerçants en France métropolitaine et DROM-COM. Il s'agit d'une étude qualitative avec recueil des données lors d'un entretien vidéo ou en présentiel. Votre participation sera anonyme et les informations recueillies resteront confidentielles et seront utilisées dans le strict cadre de cette étude. Les résultats globaux pourront vous être communiqués par la suite. Cette thèse est réalisée sous la supervision du Pr MAHÉ Antoine, Professeur Conventionné à l'Université de Strasbourg. Dans l'attente de votre retour par mail quant à votre participation à cette étude à l'adresse suivante : diallobin13@gmail.com, je vous remercie par avance du temps que vous m'accorderez. * Que sous-entend "un.e patient.e d'origine non européenne"? - Un patient né à l'étranger (pays extra-européen) OU dont l'un de ses parents est né à l'étranger (pays extra-européen) : la nationalité pouvant donc être française ou non. - Un patient originaire des DROM-COM (Département et Région d'Outre-Mer - Collectivités d'Outre-Mer, ex DOM-TOM)

Annexe 2 – Guide d’entretien initial

Question d’ouverture

Comment définissez-vous la diversité dans le soin?

Questions générales

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarifications
Pouvez vous me raconter une expérience professionnelle, dans laquelle il a pu vous apparaître un défaut d’interprétation d’un paramètre touchant à la diversité du patient ?	Quel était le contexte social du patient? Comment le recueil des données a-t-il été fait? Comment s’est positionné le patient face à vos décisions ou à sa pathologie?	Origine du patient? Voyage récent? Isolement social? Parcours migratoire? Barrière de la langue? Interrogatoire des proches? Simple lecture d’un compte rendu sans discussion avec le patient? Présence d’un interprète? Adhésion aux propositions ou passivité? Idée préconçue de son propre diagnostic? Qualité des échanges?
Comment ont été orientées les décisions médicales concernant votre patient?	Quel était l’objectif des examens ou des réunions? Quelles ont été les conséquences pour le patient ?	Éliminer un diagnostic OU au contraire le confirmer? Préciser une information? Discuter une décision médicale? Examens invasifs? Dégradation clinique? Retard diagnostique? Adaptation de la prise en charge au contexte (social/étiologie spécifique)?

Annexe 3 – Guide d’entretien final, modifié après le 3^e entretien

Relance, à adapter selon l’entretien	Point de focalisation / But
Présentation de l’enquêtrice	
Je suis Binta DIALLO, médecin généraliste. Je réalise une thèse sur les facteurs déterminants la prise en charge des patients d’origine non-Européenne. Cette catégorie englobant les patients nés dans un pays extra-Européen ou dont l’un des parents est né dans un pays extra-Européen mais également les patients natifs des DROM-COM. La nationalité du patient que vous avez pris en charge pouvant donc être française ou non.	
Question d’ouverture	
Racontez moi votre dernière consultation avec un.e patient.e d’origine non-Européenne ?	
Quel était le contexte social du patient ?	
Quel était l’entourage social du patient ? - Quelle est la vie de famille du patient ? - Est-il inséré dans une communauté ou au contraire existe-t-il un isolement social ? Existait-il un parcours migratoire récent ? Si oui, quels en sont les éléments principaux ? - Motivation à la migration, difficultés vécues lors du parcours migratoire, période d’arrivée sur le territoire français, difficulté de logement à l’arrivée sur le territoire, droits sociaux ouverts lors de la consultation ? Si non évoqué spontanément par l’interrogé :	<i>Description du patient par l’interrogé pour situer plus spécifiquement le sujet.</i> <i>Explorer l’influence du mode de vie et des origines du patient</i> - Regard de l’interrogé sur les origines et le contexte social de son patient - Prise en compte du parcours de vie du patient au début de la consultation
Souvenez-vous de la région d’origine du patient ?	
Comment s’est déroulé le recueil des données cliniques du patient ?	
Quel était le motif de consultation du patient ? - S’agissait-il d’un patient douloureux ? - Ou d’une sensation de fatigue ou malaise inexplicable ? - Existait-il un problème dermatologique ? Comment s’est déroulé l’examen clinique du patient ? - Existait-il un climat de confiance entre vous et le patient ?	<i>Exploration du mode opératoire de l’interrogé dans son interrogatoire/examen clinique initial et regard de ce dernier sur les symptômes exprimés par le patient.</i> <i>Différence dans l’expression de certains symptômes en fonction de la culture ?</i> <i>Difficulté diagnostic de certaines pathologies du fait de l’influence du phototype sur la clinique ?</i>
Existait-il des limites dans la communication avec le patient ?	
Était-il possible de communiquer directement avec le patient ? - Le patient était-il seul ou en présence d’une ou plusieurs personnes de son entourage ? Avez-vous du solliciter une aide pour communiquer avec le patient ? - Une aide humaine (proche, collègue, interprète) ou technologique (traducteur informatique) ? Comment avez-vous interagi avec le patient durant la consultation malgré les difficultés rencontrées ?	<i>Exploration de la relation patient-soignant dans un contexte de barrière de la langue.</i> <i>Comment se positionne et agit l’interrogé lorsqu’il existe des difficultés dans la communication avec le patient ?</i> <i>Explorer les habitudes de l’interrogé dans un contexte de barrière de la langue et l’influence du mode d’exercice sur ces habitudes.</i>
S’il existait une barrière de la langue : quel est votre regard sur le système d’interprétariat que vous avez utilisé ?	
Comment s’est déroulé la consultation avec le système d’interprétariat choisi ? - Était-il facile de trouver une aide pour communiquer avec votre patient ? - Cela a-t-il eu un impact sur la durée de la consultation ?	<i>Explorer le regard de l’interrogé sur les différents systèmes d’interprétariat à disposition et comment il les sollicite.</i> <i>Explorer l’accès aux systèmes d’interprétariat institutionnels et leur usage en pratique quotidienne.</i>

Quel était votre ressenti global durant la consultation ?	<i>Existe-t-il une préférence de l'interrogé par rapport à l'ensemble des outils qu'ils ont à disposition ?</i>
Comment ont été orientés les décisions médicales concernant votre patient ?	
Quel était l'objectif des examens complémentaires ou des réunions médicales ? - Éliminer un diagnostic ou au contraire le confirmer ? - Préciser une information ? - Discuter de la suite de la prise en charge ? Quelle était la décision finale ? - Quels traitements ont été administrés ? - Quel a été le suivi ?	<i>Explorer les capacités de l'interrogé à adapter la prise en charge du patient à son contexte ethnique et/ou socio-culturel.</i> <i>Identifier l'impact de certains examens complémentaires ou décisions médicales sur le patient.</i>
Quels ont été les conséquences pour le patient ?	
- Les examens étaient-ils invasifs ? - Existait-il une dégradation clinique ? - Pensez-vous qu'il y a eu un retard dans la prise en charge ?	<i>Identifier l'impact de nos décisions médicales sur le patient</i>
Comment s'est positionné le patient face à vos décisions médicales et/ou face à sa pathologie ?	
Quel était le discours du patient ? - Avait-il une idée préconçue de son diagnostic ? - Adhésion aux propositions ou passivité du patient ? Quelle était l'attitude du patient ? - Avez-vous perçu une différence dans l'expression des émotions ou dans l'attitude du patient ? Comment avez-vous questionné la position du patient face à ces éléments ?	<i>Explorer l'influence du regard du patient sur le raisonnement de l'interrogé.</i> <i>L'interrogé a-t-il recherché le contexte culturel du patient et de ses représentations afin de mieux le comprendre ?</i>
Quel était votre ressenti durant cette situation clinique dans son ensemble ?	
Comment avez-vous reçu le discours du patient ? Quelles étaient vos connaissances initiales sur la pathologie du patient ? Ou sur son mode de vie ? - Avez-vous ressenti un manque de compétence Existait-il une relation hiérarchique avec le principal acteur de ces décisions médicales ? Comment cette situation clinique a influencé vos autres prises en charges ?	<i>Quel impact cognitif et émotionnel peut avoir une situation clinique mettant en jeu des différences socio-culturelles avec le patient ?</i> <i>*Influence du contexte social complexe du patient (parcours migratoire par exemple)</i> <i>*Difficulté face à des pathologies dites « exotiques » ou courantes mais dans un contexte tropical</i> <i>Explorer l'influence de la relation hiérarchique sur la liberté d'expression de l'interrogé</i> <i>Hypothèse : retrait possible de l'interrogé au moment de la prise de décision s'il considère être moins éclairé que son chef</i> <i>Explorer les capacités réflexives du soignant</i>
Merci pour ce partage d'expérience, j'aimerais aller plus loin : *Si l'interrogé a décrit une situation clinique où il a rencontré de nombreuses difficultés dans la prise en charge : Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient d'origine non-Européenne qui s'est bien déroulé ? *Si l'interrogé a décrit une situation clinique qui s'est bien déroulée : Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient d'origine non-Européenne durant laquelle des malentendus ou des difficultés dans la prise en charge ont pu avoir lieu ?	

Les difficultés ressenties peuvent justement être au niveau : - De la communication, - Des décisions médicales - Ou tout simplement de votre ressenti en tant que soignant.	<i>Mettre en miroir des situations cliniques vécues par l'interrogé et explorer à quel niveau un paramètre en lien avec la diversité du patient peut influencer la prise en charge.</i>
Question finale	
Que représente la diversité culturelle dans votre pratique au quotidien ?	
Ressentez-vous le besoin d'outils complémentaires dans les situations cliniques que vous venez de m'exposer ? Quels sont vos sources de formation ?	
Souhaitez-vous compléter l'entretien par des remarques libres ?	

Annexe 4 – Arbre de codage Logiciel MAXQDA

Liste de codes	Fréquence
Liste de codes	866
Communication	195
Importance de la communication	38
Les systèmes d'interprétariat	0
Informels	1
Les proches du patient	1
Une grande ressource mais	20
Une multiplicité d'intervenants	3
Un entourage parfois limitant	9
Les collègues	12
Numériques	15
Institutionnels	20
Les médiateurs	3
Focus sur l'usage en libéral	9
Limites de l'interprétariat	2
Organisation et déroulement de la séance	5
Contrainte financière	1
Contrainte temporelle	10
Perte de l'information	14
Surmonter les barrières linguistiques	23
Langue étrangère	9
Déterminants bio-psycho-sociaux	128
Culturels	26
La position du patient	12
L'anamnèse	12
Les symptômes	12
La douleur	15
Socio-économiques	25
Territoriaux	
Hexagone	8
DROM-COM	18
Le soignant	109

Ses valeurs / émotions	
Détresse et injustice	31
Jugement et mise à distance	12
Sensibilité pré-existante	11
Ses compétences	
La spécialité	5
Formation initiale	7
L'interrogatoire	8
L'examen clinique	15
Son contexte professionnel	
Le service	13
Le système de santé	7
Biais cognitifs	153
Anchoring = verouillage sur la perception initiale malgré de nouveaux éléments	12
Biais de confirmation	6
Bias d'autorité	16
Blind spot bias	13
Défaut de connaissance	
Pathologies spécifiques	11
Dermatologie	10
Effet overshadowing	4
Framing	6
Playing the odd bias	7
Hasty Generalization	15
In group favoritism	10
Premature closure	7
Stéréotypes	21
Unpacking bias	6
Visceral bias	9
Conséquences pour le patient	125
À l'échelle individuelle	1
Délabrement	2
Retard dans la prise en charge	25
Responsabilité	11

Incompréhension de la prise en charge	12
À l'échelle systémique	0
Discriminations ressenties	8
Disparités	10
Frein à l'accès aux soins	20
Soins différenciés	22
Violence institutionnelle	14
Réflexivité des médecins	113
Percevoir ses propres limites	24
Source de solutions	41
Se former	
Avec les médiateurs	4
Entre pairs	11
Via l'institution	10
Grâce au patient	9
Par soi même	14
Transculturalité	43
Minimisation	4
Apprentissage	12
Compréhension	16
Intégration	11

Annexe 5 – Déclaration de conformité à la CNIL

CNIL3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr**Cadre réservé à la CNIL**

N° d'enregistrement :

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ**1 Déclarant**

Nom et prénom ou raison sociale : DIALLO Binta

Sigle (facultatif) :

S [REDACTED]

N° SIRET :

Code APE :

Adresse : 47 AVENUE JEAN JAURÈS

Code postal : 93450 Ville : ILE SAINT DENIS

Téléphone :

Adresse électronique : BINTA.DIALLO2@ETU.UNISTRA.FR

Fax :

2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence

MR-4 Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé

3 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : DIALLO Binta

S [REDACTED]
A [REDACTED]

Code postal : 93450 - Ville : ILE SAINT-DENIS

Téléphone : 0627714076

Adresse électronique : BINTA.DIALLO2@ETU.UNISTRA.FR

Fax :

Raison sociale :

N° SIRET :

Sigle (facultatif) :

Code NAF :

Adresse :

Code postal : Ville :

Annexe 6 – Fiche d'information**DOCUMENT D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT****Intitulé de la structure**

Département de médecine générale de Strasbourg

NOTE D'INFORMATION**Coordinateur de la recherche**

Pr MAHÉ Antoine

Professeur Conventionné de l'université de Strasbourg, Chef de service de dermatologie aux Hôpitaux Civils de Colmar

Investigateur

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Mme Binta DIALLO, interne en médecine générale. Si vous décidez d'y participer vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature atteste que vous avez accepté de participer.

1. Procédure de l'étude

Vous allez vous entretenir avec un membre de l'équipe de recherche au cours d'un entretien individuel. Celui-ci vise à mieux comprendre les facteurs influençant la prise en charge de patients d'origine non européenne.

2. Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostic ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

3. Bénéfices potentiels de l'étude

Mieux comprendre les facteurs influençant la prise en charge de patients d'origine non européenne dans un contexte de biais dans le raisonnement clinique et l'interprétation de paramètres touchant à la diversité du patient.

4. Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

5. Rémunération et indemnisation

Aucune rémunération (financière ou en nature) ni indemnisation ne sont prévues.

6. Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès de l'investigatrice principale : Mme DIALLO Binta, par courriel : binta.diallo2@etu.unistra.fr ou par téléphone : 06.27.71.40.76

À l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

7. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle l'investigatrice Mme DIALLO Binta vous propose de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Selon la loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement.

Annexe 7 – Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Il m'a été proposé de participer à une étude qualitative par entretien semi-dirigé : Analyse de situations cliniques dysfonctionnelles dans la prise en charge de patients d'origine non européenne

L'investigatrice Mme DIALLO Binta m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

- 1) Je pourrai à tout moment interrompre ma participation si je le désire, sans avoir à me justifier et sans que cela n'entraîne de conséquences.
- 2) Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.
- 3) J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.
- 4) Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :

J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche portant sur l'Analyse de situations cliniques dysfonctionnelles dans la prise en charge de patients d'origine non européenne : étude qualitative menée auprès de médecins en France Métropolitaine et DROM-COM

Cocher les cases appropriées en fonction de votre volonté :

- ☐ OUI
☐ NON

Nom:

Prénom

Date :

Date :

Signature du participant :

Signature de l'investigatrice :

Annexe 8 – Grille d’analyse méthodologique selon les lignes directrices COREQ

Grille de recommandations COREQ		
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur	Quel auteur a mené l’entretien individuel ?	<i>DIALLO Binta</i>
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	<i>DES en médecine générale</i>
3. Activité	Quelle était son activité au moment de l’étude ?	<i>Médecin Généraliste Remplaçante</i>
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	<i>Une femme</i>
5. Expérience et formation	Quelle était l’expérience ou la formation du chercheur ?	<i>Première expérience en étude qualitative</i>
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l’étude ?	<i>Oui pour les 3 entretiens test et 2 autres connaissances.</i>
7. Connaissances des participants au sujet de l’enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	<i>Présentation de l’enquêteur au début de l’entretien : nom, prénom, statut professionnel, recherche dans le cadre d’une thèse qualitative de médecine générale</i>
8. Caractéristiques de l’enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l’enquêteur ?	<i>Présentation du thème avec précision de la question de recherche pour les 3 entretiens test. Uniquement une présentation du thème pour les entretiens suivants. Absence de conflits d’intérêts</i>
Domaine 2 : Conception de l’étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l’étude ?	<i>Analyse de contenu thématique par théorisation ancrée</i>
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	<i>Échantillonnage raisonné</i>
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	<i>Par mail et/ou réseaux sociaux</i>
12. Taille de l’échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l’étude ?	<i>11 participants</i>
13. Non-participation	Combien de personne ont refusé de participer ou ont abandonné ?	<i>Aucune : recrutement par participation volontaire</i>
Contexte		
14. Cadre de collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	<i>Au domicile du chercheur, en visioconférence</i>
15. Présence de non-participants	Y-avait-il d’autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	<i>Non</i>
16. Description de l’échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l’échantillon ?	<i>Elles sont présentées dans le tableau « Caractéristiques de la population », en Annexe 9</i>
Recueil des données		
17. Guide d’entretien	Les questions, les amorces, les guidages, étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d’entretien avait-il été testé au préalable ?	<i>Guide d’entretien en annexe 4. Testé lors des 3 entretiens test puis modifié une fois.</i>
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	<i>Non. Un seul entretien par participant.</i>
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un entretien audio ou visuel pour recueillir les données ?	<i>Enregistrement audio par dictaphone avec accord des participants</i>

20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	<i>Prise de notes pendant et après les entretiens dans le journal de bord</i>
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	<i>Entre 20 et 77 minutes. Durée moyenne de 40 minutes.</i>
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	<i>Seuil de saturation atteint au 9^e entretien. 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmation.</i>
23. Retour de retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	<i>Non</i>
Domaine 3 : analyse et résultats		
Analyse de données		
24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codées les données ?	<i>L'enquêtrice et le directeur de thèse</i>
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	<i>Arbre de codage disponible en Annexe4.</i>
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	<i>Une partie des thèmes ont été déterminés à l'avance pour élaborer le guide d'entretien. Le reste a été déterminé à partir des données.</i>
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour générer les données ?	<i>Logiciel MAXQDA</i>
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	<i>Non</i>
Rédaction		
29. Citations présentées	Des citations des participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats. Chaque citation est-elle identifiée ?	<i>Oui, utilisation de citation et présentation des verbatims</i>
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	<i>Oui</i>
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	<i>Oui</i>
32. Clarté des thèmes secondaires	Y-a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	<i>Oui</i>

BIBLIOGRAPHIE

1. Légifrance. Article 1 - Constitution du 4 octobre 1958. [en ligne]. [cité le 25/01/2024].
 Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000019240997
2. Légifrance. LOI n° 2023-703 du 1er août 2023 relative à la programmation militaire pour les années 2024 à 2030 et portant diverses dispositions intéressant la défense. [en ligne]. [cité le 9/04/2024].
 Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000047915025>
3. OFII. Notre histoire. [en ligne]. [cité le 11/02/2024]. Disponible sur:
<https://www.ofii.fr/notre-histoire/>
4. Simon P. France, société multiculturelle. In: Daudin L, éditeur. Accueillir des publics migrants et immigrés Interculturalité en bibliothèque [en ligne]. Villeurbanne: Presses de l'enssib; 2017. [cité le 24/02/2024]. Disponible sur: <https://books.openedition.org/pressesenssib/7610>
5. Insee. Histoire des migrations et diversité des origines géographiques des immigrés – Immigrés et descendants d'immigrés. [en ligne]. 2023 [cité le 11/02/2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793226?sommaire=6793391>
6. Insee. Immigrés et descendants d'immigrés – France, portrait social. [en ligne]. 2021 [cité le 2/02/2024]. Disponible sur :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5432149?sommaire=5435421>
7. Dreyfus-Armand G. Toute la France. Histoire de l'immigration en France au XXe siècle. Hommes Migrations. 2018;1322(3):19-27.

8. Insee. Étrangers – Immigrés – France, tableau de bord de l'économie française. [en ligne]. [cité le 29/05/2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/25_ETR
9. Insee. Origines géographiques des descendants d'immigrés. [en ligne]. 2023 [cité le 29/05/2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793230?sommaire=6793391>
10. Ministère de l'intérieur et des outre-mer. Population – Observatoire. [en ligne]. 2023 [cité le 2/02/2024]. Disponible sur: https://observatoire.outre-mer.gouv.fr/cms/?page_id=374
11. Ministère de la Culture. Les territoires ultramarins et leur patrimoine culturel immatériel. [en ligne]. [cité le 2/02/2024]. Disponible sur: <https://www.culture.gouv.fr/Thematiques/patrimoine-culturel-immateriel/Pour-les-acteurs-de-la-sauvegarde/Le-Patrimoine-culturel-immateriel-en-Outre-mer/Les-territoires-ultramarins-et-leur-patrimoine-culturel-immateriel>
12. Solé-Auró A, Crimmins EM. Health of Immigrants in European countries. *IntMigrRev.* 2008;42(4):861-76.
13. Bhopal RS, Gruer L, Cezard G, Douglas A, Steiner MFC, Millard A, et al. Mortality, ethnicity, and country of birth on a national scale, 2001-2013: A retrospective cohort (Scottish Health and Ethnicity Linkage Study). *PLoS Med.* 2018 Mar;15(3):e1002515.
14. Fennelly K. The "healthy migrant" effect. *Minn Med.* 2007 Mar;90(3):51-3.
15. Hamilton TG. The healthy immigrant (migrant) effect: In search of a better native-born comparison group. *Soc Sci Res.* 2015 Nov 1;54:353-65.
16. Pannetier J, Desgrées Du Loû A. Immigration et santé : de l'étude des différences à celle des inégalités. In: Gérard E, Henaff N, éditeurs. *Inégalités en perspectives* [en

- ligne]. Paris: Editions des archives contemporaines; 2019 [cité le 9/02/2024].
 Disponible sur: <https://doi.org/10.17184/eac.1627>
17. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. *Rev Économique*. 2009 Mar 30;60(2):385-411.
 18. Berchet C, Jusot F. L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France. *Rev Économique*. 2010 Dec 1;61(6):1075-98.
 19. Berchet C, Jusot F. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social: une analyse en décomposition. *Économie Publique*. 2012 Nov 15;(24-25):73-100.
 20. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins: une approche socio-anthropologique. [en ligne]. 2011 [cité le 9/02/2024]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>
 21. Beauchemin C, Ichou M, Simon P. Trajectoires et origines : enquête sur la diversité des populations en France. Paris: INED; 2008-2009.
 22. Beauchemin C, Ichou M, Simon P. Trajectoires et Origines 2019-2020 (TeO2) : présentation d'une enquête sur la diversité des populations en France. *Population*. 2023;78(1):11-28.
 23. Beauchemin C. Trajectoires et Origines (TeO 1 et 2): 1re, 2e, 3e génération? [en ligne]. 2021 [cité le 10/02/2024]. Disponible sur: https://hal.science/hal-03113261/file/Beauchemin_TeO_201111.pdf
 24. Hamel C, Moisy M. Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé - Enquête TeO 2008. In : Document de travail 2013/190. [en ligne]. Paris: INED; 2013 [cité le 9/02/2024].
 Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19579/document_travail_2013_190_immigres_sante.fr.pdf

25. SPF. Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008. In : Santé et recours aux soins des migrants en France [en ligne]. 2012 [cité 15/12/2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/migrations-conditions-de-vie-et-sante-en-france-a-partir-de-l-enquete-trajectoires-et-origines-2008>
26. Cagnet M, Hamel C, Moisy M. Santé des migrants en France: l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. *Rev Eur Migr Int*. 2012 Jun 1;28(2):11-34.
27. Carde E. De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe. *Rev Eur Migr Int*. 2011;27(3):31-55.
28. Sabeg Y. La mesure statistique de la diversité et des discriminations ethniques. *Esprit*. 2009 May
29. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie Médicale*. 2005 Nov;6(4):235-54.
30. De Alencastro L, Clair C, Locatelli I, Ebell MH, Senn N. Raisonnement clinique: de la théorie à la pratique... et retour. *Rev Médicale Suisse*. 2017;13(562):986-9.
31. Kahneman D. *Système 1 / Système 2 : les deux vitesses de la pensée*. Paris : Flammarion; 2012.
32. Croskerry P. A Universal Model of Diagnostic Reasoning. *Acad Med*. 2009 Aug;84(8):1022.
33. Croskerry P, Singhal G, Mamede S. Cognitive debiasing 1: origins of bias and theory of debiasing. *BMJ Qual Saf*. 2013 Oct;22(Suppl 2):ii58-ii64.
34. Croskerry P. Clinical cognition and diagnostic error: applications of a dual process model of reasoning. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2009 Sep;14 (Suppl 1):27-35.

35. Organisation mondiale de la santé (OMS). L'OMS appelle à agir pour faire respecter le droit à la santé dans un contexte d'inaction, d'injustice et de crise. [en ligne]. 2024 [cité le 11/02/2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/05-04-2024-who-calls-for-action-to-uphold-right-to-health-amidst-inaction--injustice-and-crises>
36. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Plan national de lutte contre le racisme, l'antisémitisme et les discriminations liées à l'origine 2023-2026. [en ligne]. 2023 [cité le 11/02/2024]. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/plan-national-de-lutte-contre-le-racisme-l-antisemitisme-et-les-discriminations-liees-l-origine-2023-89325>
37. Nations Unies. Objectif de Développement Durable - Santé et Bien-Être pour tous. [en ligne]. [cité le 10/02/2024]. Disponible sur: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
38. Commission européenne. La santé dans le monde. [en ligne]. 2024 [cité le 11/02/2024]. Disponible sur: https://health.ec.europa.eu/internationalcooperation/global-health_fr
39. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? In: Cardon P, Dumez H, éditeur. Recherche qualitative en sciences humaines et sociales : les questions de l'heure. [en ligne]. CA :ARQ; 2007 [cité le 27/01/2024]. Disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/livres/collection-hors-serie-les-actes-de-la-revue-recherches-qualitatives/recherche-qualitative-en-sciences-humaines-et-sociales/5114co/>
40. Trimbur M, Plancke L, Sibeoni J. Réaliser une étude qualitative en santé. [en ligne]. 2012 [cité le 27/01/2024]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30731.pdf>
41. Goodman LA. Snowball Sampling. Ann Math Stat. 1961 Mar;32(1):148-70.
42. Sauvayre R. Initiation à l'entretien en sciences sociales - 2e éd : Méthodes, applications pratiques et QCM. Paris: Armand Colin. 2021;3:29-60.

43. Glaser BG, Strauss AL. La découverte de la théorie ancrée : stratégies pour la recherche qualitative. 2e éd. Paris: Armand Colin; 2010.
44. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* 2015 Jan;15(157):50-4
45. Decruyenaere S. La prise en compte des différences culturelles en médecine générale. [Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Lille (FRA) : Université de Lille ; 2023.
46. Salem LN. Quels sont les outils à disposition des acteurs de soins primaires pour prendre en compte la dimension culturelle dans la démarche de soins: revue systématique de la littérature. [Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Bordeaux (FRA) : Université de Bordeaux ; 2019.
47. Dupuich O. Expériences de soins de patients migrants: vécu de leur première consultation chez un médecin généraliste en France. [Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Nantes (FRA) : Université de Nantes ; 2022.
48. Richard C, Lussier MT, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale.* nov 2010;11(4):255-72.
49. Canada H. Language Barriers in Access to Health Care. [en ligne]. 2001 [cité le 25/11/2024]. Disponible sur : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-accessibility/language-barriers.html>
50. Bell SK, Dong J, Ngo L, et al. Diagnostic error experiences of patients and families with limited English-language health literacy or disadvantaged socioeconomic position in a cross-sectional US population-based survey. *BMJ Qual Saf.* 2023;32(11):644-654.

51. Diamond L, Izquierdo K, Canfield D, et al. A Systematic Review of the Impact of Patient-Physician Non-English Language Concordance on Quality of Care and Outcomes. *J Gen Intern Med*. 2019 Aug;34(8):1591-1606.
52. van Rosse F, de Bruijne M, Suurmond J, et al. Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *Int J Nurs Stud*. 2016 Feb;54:45-53.
53. Polin J. La communication au sein de la relation de soin interculturelle : quels impacts sur la pratique du médecin généraliste ? [Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Amiens (FRA) : Université de Picardie Jules Verne; 2023.
54. Moukrim S. Barrières linguistiques et problèmes de communication dans les milieux de la santé. In : Beacco JC, Krumm HJ et al, éditeur. *The Linguistic Integration of Adult Migrants / L'intégration linguistique des migrants adultes : Some lessons from research / Les enseignements de la recherche*. [en ligne]. Berlin: De Gruyter. ; 2017 [cité le 4/12/2024]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1515/9783110477498-046>
55. Watzlawick P. Une logique de la communication. Paris : Seuil ; 1972 :95-99
56. Bourgeois B. La créativité des soignants face à la barrière linguistique. *Aide-Soignante*. 2016 Avr;(176):9-26.
57. Dray É, Ève K, Lalande F, et al. Lever de la barrière linguistique dans la prise en charge médicale de patients allophones. *Santé Publique*. 2022;34(6):783-93.
58. Graz B, Vader JP, Raynault MF. Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction. *Santé Publique*. 2002;14(1):75-81.
59. Haute Autorité de Santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. [en ligne]. 26 oct 2017 [cité le 21/11/2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante
60. Le Goff G, Maury de Feraudy J, Zeroug-Vial H. Former des professionnels de santé aux pratiques avec interprète. *La Santé en action* [en ligne]. 1 dec 2017 [modifié le 11

- juin 2019 ; cité le 21/11/2024] ;442 :21-22. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/former-des-professionnels-de-sante-aux-pratiques-avec-interprete>
61. Brisset C, Leanza Y, Laforest K. Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Educ Couns*. 2013 May;91(2):131-40.
 62. Lee TS, Lansbury G, Sullivan G. Health care interpreters: A physiotherapy perspective. *Aust J Physiother*. 2005 Jan;51(3):161-5.
 63. Fagan MJ, Diaz JA, Reinert SE, et al. Impact of Interpretation Method on Clinic Visit Length. *J Gen Intern Med*. 2003 Aug;18(8):634-8.
 64. Morice AE. Évaluation d'un service d'interprétariat par visio conférence mis à disposition des médecins généralistes de Bordeaux : étude qualitative auprès des médecins et des patients expérimentateurs et enquête exploratoire sur le non-recours. [Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Bordeaux (FRA) : Université de Bordeaux; 2019.
 65. IGAS. Le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé [en ligne]. 2020 [cité le 25/11/2024]. Disponible sur : <https://igas.gouv.fr/Le-modele-economique-de-l-interpretariat-linguistique-en-sante>
 66. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev*. 2005 Jun;62(3):255-99.
 67. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. *Health Serv Res*. Avr 2007;42(2):727-54.
 68. Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France. [en ligne]. Strasbourg ; 2012. [cité le 29/05/2024]. Disponible sur : <https://ism->

interpretariat.fr/wp-content/uploads/2020/09/Charte-

professionnelle_Interpr%C3%A9tariat_m%C3%A9dical-et-social_Nov.-2012.pdf

69. Kamrul R, Malin G, Ramsden VR. La beauté des soins centrés sur le patient dans un contexte culturel. *Can Fam Physician*. Avr 2014;60(4):316-8.
70. Lepresle E. Comment tenir compte de la diversité culturelle en réanimation ? *Réanimation*. 2010 May;19(3):273-9.
71. Kotobi L. L'interprétariat médico-social : une exigence éthique. *La Santé en action* [en ligne]. 1 dec 2017 [modifié le 10 oct 2019 ; cité le 12/10/2024] ;442 :15-17. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/interculturalite-mediation-et-interpretariat-le-dossier-de-la-revue-la-sante-en-action-n-442-decembre-2017>
72. Arend L, Cadart A, Chabagno L, et al. L'interprétation médical et social, élément de la démocratie sanitaire. [en ligne]. 2017 [cité le 12/10/2024]. Disponible sur : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2017/mip/groupe%2012.pdf>
73. Es-Safi L. La médiation culturelle dans les hôpitaux ou Comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant. *Pensée Plurielle*. 2001;3(1):27-34.
74. GPS. Médiation culturelle : un outil pour l'accès à la santé ? [en ligne]. 2017 [cité le 5/12/2024]. Disponible sur : <https://gps.gf/mediation-culturelle-en-cancerologie-est-ce-une-necessite-dans-le-dispositif-dannonce-en-guyane-pour-une-population-noir-marron/>
75. Robert M-A. Introduction à l'anthropologie sociale. Bruxelles : Vie ouvrière ; 1968 :19-23

76. UNESCO. Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. [en ligne]. 1982 [cité le 5/12/2024]. Disponible sur : https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000052505_fre
77. Hudelson P. Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? Rev Med Suisse. 2002;2407(2):1775–1780
78. Carel H, Cooper R. Health, Illness and Disease: Philosophical Essays. London: Routledge, 2012.
79. Taylor JS. Confronting « culture » in medicine's « culture of no culture ». Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2003 Jun;78(6):555-9.
80. Le Breton D. Corps, culture et maladie : le fossé entre le discours médical et profane. La Rev Infirm. 2011 May;60(171):31-33
81. Faure J, Hanquet P. Souffrance et plainte chez le patient adulte drépanocytaire en crise douloureuse. Rech Soins Infirm. 2009;97(2):104-15.
82. Le Breton D. Anthropologie de la douleur. Paris : Métailié ; 1995 Jan:135-137
83. Discry A. Éclairage sociologique pour professionnels de la santé. 1re éd. Liège : EdiPro ; 2019
84. SFAP. Les échelles de la douleur -Adulte - Echelles d'auto-évaluation. [en ligne]. [cité le 5/12/2024]. Disponible sur: <https://sfap.org/document/les-echelles-de-la-douleur-adulte-echelles-d-auto-evaluation>
85. Péoch N. La douleur et le soin, entre l'acte et l'accompagnement. Rech Soins Infirm. 2012;110(3):65-77.
86. Lambert M, Lachal J, Mansouri M, Radjack R, Moro MR. Syndrome méditerranéen et monde médical français, un préjugé raciste encore actif : un parallèle avec l'article sur le « syndrome nord-africain » de Frantz Fanon. Rev Médecine Interne. 2022 Jul;43(7):399-401.

87. Lopez G. Is bias keeping female, minority patients from getting proper care for their pain? The Washington Post. [en ligne]. 2019 [cité le 5/12/2024]. Disponible sur : https://www.washingtonpost.com/health/is-bias-keeping-female-minority-patients-from-getting-proper-care-for-their-pain/2019/07/26/9d1b3a78-a810-11e9-9214-246e594de5d5_story.htm
88. Claude Lévi-Strauss. Race et Histoire. Paris : Gallimard ; 1987
89. Entretien avec Tobie Nathan : Questions d'ethnopsychiatrie. Outre-Terre. 2005 dec;11(2):575-81.
90. Vidal L. Les risques du culturalisme. Le Journal du sida. [en ligne]. 1995 [cité le 30/11/2024] ;75-76:32-34. Disponible sur : <https://www.journaldusida.org/dossiers/prevention/preservatif/les-risques-du-culturalisme.html>
91. Halley des Fontaines V , Kerouedan D, et al. Santé des migrants. Adsp. 2020;111:15-39.
92. Mazalovic K, Zabawa C, Roux-Levy PH, Gaimard M. Le repérage des patients en situation de précarité par les médecins généralistes. Popul Vulnérables. 2019 Mar;(5):157-79.
93. SPF. Les livrets de santé bilingues : outils de liaison entre migrants et professionnels de la santé ou du social. [en ligne]. 2022 [cité le 5/12/2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/les-livrets-de-sante-bilingues-outils-de-liaison-entre-migrants-et-professionnels-de-la-sante-ou-du-social>
94. HCSP. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. [en ligne]. 2010 [cité le 2/12/2024]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>
95. Vega Anne. Soignants/Soignés. 2^e éd. Louvain (BE): De Boeck Supérieur ; 2012.

96. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. [en ligne]. 2023 [cité le 28/11/2024]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf
97. Brousse P, Mosnier E, Guarmit B, Nacher M, Ville M. Prise en charge des populations vivant en forêt et le long des fleuves en Guyane. Adsp. 2015;91:40-42.
98. Creusvaux H. La santé dans les départements et collectivités d'outre-mer : réalités et perspectives. Adsp. 2015;91:10-15.
99. Sagnes C. Accès aux soins dans les Outre-Mer : à situations particulières, solutions particulières. In : Alcimed. [en ligne]. 12 déc 2022 [cité le 30/11/2024]. Disponible sur : <https://www.alcimed.com/fr/insights/acces-aux-soins-outre-mer-solutions/>
100. Légise I. Les langues parlées en Guyane : une extraordinaire diversité, un casse-tête pour les institutions. Langues et Cités. 2017 ;29 :2-5.
101. Benoist J. Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical. Paris : Khartala ;1996.
102. Madi H. Rencontre : médecine traditionnelle et médecine occidentale dans les soins à Mayotte. [Mémoire pour le Diplôme de Cadre de Santé]. Lille (FRA) : Institut Universitaire Santé Social; 2023.
103. Vie A. Usages de la médecine traditionnelle sur le Haut-Maroni : étude mixte quantitative et qualitative. [Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Pointe-à-Pitre (FRA) : Université Antilles-Guyane; 2022.
104. Société Française d'Ethnopharmacologie. Les plantes des départements français d'outre-mer. [en ligne]. [cité 30 nov 2024]. Disponible sur: <http://www.ethnopharmacologia.org/definition/les-pharmacopees-du-monde/les-plantes-des-departements-francais-doutre-mer/>

105. Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic Error in Internal Medicine. *Arch Intern Med.* 2005 Jul;165(13):1493-9.
106. Gopal DP, Chetty U, O'Donnell P, Gajria C, Blackadder-Weinstein J. Implicit bias in healthcare: clinical practice, research and decision making. *Future Healthc J.* 2021 Mar;8(1):40-8.
107. Jacques E, Jacques JM. L'erreur de diagnostic en médecine d'urgence : son incidence et ses causes. *Louvain Medical.* 2020 Oct;139(08):465-474
108. Howard J. Cognitive Errors and Diagnostic Mistakes: A Case-Based Guide to Critical Thinking in Medicine. New York: Springer International Publishing; 2019
109. Pirot A. Étude qualitative des raisonnements cliniques et biais cognitifs des médecins urgentistes lors des prises en charge préhospitalières à La Réunion. [Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. La Réunion (FRA) : Université de La Réunion; 2023.
110. Schaefferbeke PT. Les biais émotionnels et les biais cognitifs en médecine. *Rev Rhumatos* [en ligne]. 5 mars 2024 [cité le 24/11/2024]. Disponible sur: <https://rhumatos.fr/les-biais-emotionnels-et-les-biais-cognitifs-en-medecine/>
111. Han S. Neurocognitive Basis of Racial Ingroup Bias in Empathy. *Trends Cogn Sci.* 2018 May;22(5):400-21.
112. Trawalter S, Hoffman KM, Waytz A. Racial Bias in Perceptions of Others' Pain. *PLoS ONE.* 2012 Nov;7(11):e48546.
113. Lester JC, Taylor SC, Chren M -M. Under-representation of skin of colour in dermatology images: not just an educational issue. *Br J Dermatol.* 2019 Jun;180(6):1521-2.

114. Tina AO. L'examen dermatologique des peaux noires : défis et perspectives pour les médecins généralistes. [Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Saint-Etienne (FRA) : Université de Saint-Etienne; 2023.
115. Alvarez-Arango S, Ogunwole SM, Sequist TD, Burk CM, Blumenthal KG. Vancomycin Infusion Reaction - Moving beyond "Red Man Syndrome". *N Engl J Med*. 2021 Apr 8;384(14):1283-1286
116. Kluger N, Mahé A. Diagnostic overshadowing and other cognitive bias in patients with skin of color in Finland. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 2023 Jun;150(2):140-2.
117. Breathett K, Jones J, Lum HD, Koonkongsatian D, Jones CD, Sanghvi U, et al. Factors Related to Physician Clinical Decision-Making for African-American and Hispanic Patients: a Qualitative Meta-Synthesis. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2018 Dec;5(6):1215-29.
118. Balsa AI, McGuire TG. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *J Health Econ*. 2003 Jan;22(1):89-116.
119. Cognet M. Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques. *Cah LCD*. 2017;5(3):25-42.
120. Whelehan DF, Conlon KC, Ridgway PF. Medicine and heuristics: cognitive biases and medical decision-making. *Ir J Med Sci*. 2020 Nov;189(4):1477-84.
121. Parent F. Du stéréotype à la discrimination, pourquoi sautons-nous le pas ? *Pédagogie Médicale*. 2020;21(3):107-9.
122. Braud R. Diabète des « immigrés » en France. Politique de lutte contre les inégalités sociales de santé ou discrimination ? *Émul Rev Sci Soc*. 2020 Dec;(35-36):123-38.
123. Fassin D. L'invention française de la discrimination. *Rev Fr Sci Polit*. 2002;52(4):403-23.

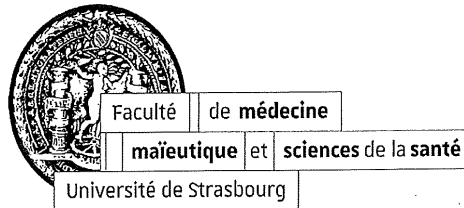
124. Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Etude en France métropolitaine et en Guyane française. [Thèse pour le Diplôme de Docteur en Santé Publique]. Paris (FRA) : Université Paris Sud – Paris XI ; 2006.
125. COE. L'intersectionnalité et la discrimination multiple. [En ligne]. [cité le 18/12/2024]. Disponible sur : <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/intersectionality-and-multiple-discrimination>
126. Leresche L. Defining gender disparities in pain management. Clin Orthop. 2011 Jul;469(7):1871-7.
127. Humphries KH, Lee MK, Izadnegahdar M, Gao M, Holmes DT, Scheuermeyer FX, et al. Sex Differences in Diagnoses, Treatment, and Outcomes for Emergency Department Patients With Chest Pain and Elevated Cardiac Troponin. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. 2018 Avr;25(4):413-24.
128. Coisy F, Olivier G, Ageron FX, Guillermou H, Roussel M, Balen F, et al. Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients? Eur J Emerg Med. 2024 Jun 1;31(3):188-194.
129. Rivenbark JG, Ichou M. Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. BMC Public Health. 2020 Jan 9;20(1):31
130. Croskerry P. The Importance of Cognitive Errors in Diagnosis and Strategies to Minimize Them. Acad Med. 2003 Aug;78(8):775.
131. Amy M, Dias Mateus S, Dominicé-Dao M, De Lucia S. Biais dans la consultation : quels outils pour le·la clinicien·ne ? Rev Med Suisse. 2021 Sept;752:1649-53.
132. Nurseslab. Madeleine Leininger: Transcultural Nursing Theory. [en ligne]. [cité le 28/11/2024]. Disponible sur : <https://nurseslabs.com/madeleine-leininger-transcultural-nursing-theory/>

133. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *J Transcult Nurs Off J Transcult Nurs Soc.* 2002 Jul;13(3):181-4; discussion 200-201.
134. Ely JW, Graber ML. Preventing Diagnostic Errors in Primary Care. *Am Fam Physician.* 2016 Sept 15;94(6):426-32.
135. Ouvrard P, Widmer D, Masson V. Anthropological immersion: a new concept of Continuing Professional Development to improve attitudes in general practice. *Primary Care.* 2010 Dec;11(3):47-49.
136. Bennett MJ. A developmental approach to training for intercultural sensitivity, *International Journal of Intercultural Relations.* 1986; 10(2)
137. Conseil constitutionnel. Loi relative à la maîtrise de l'immigration, à l'intégration et à l'asile : Décision n° 2007-557 DC du 15 novembre 200. [en ligne]. [cité le 9/12/2024]. Disponible sur: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2007/2007557DC.htm>
138. Insee. Statistiques ethniques. [en ligne]. 27 aug 2020 [cité le 10/12/2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2108548>
139. CNIL. La loi Informatique et Libertés. [en ligne]. 17 dec 2015 [cité le 9/12/2024]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/la-loi-informatique-et-libertes>
140. Shotcogs. Guide pratique des biais cognitifs. [En ligne]. [cité le 28/11/2024]. Disponible sur: <https://www.shortcogs.com>
141. Sukhera J, Watling C. A Framework for Integrating Implicit Bias Recognition Into Health Professions Education. *Acad Med.* 2018 Jan;93(1):35.
142. Maina IW, Belton TD, Ginzberg S, Singh A, Johnson TJ. A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. *Soc Sci Med.* 2018 Feb 1;199:219-29.

143. Althaus F, Hudelson P, Domenig D, Green A, Bodenman P. Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. *Forum Med Suisse*. 2010;10(5):79-83.
144. Hudelson P, Stalder H. Diversité socioculturelle et formation médicale. *Rev Médicale Suisse*. 2005;1(34):2214-7.
145. Thompson J, Bujalka H, McKeever S, Lipscomb A, Moore S, Hill N, et al. Educational strategies in the health professions to mitigate cognitive and implicit bias impact on decision making: a scoping review. *BMC Med Educ*. 2023 Jun 20;23:455.
146. Castillo L, Brossart D, Reyes C, Conoley C, Phoummarath M. The Influence of Multicultural Training on Perceived Multicultural Counseling Competencies and Implicit Racial Prejudice. *J Multicult Couns Dev*. 2007 Oct 1;35:243-54.
147. Nguyen Q, Flora J, Basaviah P, Bryant M, Hosamani P, Westphal J, et al. Interpreter and limited-English proficiency patient training helps develop medical and physician assistant students' cross-cultural communication skills. *BMC Med Educ*. 2024 Feb 23;24:185.
148. Kamrul R, Malin G, Ramsden VR. La beauté des soins centrés sur le patient dans un contexte culturel. *Can Fam Physician*. 2014 Apr;60(4):316–8.
149. Laramée MC, Garneau AB. Développement de la compétence culturelle infirmière : perspective d'étudiantes de leur environnement d'apprentissage lors d'un stage clinique à l'international. *Rech Soins Infirm*. 2018;135(4):30-7.
150. Mercure D, Anchise L, Dupuis N, Meyer S, Girardet K. Les retombées professionnelles des stages internationaux sur la carrière des jeunes professionnels diplômés à la Haute école de travail social et de santé à Lausanne en Suisse. *J Int Mobil*. 2020;8(1):21-43.
151. Haute Autorité de Santé. Les erreurs diagnostiques en médecine. [En ligne]. 8 nov 2024 [cité le 22/11/2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3555106/fr/les-erreurs-diagnostiques-en-medecine

152. Vela MB, Erondou AI, Smith NA, Peek ME, Woodruff JN, Chin MH. Eliminating Explicit and Implicit Biases in Health Care: Evidence and Research Needs. *Annu Rev Public Health*. 2022 Avr 5;43:477-501.
153. Bertossi C, Prud'homme D. La " diversité " à l'hôpital : identités sociales et discriminations. In : Ifri. [En ligne]. 29 aug 2011 [cité le 27/11/2024]. Disponible sur: <https://www.ifri.org/fr/editoriaux/la-diversite-lhopital-identites-sociales-et-discrimination>

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : DIALLA Prénom : Binta

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance
des suites disciplinaires ou pénales que
j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.*

Signature originale :

[Signature]
À Strasbourg, le 6/07/2025

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ

Étude qualitative du raisonnement médical en cas de prise en charge de patients d'origine non Européenne

Introduction : La France est un pays dont les origines de sa population sont diverses, du fait de l'étendue de son territoire au-delà de l'Hexagone, mais également des parcours migratoires internationaux. Cependant, parmi les populations immigrées et provenant d'un DROM-COM, nombreux sont ceux qui déclarent ressentir un moins bon état de santé. La question de savoir si ce ressenti est en lien avec nos décisions médicales, construites à partir de mécanismes cognitifs complexes, se pose.

Objectifs : Identifier les biais cognitifs au sein de notre raisonnement médical qui vont impacter la prise en charge des patients d'origine non-Européenne.

Matériel et Méthodes : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés entre mars 2024 et septembre 2024 auprès de 11 médecins exerçant en France hexagonale et en DROM-COM. Analyse thématique et intuitive des entretiens en se basant sur la théorisation ancrée.

Résultats : Les entretiens ont permis d'explorer les moments clefs qui contribuent à des situations cliniques dysfonctionnelles. La première étape correspond à l'interaction avec le patient. Celle-ci fait écho aux outils dont disposent les médecins lorsqu'il existe des barrières linguistiques qui limitent le recueil des informations du patient. Un recueil qui s'avère nécessaire afin de procéder à une seconde étape d'intégration des données, où se mêlent des facteurs culturels, socio-économiques mais également structurels. Le médecin, en fonction de ses propres émotions, de ses compétences et de son contexte professionnel, aura une attitude différente face à ces déterminants de santé. L'ensemble de ces éléments va être à l'origine de biais cognitifs multiples. En se focalisant sur les patients d'origine non-Européenne, nous observons que certains d'entre eux semblent spécifiquement liés à l'interprétation de paramètres ethniques du patient, et notamment en ce qui concerne la reconnaissance de variations dermatologiques sur phototypes foncés et l'effet d'overshadowing sur les antécédents du patient. De plus, nous retrouvons un impact non négligeable de nos représentations culturelles sur notre attitude en tant que soignant, en particulier lors de la prise en charge de symptômes douloureux. Un raisonnement médical basé sur la catégorisation ethnique ou culturelle des individus impacte ainsi le soin en favorisant les biais implicites. Cependant, au sein des situations cliniques partagées par les participants, nous avons identifié plusieurs mécanismes de réflexion et de remise en question des médecins. Ceci nous a permis, au travers des différentes étapes de la prise en charge médicale, de modéliser la construction de nos biais cognitifs, leurs conséquences pour le patient d'origine non-Européenne ainsi que la réflexivité possible des médecins.

Conclusions : Durant notre parcours professionnel, nous sommes amenés à soigner des patients aux origines multiples. Ainsi, l'identification de soins potentiellement dégradés pour les patients d'origine non-Européenne pose la question du poids de notre système de raisonnement intuitif, où siègent les biais cognitifs, sur ces situations cliniques. Apprendre à tenir compte de la diversité des origines du patient, lorsque cela s'avère pertinent, est donc nécessaire. Par conséquent, sensibiliser nos institutions à la question de la prise en charge de la diversité en médecine et à l'existence de biais cognitifs semble crucial.

Rubrique de classement : **MÉDECINE GÉNÉRALE**

Mots-clés : Prise de décision, Biais cognitifs, Préjugés, Ethnie, Disparités en santé

Président : **Professeur WEBER Jean-Christophe**

Assesseur.es : **Docteur LÉPINE Camille**
Professeur MAHÉ Antoine (Directeur)