



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Zakia KHELIFI épouse PAREAU

Le 28 Mai 2010

Particularités de la prise en charge des patients diabétiques de type II d'origine maghrébine en Médecine Générale

Etude qualitative des représentations et apports de l'interprétariat en contexte interculturel

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Olivier ZIEGLER

Président

M. le Professeur Xavier DUCROCQ

Juge

M. le Professeur Marc KLEIN

Juge

M. le Professeur Alain AUBREGE

Juge et Directeur

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1er Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2ème Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3ème Cycle :	
« <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- DPC :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY

Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT

Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET

Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ

Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
 Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
 Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
 Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
 Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
 Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
 Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
 Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie digestive*)

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIE

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS

Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Professeur associé Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A mon père

A ssa rragh tha jmilth i vava,

Inch'allah amkan iss thill janath,

A the camlagh I ou vrith al ali

Iy thvaa

Remerciements

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Olivier Ziegler

Professeur de Nutrition

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse.

Pour votre disponibilité,

Pour votre accompagnement dans notre travail,

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Xavier Ducrocq

Professeur de neurologie

Pour l'intérêt que vous portez à notre thème de recherche.

Vous nous faites l'honneur de siéger dans notre jury,

Vous nous accordez votre attention en participant à ce jury,

Recevez ici toute notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur Marc Klein

Professeur d'endocrinologie et maladies métaboliques

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse.

Pour votre investissement dans notre formation par vos enseignements et lors de nos stages hospitaliers,

Pour la qualité de votre accompagnement, et la qualité de vos conseils lors de nos stages de clinique,

Pour l'exemple que vous constituez pour nous dans votre rigueur, et votre relation avec les patients,

Recevez l'expression de notre respect et de notre sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Alain Aubrège

Professeur de médecine générale

Directeur et juge de notre travail

Vous nous avez accordé votre temps et votre confiance.

Vous nous avez accompagnée lors de nos premiers pas dans la médecine générale, vous nous avez accueillie avec bienveillance, et partagé avec nous votre précieuse expérience, et votre sens aigu de l'analyse. Vous avez participé, dans la candeur de nos débuts dans le domaine complexe de la médecine générale, à la construction d'un esprit que nous espérons critique et efficace au service de nos patients.

Nous avons constitué pour vous une estime et une affection toutes particulières, et nous vous témoignons toute notre reconnaissance pour le soutien qu'a été le vôtre, dans les si difficiles moments que nous avons traversés.

**A Monsieur le Directeur Régional du Service Médical du Nord-Est, le
Docteur Jean-Pierre Mineur**

**A Monsieur le Directeur Régional du Service Médical d'Alsace-Moselle, le
Docteur Gérard Escano**

Nous exprimons notre sincère reconnaissance aux Services Médicaux du Nord-Est et d'Alsace-Moselle pour nous avoir permis d'obtenir des informations relatives à la consommation de soins des patients diabétiques, informations issues des bases de données de l'Assurance Maladie.

**A l'équipe du Département d'Analyse des Données du Service Médical du
Nord-Est**

Nous exprimons notre gratitude à Mesdames Ouarda Pereira et Delphine Cerejo, qui ont réalisé pour nous un travail rigoureux d'analyse du suivi médical des patients diabétiques de Lorraine au regard des référentiels médicaux de bonne pratique.

**Aux médecins généralistes et aux patients, ainsi qu'à leurs interprètes, qui
ont aimablement accepté de participer à notre étude.**

Votre accueil et notre rencontre constituent un souvenir impérissable et riche d'échange humain.

A Madame le Docteur Ranta

A l'équipe médicale de Sermaize- Les- Bains

A Marie-Christine : exemplarité et modestie, votre rencontre fut et demeure un enchantement tant au plan professionnel que personnel

A Alain, Anne, Denis, Hélène, et Virginie : pour votre accueil, votre gentillesse, votre diversité enrichissante

A Charlène : pour son adaptabilité, sa gentillesse. Tous nos vœux d'épanouissement au sein de cette belle équipe !

A Monsieur Le Docteur Philippe Plane

Tout simplement merci.

**A l'ensemble des médecins et personnels paramédicaux qui nous ont
accueillie dans nos stages au cours de notre cursus universitaire**

A MA FAMILLE

A Ma Mère

Pour son soutien, son amour, sa sagesse, son intelligence, son bon sens, son courage, sa gentillesse, sa patience, sa tendresse, ses judicieux conseils, son excellente cuisine, sa générosité, sa bonté, la beauté de son cœur, la perfection de son Ame, l'exemple à suivre qu'elle est pour moi.

A mon époux Xavier

Pour tout l'amour qu'il m'apporte, son tendre soutien, sa patience. Mon cher mari, les actes sont aux mots ce que tu es à l'Amour : des preuves au quotidien.

A mes sœurs

Ouarda, la Force tranquille, pour son implication dans mon bien-être et mon épanouissement personnel aussi bien que professionnel. Cher sœur, ta modestie n'a d'égal que ta rigueur et ta compétence.

Zehira, la Protectrice grande soeur, le meilleur professeur de français du monde ! A cet endroit, je rappelle les indispensables appels téléphoniques vers Djibouti, à l'époque où tu y étais en mission, pour un conseil sur une dissertation de philosophie à rendre pour le lendemain (GMT...). Pour ta patience, et ta capacité à absorber mes doutes et mes angoisses. Culture de l'excellence, culture du sens critique, excellence de la culture ne sont que la partie visible de l'iceberg de tes qualités.

Zina, la Belle et Talentueuse, la générosité et la gentillesse, la discrétion et la disponibilité.

A Geneviève

Pour sa tendre affection, son soutien, sa patience, sa délicatesse, son attention discrète et protectrice.

A Richard

Pour son soutien, son affection, sa combativité exemplaire.

A mon grand frère Abderahmane

Pour son courage, sa gentillesse, sa patience.

A mon Oncle Amar

Pour son altruisme et sa grande sagesse.

A ma belle sœur Karima, à mes beaux-frères François, Gerd, et M'biya

A Josyane et Michel

A Abdélaziz

A ma Tante Melker

A ma Tante Johar

A mon Oncle Arezki

A Hélène

A la jeune et prometteuse génération : Andréas, Sarah, Seleyna, Oualid, Mehdi, Clémence, Safia, Alexandra et Nassim

Que la richesse de vos racines vous porte vers l'excellence et la réussite, dans vos perspectives personnelles autant que professionnelles.

A Hawaï

A MES AMIS

A Virginie

Un hommage à mon amie, qui m'accompagne avec un sentiment de bienveillance attentive. Témoin affectueux des moments de joie, soutien solide dans les si difficiles moments traversés. Chère Virginie, ton amitié est un trésor.

A Estelle

Le souvenir des travaux pratiques de Physique et chimie : toute une philosophie, et ce n'est pas de la science-fiction. Pour ton humour, ta modestie, et ton indéfectible honnêteté, je souhaite te rendre hommage.

A Mina

Pour son réconfort discret et affectueux, pour son amitié délicate et attentionnée. Chère Mina, que soient loués ton humanité, ta gentillesse et ton courage. Sache que ton soutien m'est indispensable et précieux.

A Anne-Sophie

La première impression n'est pas forcément la bonne, cela s'adapte tout à fait bien à notre rencontre. Une sincérité et une gentillesse, une spontanéité attendrissante pour lesquelles je te remercie !

A Marie

Mon amie de 30 ans.

A Julie

Pour son amitié solide et son soutien de tous les moments.

A Céline

Pour son tendre soutien.

A Hélène et Laetitia

Pour avoir su conjuguer bonne humeur et professionnalisme.

A Carine

Pour son courage et sa bonne humeur exemplaires.

A Grégory

A Aline

A Stéphanie

A Pierre

A Claire

A Sophie

A Caroline

A Jérôme

A Julio

A Anne et Benjamin

A Christelle et Gaël

A Nicolas et Anne Lise

A Hervé et Jonathan

SERMENT

"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 ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	37
PARTIE I	
DES INEGALITES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS D'ORIGINE ETRANGERE EN MEDECINE GENERALE : DETERMINANTS SOCIO-ETHNOGRAPHIQUES	
ROLE DE L'INTERPRETARIAT	41
1. LES INEGALITES DE SANTE ET DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS D'ORIGINE ETRANGERE EN MEDECINE GENERALE.....	42
1.1. <i>La santé des migrants, un domaine à part entière ?</i>	42
1.2. <i>Des inégalités de santé chez les personnes d'origine étrangère</i>	42
1.2.1. Des difficultés à assurer une qualité des soins égale	42
1.2.2. Revue des problèmes de santé dans les populations migrantes en Europe.....	43
1.2.2.1. Ampleur et portée du problème	43
1.2.2.2. Impact des migrations sur la santé	44
2. LES DETERMINANTS A L'ORIGINE D'INEGALITES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS D'ORIGINE ETRANGERE.....	48
2.1. <i>Les déterminants socio-économiques à l'origine d'inégalité dans la prise en charge des patients d'origine étrangère</i>	48
2.1.1. L'accès à une couverture médicale	48
2.1.2. Accessibilité économique aux soins de santé	50
2.2. <i>Stigmatisation et discrimination</i>	52
2.2.1. Le refus de soins par les professionnels de santé	52
2.2.2. La barrière linguistique	53
2.2.3. La barrière culturelle	54
2.2.3.1. La « culture biomédicale » : un avis sans demi-mesure de la part des anthropologues.....	55
2.2.3.2. La dimension culturelle de la maladie	55
2.2.3.2.1. Les représentations dans le domaine de la santé	55
2.2.3.2.2. La relation interculturelle.....	56
2.2.3.2.3. De la nécessaire « compétence culturelle » du médecin à la délicate relation interculturelle.....	56
3. APPORTS ET LIMITES DE L'INTERPRETARIAT DANS LA RELATION INTERCULTURELLE	59
3.1. <i>Apports de l'interprétariat en contexte interculturel</i>	59
3.2. <i>Pré-requis fondamentaux à l'exercice de la fonction d'interprète</i>	60
3.2.1. Compétences de l'interprète	61
3.2.2. Aspects techniques de l'entretien	61
3.2.3. Aspects déontologiques	62
3.3. <i>Difficultés et limites de l'interprétariat</i>	62
3.3.1. Les limites de la neutralité de la traduction	62
3.3.2. La nécessité de promouvoir la formation des interprètes	63
3.3.3. Les contraintes techniques liées à l'interprétariat.....	64
3.3.4. Difficultés en pratique liées au statut de l'interprète.....	64
3.3.5. Ressenti négatif des médecins dans la relation thérapeutique	65
CONCLUSION	66
PARTIE II	
ETAT DES LIEUX SUR LE DIABETE DANS LES POPULATIONS IMMIGREES	67
1. LES DONNEES SUR LE DIABETE DANS LES POPULATIONS IMMIGREES	68
1.1. <i>Une pandémie annoncée, l'enjeu de santé des migrants</i>	68
1.2. <i>Des inégalités dans la prise en charge des diabétiques de type 2 : des similitudes d'un pays à l'autre</i>	68
1.2.1. Etude ENTRED en France	68
1.2.2. Les études réalisées dans les autres pays	70
1.2.2.1. Des facteurs génétiques de susceptibilité ?	70

1.2.2.2.	Le manque d'acculturation comme facteur de risque ?.....	70
1.2.2.3.	Des inégalités d'ordre socio-économique	71
1.2.2.4.	Des inégalités dans la survenue des complications du diabète.....	71
2.	LA POPULATION DIABETIQUE IMMIGREE MAGHREBINE EN FRANCE	72
2.1.	<i>La notion de patient maghrébin dans la culture biomédicale française</i>	<i>72</i>
2.1.1.	La notion de maghrébin en sociologie.....	72
2.1.2.	La notion de patient maghrébin en Médecine	74
2.2.	<i>Le diabète en Lorraine : analyse par sous populations.....</i>	<i>75</i>
2.2.1.	Méthodologie de l'étude.....	75
2.2.1.1.	Les recommandations de bonne pratique identifiables dans les bases de l'Assurance Maladie (116).....	75
2.2.1.2.	La population étudiée	76
2.2.1.3.	Les indicateurs du suivi médical des patients	77
2.2.2.	Description du suivi médical des patients diabétiques de Lorraine entre 2008 et 2010.....	77
2.2.2.1.	Description des caractéristiques des patients diabétiques de Lorraine et de leur suivi médical.	78
2.2.2.2.	Le suivi médical des patients diabétiques par sous populations.....	82
2.2.2.2.1.	Description des caractéristiques des sous populations.	82
2.2.2.2.2.	Description du suivi médical des patients diabétiques par sous populations.....	83

PARTIE III

ETUDE QUALITATIVE DES REPRESENTATIONS DU DIABETE ET APPORTS DE L'INTERPRETARIAT DANS LA RELATION INTERCULTURELLE CHEZ DES PATIENTS MAGHREBINS DIABETIQUES DE TYPE 2 ET CHEZ DES MEDECINS GENERALISTES..... 89

1.	MATERIEL ET METHODE.....	90
1.1.	<i>Choix de l'étude qualitative</i>	<i>90</i>
1.1.1.	Aspect théorique de la méthode	90
1.1.1.1.	La méthode qualitative	90
1.1.1.2.	L'entretien semi-directif	91
1.1.2.	Maquettes d'entretiens.....	91
1.1.2.1.	Entretiens avec les patients	91
1.1.2.2.	Entretiens avec les médecins	92
1.2.	<i>Choix de la population ciblée.....</i>	<i>93</i>
1.2.1.	Caractéristiques des patients.....	93
1.2.1.1.	Recrutement des patients	93
1.2.1.2.	Présentation de l'échantillon.....	93
1.2.2.	Caractéristiques des médecins généralistes.....	95
1.2.2.1.	Recrutement des médecins généralistes.....	95
1.2.2.2.	Présentation de l'échantillon.....	95
1.3.	<i>L'analyse des données.....</i>	<i>95</i>
2.	RESULTATS DE L'ETUDE	96
2.1.	<i>Résultats des entretiens menés auprès des patients.....</i>	<i>96</i>
2.1.1.	Les représentations du diabète.....	96
2.1.1.1.	Le vécu de l'annonce du diagnostic.....	97
2.1.1.2.	Les représentations étiologiques du diabète.....	101
2.1.1.3.	Les représentations sur le diabète et sa prise en charge	104
2.1.1.4.	Les implications sociales du diabète.....	111
2.1.2.	Les trajectoires migratoires.....	114
2.1.2.1.	Emigration nécessaire.....	115
2.1.2.2.	Emigration subie.....	115
2.1.2.3.	La problématique douloureuse du retour	117
2.1.2.4.	L'influence positive du regroupement familial.....	120
2.1.2.5.	Le sentiment de tiraillement entre deux pays.....	120
2.1.3.	La maîtrise de la langue française.....	122
2.1.3.1.	De niveaux de compréhension variable... ..	122
2.1.3.2.	... A une variabilité de l'implication dans la relation de soins.	126
2.1.4.	Le vécu de la relation soignante, l'influence de l'interprète	127
2.1.4.1.	Le rapport au médecin traitant	127
2.1.4.2.	Géographie de l'entretien avec interprète	130
2.1.4.3.	Avis des patients sur l'interprétariat	134

2.1.5.	Synthèse.....	137
2.2.	Résultats des entretiens menés auprès des médecins	138
2.2.1.	Les représentations du diabète	138
2.2.1.1.	Présentation du diabète au patient.....	138
2.2.1.2.	Aspects culturels de la prise en charge du diabète de type 2 chez les patients maghrébins	145
2.2.2.	Représentations du patient maghrébin	150
2.2.2.1.	Une structure familiale solide au service du malade diabétique	150
2.2.2.2.	La connaissance subjective de la condition de travailleur immigré maghrébin	151
2.2.2.3.	La connaissance de la problématique douloureuse du retour au pays	152
2.2.2.4.	Des trajectoires précarisantes de migrants vieillissants	153
2.2.2.5.	Le paradoxe de la maîtrise linguistique chez les patients maghrébins	153
2.2.3.	Les particularités de la relation thérapeutique	157
2.2.3.1.	Une relation originale	157
2.2.3.2.	L'influence de l'histoire migratoire sur le diabète et le parcours thérapeutique	158
2.2.4.	Le vécu de la relation interculturelle	163
2.2.4.1.	Faire avec la barrière linguistique.....	163
2.2.4.2.	Faire avec la barrière culturelle.....	170
2.2.5.	Le principe acquis du troisième intervenant	172
2.2.5.1.	Vécu positif de l'intervention d'un interprète	172
2.2.5.2.	Les difficultés liées à l'intervention d'un interprète	175
2.2.6.	Avis sur un interprétariat professionnalisé	182
2.2.6.1.	L'interprétariat individuel.....	182
2.2.6.1.1.	Connaissance de réseaux d'interprétariat par les médecins.....	182
2.2.6.1.2.	Un interprétariat individuel pour redonner sa place au patient.....	183
2.2.6.1.3.	Les garanties de qualité et de confidentialité d'un interprétariat professionnalisé	184
2.2.6.1.4.	Les réticences à la mise en place d'un interprétariat individuel en Médecine Générale.....	184
2.2.6.1.5.	L'alternative : les thérapeutes de même culture que les patients.....	186
2.2.6.2.	L'interprétariat collectif pour la prise en charge diététique des patients diabétiques.....	187
2.2.6.2.1.	Une structure adaptée pour l'éducation thérapeutique des patients diabétiques ayant un obstacle de langue.....	187
2.2.6.2.2.	Avis sur des modalités pratiques de mise en place de telles structures	188
2.2.7.	Synthèse	190

PARTIE IV

DISCUSSION	191
1. LES LIMITES DE L'ETUDE	192
1.1. Limites tenant à la réalisation des entretiens	192
1.1.1. La taille des échantillons reste faible	192
1.1.2. La durée relativement courte des entretiens	192
1.1.3. Limites concernant les entretiens avec les patients	193
1.1.3.1. Les données perdues dans les apartés... et les « mises à part »	193
1.1.3.2. Influence du lieu de tenue des entretiens avec les patients	193
1.2. Limites tenant à la position du chercheur	193
1.2.1. La position de médecin.....	194
1.2.2. La position de chercheur	194
2. INTERET DE LA PRISE EN COMPTE DES REPRESENTATIONS EN SANTE	195
2.1. Représentations étiologiques du diabète	195
2.1.1. Le stress comme facteur déclenchant	195
2.1.2. Le rôle positif de la spiritualité.....	195
2.1.3. Migration et diabète : est-il plus grave d'être malade loin de chez soi ?	196
2.2. L'alimentation comme marqueur identitaire	197
2.2.1. La cuisine maghrébine	197
2.2.2. Migration et bouleversement alimentaire.....	198
2.2.3. Le message alimentaire dans la relation interculturelle.....	198
3. APPORTS DE L'INTERPRETARIAT EN CONTEXTE INTERCULTUREL	199
3.1. Les interprètes familiaux et de proximité	199
3.1.1. Les avantages.....	199
3.1.2. Les inconvénients.....	200

3.2.	<i>Pistes de réflexion pour un interprétariat professionnalisé</i>	200
3.2.1.	L'interprétariat individuel	200
3.2.2.	Des éducateurs thérapeutiques dans une prise en charge collective des patients diabétiques en contexte interculturel.....	201
CONCLUSION GENERALE		203
BIBLIOGRAPHIE		205
ANNEXE A : ENTRETIENS		215
1.	ENTRETIENS AVEC LES PATIENTS	215
a)	<i>Entretien avec Madame B</i>	215
b)	<i>Entretien avec Madame Be</i>	218
c)	<i>Entretien avec Madame E. Amie interprète</i>	221
d)	<i>Entretien avec Madame G. Fille interprète</i>	222
e)	<i>Entretien avec Madame M. Epoux de Madame M intervenant en tant qu'interprète</i>	226
f)	<i>Entretien avec Monsieur Z</i>	231
2.	ENTRETIENS AVEC LES MEDECINS	236
a)	<i>Entretien avec le Docteur A</i>	236
b)	<i>Entretien avec Docteur B</i>	241
c)	<i>Entretien avec Docteur C</i>	245
d)	<i>Entretien avec Docteur D</i>	250
e)	<i>Entretien avec Docteur E</i>	254
f)	<i>Entretien avec Docteur F</i>	261
g)	<i>Entretien avec Docteur G</i>	266
ANNEXE B : MODELE DE SZAZ ET HOLLANDER		273

INTRODUCTION

En France, le nombre de sujets diabétiques passera, d'après les résultats de l'étude ENTRED (Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques) menée de 2001 à 2003, de 1,8 million en 1999 à 2,8 millions à l'horizon 2016, soit une augmentation de 51% (1).

Le nombre de cas de diabète dans le monde parmi les adultes de plus de vingt ans était estimé en 2000 à 171 millions, et pourrait atteindre, en 2025, 334 millions de personnes (2).

Devant cette pandémie annoncée du diabète de type 2, la santé des migrants apparaît comme un enjeu majeur, les populations immigrantes étant particulièrement touchées : « Pour les centaines de millions de personnes qui se déplacent dans le monde chaque année, le diabète constitue une menace sanitaire majeure. En Australie, aux Pays-Bas, en Norvège, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, des études indiquent que les populations immigrantes sont souvent plus susceptibles de développer le diabète que les populations non immigrantes. Cela nécessite des études complémentaires. » (3).

Or, certaines études tendent à mettre en évidence des difficultés et des inégalités dans la prise en charge des populations immigrantes.

La question des inégalités de santé est une question sensible, établir un lien entre migrants et inégalités de santé est d'autant plus périlleux que peu d'études en France abordent cette relation. En France en effet, un cadre réglementaire interdit toute recherche incluant des bases de données ethniques, d'origine, ou confessionnelle. Cependant, Il existe aux Etats-Unis des études explorant certaines inégalités d'indicateurs sanitaires entre Blancs et Afro-américains (4). Dans le rapport La Santé en France 2002 (5), le Haut Comité de Santé Publique notait : « on peut signaler un domaine dans lequel les connaissances scientifiques sont en France quasi-inexistantes : celui de la santé des immigrés en général, et en particulier de l'impact des histoires migratoires, des appartenances culturelles d'origine, des conditions de vie passées et actuelles. »

Les inégalités dans la prise en charge des patients d'origine étrangère en Médecine Générale sont d'ordre socioéconomique, mais il existe également un facteur d'inégalité d'accès aux soins et à la santé lié à la barrière interculturelle et à la langue. Différentes études ont ainsi montré une qualité moindre de la communication des soignants avec les minorités ethniques.

L'anthropologue Arthur Kleinman souligne dès 1980 l'importance d'un échange interculturel du soignant de première ligne qu'est le médecin généraliste avec les minorités ethniques (6). Les immigrants apportent avec eux leurs croyances sur la santé et la maladie. Cela implique une adaptation et une intégration au schéma de soins du pays d'accueil. Lors d'un entretien, ce sont alors deux conceptions de la santé et de la maladie, des représentations différentes qui se rencontrent. La langue constitue un obstacle supplémentaire pour les migrants comme pour les soignants.

La prise en charge du patient diabétique de type 2 nécessite une coopération avec son médecin concernant l'observance médicamenteuse, mais aussi essentiellement l'éducation diabétique et le suivi des mesures hygiéno-diététiques. En contexte interculturel, cette relation implique un abord anthropologique d'une part, prenant en compte le contexte environnemental, familial, social et culturel et un abord pédagogique d'autre part. Dans cette relation éducative, les conceptions préétablies du patient peuvent empêcher ou faciliter l'apport des réalités objectives du médecin. Faire exprimer ces images préétablies est nécessaire à la démarche éducative. Le conflit de points de vue est nécessaire dans cette relation éducative (7) Dans ce contexte, l'obstacle de la langue va représenter une difficulté supplémentaire à cette approche éducative.

En quoi l'interprète aide-t-il à construire une passerelle dans cette relation interculturelle? Comment peut être définie sa place, et quelles sont les limites de sa fonction? La démarche de médiation par un interprète constitue une démarche positive qui favorise l'accès à la santé de populations peu ou non francophones. Cependant, l'entretien à trois dans la consultation médicale sous-tend des difficultés déontologiques et techniques dans la mesure où le statut de l'interprète ne revêt généralement pas, en médecine de première ligne, un caractère officiel.

Parce que notre pratique médicale nous a amenée à être le témoin de difficultés de prise en charge de patients diabétiques présentant un obstacle de langue, et nous trouvant être personnellement à la croisée des cultures maghrébine et occidentale, nous nous sommes interrogée sur les représentations et les difficultés liées à l'obstacle linguistique et à l'intervention d'un interprète en contexte interculturel chez des patients diabétiques de type 2 d'origine maghrébine d'une part, et chez des médecins généralistes d'autre part.

Notre travail s'est attaché à explorer deux points de vue, celui de patients diabétiques de type 2 d'origine maghrébine d'une part, et celui de médecins confrontés à la problématique de l'obstacle linguistique et de l'approche culturelle d'autre part. L'objectif principal était de

tenter d'identifier les difficultés attachées à l'obstacle linguistique et culturel, et les difficultés liées à l'intervention d'un interprète dans la consultation. L'objectif était également d'identifier les représentations du diabète de ces deux points de vue, et l'influence de l'histoire migratoire et de la culture dans la prise en charge thérapeutique.

Nous avons réalisé une étude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs auprès de sept médecins généralistes, et de six patients d'origine maghrébine, immigrés de première génération et nés dans un pays issu du Maghreb. Les entretiens avec les médecins ont été enregistrés au cabinet médical, transcrits, puis analysés. Les entretiens avec les patients ont été réalisés avec l'intervention de l'interprète habituellement accompagnant de celui-ci à la consultation chez le médecin, selon le niveau de compréhension en langue française. Ces entretiens ont été enregistrés, retranscrits ainsi que la « géographie » de l'entretien, puis analysés.

Du point de vue des patients, les thèmes de notre recherche concernent les représentations de leur diabète selon le niveau d'acculturation, l'influence du vécu migratoire sur leur diabète, et le vécu de la relation avec le médecin et l'interprète selon leur maîtrise de la langue française.

Concernant les entretiens avec les médecins généralistes, les thèmes de notre recherche concernent les représentations du diabète et les aspects culturels de la prise en charge, la relation médecin-patient dans ce qu'elle a d'original de par l'influence de l'histoire migratoire des patients, mais également de l'impact des barrières culturelle et linguistique, et le vécu de l'intervention d'un interprète dans la relation du médecin avec son patient.

La première partie de notre travail tente d'identifier, sur la base d'une revue la plus exhaustive possible de la littérature, les déterminants socio-ethnographiques à l'origine de disparités dans la prise en charge des patients d'origine étrangère, ainsi que le rôle de l'interprétariat dans la communication interculturelle.

La deuxième partie de notre travail établit un état des lieux sur le diabète dans les populations immigrées, en particulier dans les populations immigrées d'origine maghrébine en France et en Lorraine.

La troisième partie porte sur l'étude qualitative des représentations et des apports de l'interprétariat en contexte interculturel. Les matériels et méthodes de l'étude y sont détaillés, suivis des résultats de l'analyse auprès des patients puis des médecins généralistes.

La discussion reprend ces résultats et tente de faire émerger des pistes pour améliorer la prise en charge thérapeutique des populations diabétiques en contexte interculturel.

PARTIE I

Des inégalités de prise en charge des patients d'origine étrangère en Médecine Générale : Déterminants socio-ethnographiques Rôle de l'interprétariat

1. Les inégalités de santé et de prise en charge des patients d'origine étrangère en Médecine Générale

1.1. La santé des migrants, un domaine à part entière ?

Traditionnellement, le migrant est considéré comme à la fois porteur d'un risque et comme nécessitant une prise en charge spécifique (8). Il constitue un chapitre à part entière des manuels de médecine (9, 10) où la santé du migrant est envisagée selon trois types d'affections : la pathologie d'importation correspond aux maladies parasitaires notamment mais aussi héréditaires que l'émigré « emporte » avec lui ; la pathologie d'acquisition reflète les conditions environnementales nouvelles dans lesquelles l'immigré se trouve désormais inséré et qui favorisent le développement de maladies infectieuses aussi bien que cardiovasculaires ; la pathologie d'adaptation traduit les difficultés rencontrées dans la confrontation avec la société dite d'accueil, à commencer par des troubles psychiques revêtant des formes singulières et justifiant des prises en charge particulières.

La Santé des Migrants, envisagée selon un tel modèle, constitue le corps du migrant en tant que récepteur et vecteur passif de maladie et isole le migrant dans une logique de la différence acceptée par les acteurs de santé comme allant de soi. Les migrants représentent un groupe à part du point de vue de la santé publique et justifieraient une prise en charge spécifique.

1.2. Des inégalités de santé chez les personnes d'origine étrangère

1.2.1. Des difficultés à assurer une qualité des soins égale

Des auteurs ont étudié le recours aux structures de soins chez les patients d'origine hispanique en fonction de leur maîtrise de la langue américaine, montrant que le recours approprié aux soins et la perception subjective d'un bon état de santé était d'autant meilleurs que la maîtrise de la langue était bonne (11).

Ghandi et al ont étudié l'incidence de complications liées aux traitements chez des patients issus de minorités maîtrisant peu ou pas l'anglais dans la banlieue de Boston, et ont montré que la non maîtrise de la langue était un facteur de risque de complications liées aux traitements (12).

Les auteurs Lee ED, Rosenberg CR et al posent la question : « la différence de langue entre le médecin et le patient augmente-t-il la probabilité d'admission en hospitalisation dans un service de consultation d'urgence ? » (13). Cette étude montre que la différence de langue augmente le risque d'hospitalisation de 70% chez les patients adultes, en revanche, la différence de langue n'influence pas le taux d'hospitalisation chez les enfants.

Les auteurs Woloshin S et al étudient l'impact de la barrière linguistique dans le recours aux examens de prévention que sont l'examen des seins et la mammographie chez 22448 patientes en Ontario au Canada (14). Le nombre de patientes bénéficiant d'un examen des seins et d'une mammographie était significativement moins élevé dès lors qu'elles ne maîtrisaient pas ou pas suffisamment la langue anglaise.

1.2.2. Revue des problèmes de santé dans les populations migrantes en Europe

1.2.2.1. Ampleur et portée du problème

Dans son avis sur la question « Santé et migrations » (15), le Comité Économique et Social Européen écrit « La santé des migrants et des réfugiés est importante à plus d'un titre : les droits de l'homme universels et le respect de la dignité humaine ; l'ampleur des pertes en vies humaines, des maladies et des risques sanitaires encourus par certains migrants, spécialement les clandestins ; les risques sanitaires encourus par une partie importante des migrants qui s'établissent dans un nouveau pays ; l'inégalité face à l'accès aux soins de santé et aux services sociaux. »

Au plan international, on estime à plus de 200 millions le nombre de personnes qui migrent chaque année pour trouver un emploi et une vie meilleure. Parmi ces migrants, au moins 30 à 40 millions sont des clandestins (16). En 2005, les femmes représentaient 49.6% des immigrés dans le monde, en Europe, les sans-papiers sont entre 7 et 8 millions (17).

L'immigration légale comme irrégulière a, ces dernières années, particulièrement augmenté dans un certain nombre de pays d'Europe du Sud tels que le Portugal, l'Espagne et l'Italie.

Parmi ces immigrants, nombreux sont ceux qui sont originaires d'Afrique du Nord, d'Afrique Subsaharienne, d'Amérique Latine, d'Asie, et des pays de la CEI (15).

En dépit du fait que les migrants sont généralement en meilleure santé que la moyenne de la population du pays d'origine, ils peuvent être sujets à des problèmes de santé plus nombreux que la moyenne des ressortissants du pays d'accueil. Parmi les facteurs qui expliquent cette situation, on peut citer les différentes formes de stress psychologique et social résultant du déracinement ; les difficultés d'accès aux soins de santé, à la promotion de la santé et aux services de prévention, enfin l'incidence plus élevée de certaines maladies dans le pays d'origine.

1.2.2.2. Impact des migrations sur la santé

Pour les immigrants, des défis tels que la langue, la culture et les politiques du pays d'accueil sont exacerbés par la peur de l'inconnu. Parmi les problèmes qui affectent la santé des personnes et des communautés, on peut citer la séparation des familles, des couples et des enfants ; l'exploitation par les employeurs ; l'exploitation sexuelle ; l'anxiété et le mal du pays ; le manque d'intégration dans la société.

- Migration et santé mentale :

Différentes recherches ont montré que certains groupes de migrants en Europe présentent les taux les plus élevés en matière de schizophrénie, de suicide, de toxicomanie, et d'abus d'alcool, ainsi qu'un risque élevé de dépression et d'anxiété (18). Ainsi une étude suédoise (19) indique que les enfants de parents émigrés ayant divorcé en Suède présentaient davantage de troubles psychologiques que les enfants de parents suédois divorcés. Ceci est mis en rapport avec le fait que le parent n'ayant pas la garde des enfants, en général le père retourne au pays d'origine ou s'éloigne géographiquement, privant l'enfant du support affectif du deuxième parent.

Les pathologies psychosomatiques sont également notables : les immigrés marocains sont ainsi cinq fois plus fréquemment sujets au développement d'ulcères peptiques que les autochtones en Belgique (20). D'autres pathologies liées au stress sont observées comme les crises d'angoisse, des céphalées répétées et des troubles du sommeil : en Suède, ces problèmes sont fréquemment rencontrés chez les réfugiés (21). Aux Pays-Bas, les émigrés turcs présentent davantage que la population d'origine du pays des troubles gastro-intestinaux

et un risque plus élevé d'abus d'alcool (18). La prise en charge de ces pathologies psychosomatiques chez les patients migrants est d'autant plus difficile qu'elle est compliquée par la perception différente du corps et des symptômes dans les différentes cultures. Ainsi, des plaintes telles que des myalgies, des céphalées ou encore des douleurs thoraciques ou l'impression de souffle court peuvent refléter dans une culture donnée la façon d'exprimer un stress psychologique. Des recherches suggèrent ainsi que la prise en charge par le médecin de ces symptômes n'est pas adaptée, car elle s'attache au symptôme physique en négligeant parfois l'aspect social et psychologique (22).

En Espagne, sont rapportés des problèmes d'hypochondrie et de paranoïa de façon significative chez les immigrants (23).

En Grande Bretagne, les problèmes de santé liés à l'abus d'alcool touchent particulièrement les hommes d'origine indienne, en particulier les Sikhs, comme le reflète l'incidence de la mortalité due aux cirrhoses d'origine alcoolique qui est deux fois plus importante dans cette minorité que chez les hommes britanniques (24).

Différentes études mettent en lumière le problème de la consommation de drogues dans les populations immigrées, et plus particulièrement chez les enfants d'immigrés. Ainsi, aux Pays-Bas, la moitié des personnes traitées par méthadone est d'origine étrangère, et 45% des détenus dans les pénitenciers sont les enfants de migrants (25). En France, des études analysent l'usage de drogues chez les enfants de migrants comme la manifestation d'une marginalisation sociale et l'expression d'une frustration et d'une colère face aux difficultés d'intégration (26, 27, 28).

La schizophrénie est également un important et dramatique problème de santé chez les migrants. En Grande Bretagne, les migrants d'origine polonaise et des Antilles ont le plus fort taux d'hospitalisation pour schizophrénie (29). Les immigrants originaires des Antilles ont une prévalence de schizophrénie trois fois plus importante que les britanniques.

L'incidence de la dépression est également élevée chez les migrants. Aux Pays-Bas, le taux de suicide chez les enfants d'immigrés était significativement plus élevé que dans la population générale. A Rotterdam, les enfants d'immigrés turcs font cinq fois plus de tentatives de suicide que leurs homologues néerlandais (25). En Grande-Bretagne, les jeunes d'origine marocaine commettent trois fois plus de tentatives de suicide que les autochtones, et le taux de suicide chez les migrants originaires du Sud Asiatique est deux fois supérieur à la moyenne nationale (30).

- Migration et santé physique :

- Maladies contagieuses : l'aide apportée aux immigrants séropositifs ou souffrant de tuberculose est variable et pose des défis en fonction de la culture, de la langue, et de la religion des personnes concernées. Les jeunes, les femmes et les jeunes filles sont les plus exposées au risque de contracter le VIH (15). Entre 1997 et 2005, 47% des cas de transmission du VIH à des personnes hétérosexuelles dans l'Union Européenne ont été diagnostiqués chez des personnes en provenance de pays à fort taux de prévalence du VIH. Par ailleurs, entre 1995 et 2005, l'Union Européenne a constaté une augmentation du nombre de cas de tuberculose déclarés. Le rapport épidémiologique du Centre Européen de Prévention et de Contrôle des Maladies relève que les cas d'origine étrangère représentent 30% de la totalité des cas relevés dans les 25 pays (31).

>Tuberculose : Les migrants sont souvent concentrés dans des quartiers où les conditions de logement sont mauvaises, où la promiscuité dans le logement comme sur le lieu de travail est importante, avec tous les risques de propagation d'infections respiratoires qu'entraîne une telle situation. Au Danemark, l'incidence de nouveaux cas de tuberculose a augmenté chez les migrants passant de 18% en 1986 à 60% en 1996 (32). En France, l'incidence de la tuberculose est six fois plus élevée chez les migrants que dans la population générale (33).

>VIH/SIDA : la situation des migrants en Europe (statistiques, origine ethnique et épidémiologie) est très variable d'un pays à l'autre. Ainsi, en Belgique (20) et en Italie (34), la prévalence du sida chez les migrants est moins élevée que dans la population générale, alors qu'en Allemagne (35), les cas de sida chez les migrants représentent 14% des cas, surtout représentés par les migrants originaires d'Afrique et d'Asie.

- Maladies cardiovasculaires : dans les communautés de migrants, ces maladies peuvent être liées à des prédispositions génétiques, au régime alimentaire et au stress. Au Royaume-Uni, les Asiatiques de sexe masculin tendent à être davantage touchés par ces maladies que les autres. Les hommes et femmes originaires d'Asie du Sud ont ainsi des taux de mortalité dus aux maladies cardiovasculaires de 30 à 40% supérieurs à ceux des autres groupes de population (36). En Belgique, le diabète de type 2 est trois fois plus fréquent chez les immigrants que chez les Belges (20). En Suède, des taux élevés d'obésité et de maladies

cardiovasculaires ont été constatés chez des immigrés finlandais, du fait de leur régime alimentaire et de leur consommation d'alcool (15).

- Maladies professionnelles : les migrants occupent souvent des emplois peu qualifiés, dont la population du pays hôte ne veut plus. Certains de ces emplois tels que les mines, l'amiante, les industries chimiques ou les emplois pénibles de l'industrie exposent les travailleurs à des risques pour la santé. Dans le secteur agricole, a été constaté un lien entre l'exposition à des pesticides et autres produits chimiques et le taux élevé de dépressions, de migraines, et chez les femmes, de fausses couches (15). Des cas de stress lié au travail ont également été constatés chez les diplômés de l'enseignement supérieur, les personnes très qualifiées, celles ayant migré dans le cadre de la fuite des cerveaux, en raison de conditions de travail moins bonnes que celles des employés ressortissants des pays d'accueil et de leur statut de dépendance économique (15).

- Accidents : en Europe, les accidents du travail sont approximativement deux fois plus fréquents parmi les migrants (15). En Allemagne, les accidents sont particulièrement fréquents chez les immigrants, en particulier chez ceux qui travaillent dans des industries où les mesures de sécurité et de protection au travail sont insuffisantes (35). En France, 30% des accidents entraînant une incapacité totale de travail impliquent des travailleurs d'origine étrangère (18). Les migrants semblent aussi plus vulnérables à d'autres types d'accidents. En Allemagne, une étude a montré que les enfants de 5 à 9 ans d'origine étrangère sont plus souvent victimes d'accidents de la route et d'accidents domestiques (18). Aux Pays-Bas, les enfants d'origine marocaine et turque sont également plus vulnérables aux accidents domestiques que les enfants néerlandais (37).

-Santé génésique :

>La santé périnatale : les principaux paramètres de la santé périnatale sont le taux de mortalité infantile et périnatale, l'insuffisance pondérale à la naissance, la prématurité, et certains comportements liés aux soins du nouveau né (par exemple l'allaitement). De nombreuses études européennes font état d'une association négative entre immigration et état de santé périnatale. Au Royaume-Uni, les bébés nés de mère asiatique ont souvent un poids de naissance inférieur à celui constaté dans les autres groupes ethniques, et le risque de morbidité périnatal et postnatal est plus élevé (38). En Belgique, on constate des taux élevés de mortalité périnatale et infantile chez les femmes immigrées originaires du Maroc et de Turquie (20). En dépit d'une

amélioration significative des programmes nationaux de promotion de la santé de la mère et de l'enfant entre 1983 et 1993, la mortalité périnatale et infantile dans la communauté turque en Belgique est en 1993 encore 3.5 fois plus élevée que dans la population générale (20). Concernant la prématurité, parmi les femmes d'origine africaine donnant la vie dans les hôpitaux espagnols, le taux de prématurité est deux fois plus élevé que chez les mères espagnoles. Par ailleurs, le taux d'insuffisances pondérales à la naissance est de 11.5 % chez les Africaines contre 5.5% chez les mères autochtones (18). Dans de nombreux états de l'Union Européenne, le nombre de maladies liées à la grossesse est plus élevé chez les femmes immigrées que chez les ressortissantes du pays hôte (15). Le taux d'interruption volontaire de grossesse est souvent plus élevé chez les femmes immigrées (23). Enfin, plusieurs études mettent en évidence une baisse du taux d'allaitement maternel chez les femmes immigrantes après l'immigration, comparativement aux taux dans leur pays d'origine. Cette tendance est observée chez les immigrantes d'origine indienne en Grande Bretagne, ainsi que celles d'origine asiatique et africaine en Écosse (38,39).

2. Les déterminants à l'origine d'inégalités de prise en charge des patients d'origine étrangère

2.1. Les déterminants socio-économiques à l'origine d'inégalité dans la prise en charge des patients d'origine étrangère

2.1.1. L'accès à une couverture médicale

- Accessibilité et statut juridique : L'un des facteurs déterminants les plus importants quant aux difficultés rencontrées par les migrants pour accéder aux services de santé tient à la question de leur statut juridique dans le pays, et en particulier lorsqu'il s'agit de migrants sans papiers ou en situation irrégulière. Dans son rapport Santé et Droits de l'Homme (40), l'Organisation Mondiale de la Santé écrit « les lois et politiques qui empêchent les migrants d'accéder aux services sociaux, y compris aux soins de santé, sur la base de leur statut au regard de l'immigration s'appuient sur l'idée (...) selon laquelle les migrants en situation irrégulière eux-mêmes sont les premiers responsables de leur situation précaire (...) on considère par conséquent fréquemment que l'État fait œuvre de charité ou de générosité en

autorisant l'accès aux services de santé aux migrants en situation irrégulière. Cependant, conformément à la législation sur les droits humains, les gouvernements ont des obligations juridiques vis-à-vis de la santé de chaque personne relevant de leur juridiction. »

- Les droits théoriques à une couverture santé : la France a une tradition de garantie d'un libre accès des communautés défavorisées aux soins de santé, quelque soit leur statut juridique ou leur nationalité. En 1999, l'Assemblée Nationale a adopté la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui vise à fournir un accès identique aux soins de santé à toutes les personnes économiquement faibles et qui est subordonnée à une résidence stable et régulière dans le pays. L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière est assuré par l'intermédiaire de l'Aide Médicale d'État (AME) à la condition qu'ils puissent prouver une résidence stable en France depuis plus de 3 mois, s'ils disposent d'une domiciliation, et si leurs ressources sont inférieures au seuil de 587 euros (41). On peut noter qu'en Europe, l'approche des droits de santé des étrangers en situation irrégulière diffère d'un pays à l'autre, avec des conséquences sensibles sur la santé publique. Ainsi, au Royaume-Uni, l'accès aux soins gratuits des personnes en situation irrégulière est strictement limitée aux soins de santé de première ligne (consultation de médecine générale, consultation d'urgence), ni les examens complémentaires (y compris les examens de dépistage), ni les dépenses pharmaceutiques ne sont accessibles gratuitement pour ces personnes (42).

- L'accès effectif à une couverture santé : l'obstacle de l'information. Dans son rapport d'enquête sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière en Europe menée en 2007 (42), Médecins du Monde met en évidence que parmi les personnes qui ont théoriquement le droit de bénéficier d'une couverture santé, les deux tiers seulement savent qu'elles y ont droit (67.8%), et ce sont donc 32.2% de personnes qui ne sont pas informées de leur droit. A noter qu'en 2007, c'est en Espagne que les personnes interrogées sont le mieux informées de leur droit à bénéficier d'une couverture santé (quasiment la totalité des bénéficiaires théoriques). En France, 45% des bénéficiaires théoriques ne savent pas qu'ils peuvent bénéficier d'une couverture santé, faute d'information principalement, mais également d'accompagnement pour les démarches.

- L'accès effectif à une couverture santé : l'obstacle des démarches. Dans son étude présentée lors de la Conférence intitulée « Migrations irrégulières et droits humains » (43), Sylvie Da Lomba écrit « la législation française stigmatise les migrants en situation irrégulière en n'autorisant l'accès aux soins que par l'intermédiaire d'un système complexe et sélectif ». Dans l'étude menée par Médecins du Monde en 2007, parmi les personnes ayant entamé des

démarches en vue d'obtenir une couverture santé, près de la moitié ne disposait pas, au jour de l'enquête, du document d'attestation leur permettant effectivement d'accéder aux soins gratuits (44.6%), sans corrélation avec la durée de résidence dans le pays d'accueil, ni avec le sexe et l'âge de la personne (42). Alors que la situation est favorable en Italie et en Espagne ou respectivement 97.4% et 80% des personnes ayant engagé des démarches ont obtenu les documents ouvrant droit aux soins gratuits, en France, la situation s'avère plus difficile puisque 18% des personnes ayant engagé des démarches pour obtenir une couverture santé avaient vu celles-ci aboutir au jour de l'enquête. Cette situation est liée à plusieurs facteurs, en particulier la complexité des démarches administratives. Par ailleurs, la durée d'instruction des dossiers peut être particulièrement longue. S'ajoute enfin le temps nécessaire pour faire parvenir l'attestation par courrier (ce qui peut être problématique au vu des situations de logement parfois précaires). Parmi ces patients non couverts, 43.8% souffrent de pathologies chroniques (42).

2.1.2. Accessibilité économique aux soins de santé

Les migrants souffrent fréquemment de leur incapacité à obtenir une assurance médicale. En dépit de conditions de travail et de vie souvent dangereuses, les migrants refusent fréquemment de chercher à obtenir un traitement médical du fait des coûts que cela entraîne, de leurs difficultés à s'absenter de leur travail, et des problèmes de transport.

- Aux Etats-Unis :

Bien que le Gouvernement ait institué un certain nombre de programmes pour que les migrants bénéficient d'une assurance médicale, de nombreux migrants ne tirent pas partie de ces programmes parce que le caractère précaire de leur situation rend difficile l'obtention de ces prestations, parce qu'ils sont préoccupés par leur statut au regard de l'immigration ou parce qu'il leur est difficile d'accéder physiquement aux soins (44, 45).

Karter, Ferrara et al ont étudié l'impact du niveau socio-économique de patients diabétiques pouvant bénéficier d'une prise en charge de l'appareillage d'auto surveillance glycémique, et ont constaté que le faible niveau socioéconomique était un frein à l'accès à ce programme (46).

Une étude américaine a également montré que l'insuffisance de couverture sociale est la première barrière à l'accès aux soins pour les patients chez qui un diabète a été nouvellement diagnostiqué (16).

Brown et al montrent en 2004, dans une revue de la littérature, que l'état de santé des patients diabétiques aux Etats-Unis est corrélé à leur niveau socioéconomique (47)

- Dans l'étude européenne de Médecins du Monde menée en 2007, 751 motifs sont cités par les patients dans les obstacles à l'accès aux soins (42). 13.4% des migrants rapportent des traitements trop chers, plaçant l'inabordabilité financière des traitements au 3^e rang des obstacles exprimés par les patients migrants. La consultation trop chère est citée par 2.1% des patients migrants (11^e rang des motifs cités).

- En France :

Dans une étude menée par la DREES (Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques) et le Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité (48), 26% des bénéficiaires de la CMU déclarent en 2000 avoir déjà dû renoncer, pour eux-mêmes, à certains soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois, alors que cette proportion est de 16% chez les assurés sociaux non bénéficiaires de la CMU. Parmi eux, deux tiers ont renoncé à des soins ou prothèses dentaires et un quart à des lunettes.

Dans le compte rendu de la table ronde sur le thème « Inégalités de santé et populations migrantes », organisée lors de l'assemblée générale de Migrations Santé Alsace en 2003 (4), Christian Michel, Médecin généraliste et chargé d'enseignement en faculté de sociologie, écrit : « aux Etats-Unis, il existe quelques études explorant certaines inégalités (d'indicateurs sanitaires) d'espérance de vie à la naissance, par exemple entre Blancs et Noirs. Une étude tente d'expliquer les causes de la différence de 6 ans d'espérance de vie à la naissance en faveur des Blancs. Cette donnée est connue depuis 30 ans des mesures politiques et structurelles (dont des dispositions de discrimination positive) n'ont ni effacé ni atténué ces différences. Les hypothèses de recherche étaient les suivantes : s'agit-il de facteurs économiques ? (...) Les Blancs seraient-ils plus intégrables, malléables, compliant aux stratégies thérapeutiques ? Ou bien existe-t-il une discrimination ethnique (on dit raciale aux Etats-Unis) par les soignants ? L'enquête auprès de 40 000 patients de Medicare (49) donne les informations suivantes : (...) les soignants ont plus de difficultés de communication avec les patients de faible niveau socioéconomique. Or les Noirs sont surreprésentés dans ces

groupes. Sans extrapoler hâtivement, la population dite migrants en France est certainement moins favorisée au plan socioéconomique »

La barrière économique est ainsi probablement un facteur d'inégalité de soins et de santé.

2.2. Stigmatisation et discrimination

Le droit à la santé oblige les gouvernements à faire en sorte que « les installations , biens et services en matière de santé soient accessibles à tous, en particulier aux groupes de populations les plus vulnérables ou marginalisés, conformément à la loi et dans les faits, sans discrimination fondée sur des motifs proscrits (que sont) l'origine ethnique, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance . » (50). L'incapacité à faire respecter la loi du fait d'une stigmatisation ou d'une discrimination constitue un obstacle important à l'égalité d'accès aux soins.

Dans le rapport d'enquête européenne sur l'accès aux soins des migrants réalisé par Médecins du Monde en 2007 (42), un questionnaire explorant les obstacles aux soins exprimés par les patients , met en évidence que 11.7% des migrants expriment la peur d'une dénonciation vis-à-vis de leur statut (5è rang sur 750 motifs exprimés), 11.1% mentionnent le problème de la barrière linguistique (6è rang), 7.2% ont peur de la discrimination (7è rang), 3.9% mentionnent la barrière culturelle (8è rang), enfin 3.3% mentionnent un refus de soins par le médecin (9è rang).

2.2.1. Le refus de soins par les professionnels de santé

Le problème du refus de soins par les professionnels de santé soulève un grave problème éthique. Médecins du Monde montre dans son enquête de 2007 que 10.6% des migrants en situation irrégulière ont essuyé un refus de prise en charge, toutes situations de couverture maladie confondues. Le fait d'avoir subi un refus de prise en charge lors de la dernière consultation est presque deux fois moins fréquent lorsque les personnes ont un droit effectif et reconnu à une couverture santé (6.2%). Ce taux élevé de personnes migrantes confrontées au refus de soins renvoie aux réticences de certains professionnels (42). En France, certains

médecins refusent de recevoir en consultation les bénéficiaires de l'AME, en grande partie parce que ce système n'est pas informatisé, ce qui peut alourdir les démarches, mais aussi parce qu'il est encore méconnu par des professionnels de santé. C'est ce que montre l'enquête menée par Médecins du Monde auprès de 725 médecins généralistes en 2006 : 37% d'entre eux refusent de recevoir les bénéficiaires de l'Aide Médicale État (51).

2.2.2. La barrière linguistique

- Différentes études mettent en évidence les difficultés d'accès aux soins chez les patients d'origine étrangère liées à la barrière linguistique.

Bollini et Siem étudient les difficultés liées aux barrières linguistiques dans l'accès aux soins des minorités ethniques et migrants de première et de deuxième génération, soulignant des disparités liées à un défaut d'intégration dans le pays d'accueil (52). Ces constats peuvent être mis en parallèle avec l'étude canadienne de Bowen (53) et avec l'étude de Erzinger qui met en évidence une relation médecin-patient dégradée par le fait que le dialogue est entravé par la barrière linguistique (54).

Fiscela et al étudient en 2002 les disparités de santé selon la barrière linguistique dans une communauté hispanique de 31 003 patients ayant des niveaux d'anglais variables, et mettent en évidence que les patients ne maîtrisant pas ou très peu la langue anglaise étaient ceux qui bénéficiaient le moins de soins de prévention tels que la mammographie et la vaccination contre la grippe. Par ailleurs, ces mêmes patients étaient ceux qui bénéficiaient le moins d'un examen de santé mentale (55). Cette étude peut être mise en parallèle avec des travaux menés en Ontario au Canada où des chercheurs ont montré, sur une enquête portant sur 22 448 femmes, que la barrière linguistique constitue un obstacle à l'accès à la mammographie de dépistage (14).

Garet et al ont étudié les barrières à l'accès aux soins dans la ville de Minneapolis, sur la base de questionnaires adressés à des patients blancs, afro-américains et asiatiques, et par ailleurs à des médecins généralistes et infirmières libérales. Les difficultés liées à la langue sont la barrière citée en premier lieu à la fois par les patients issus de l'immigration et par les professionnels de santé (56).

Hu et Covell ont étudié l'utilisation des systèmes de soins en fonction du degré d'aptitude à parler la langue anglaise chez 190 patients de San Diego divisés en trois groupes : patients

parlant uniquement l'espagnol (114 patients), patients bilingues en espagnol et anglais (54 patients), patients parlant uniquement l'anglais (22 patients). 80% des patients ont préféré répondre au questionnaire en espagnol. Les patients parlant uniquement l'espagnol disaient se sentir en moins bonne santé que les autres patients, et éprouvaient davantage de difficultés à avoir recours à des soins de santé de première ligne et aux soins dentaires (11).

Une étude menée à Washington et Seattle chez 34 patients d'origine cambodgienne atteints d'hépatite B, à travers des entretiens semi-directifs en Cambodgien, a montré que les difficultés liées à la langue entraînaient une mauvaise compréhension des symptômes liés à la maladie, 82% des patients ne reliant pas leur maladie virale avec les symptômes liés à la dysfonction hépatique (57).

- La barrière linguistique peut également compromettre la qualité des soins et l'adhésion au traitement. C'est ce que montre une étude menée par Ferguson et Candib en 2002, qui met en évidence que le risque de non observance du traitement est d'autant plus important que le patient ne maîtrise pas la langue du soignant, risque auquel s'ajoute une crainte voire un manque de confiance exprimés par le patient vis-à-vis du soignant qui ne parle pas la même langue que lui (58).

Aux Pays-Bas, Meeuwesen et al ont comparé la communication de médecins généralistes avec des patients émigrés d'origine marocaine et turque d'une part, et des patients hollandais d'autre part. Ils ont constaté que la consultation était plus courte pour les patients émigrés (de deux minutes), et que les médecins passaient la majorité du temps de consultation à tenter de comprendre ce que disaient leurs patients émigrés, enfin, l'implication des patients émigrés était moins importante concernant l'avis sur les décisions de prise en charge et leur satisfaction était moindre que pour les patients hollandais (59).

2.2.3. La barrière culturelle

Le choc culturel qui accompagne souvent le contact initial avec un nouveau système socioculturel peut s'avérer complexe d'un point de vue psychologique et impliquer des difficultés d'accès aux services de soins pour les populations migrantes.

2.2.3.1. La « culture biomédicale » : un avis sans demi-mesure de la part des anthropologues

Les anthropologues considèrent qu'en Occident, les professionnels de santé sont porteurs d'une culture à part entière : la culture biomédicale (60). Les caractéristiques fortes de cette culture biomédicale peuvent être énumérées : la rationalité scientifique selon laquelle tous les phénomènes liés à la santé ou à la maladie doivent être objectivement mesurés, quantifiés ; le professionnel prend d'abord en compte les résultats d'analyse ; la maladie est vue comme une entité en soi et les différents symptômes d'une maladie forment cette entité ; le dualisme corps-esprit ; le réductionnisme qui consiste à se focaliser sur une partie de la personne. Cette vision de la maladie exclut le contexte socioculturel dans lequel elle apparaît, sa signification pour l'individu est ignorée.

2.2.3.2. La dimension culturelle de la maladie

2.2.3.2.1. Les représentations dans le domaine de la santé

- Les représentations sont une forme de connaissances pratiques qui constituent notre système de références. Elles dérivent de nos savoirs et apprentissages antérieurs, et se construisent par influences multiples : milieu culturel, social, familial, scolaire, professionnel, médias, perceptions directes, expériences personnelles (61). Les représentations permettent de faciliter la communication et les relations entre des individus qui partagent ces représentations, mais elles peuvent rendre plus complexes la compréhension de l'autre qui ne partage pas notre système de références. D'où le rôle et les implications que peuvent avoir ces représentations dans la relation médecin-patient, en particulier en contexte interculturel, et d'autant plus dans le cadre de la prise en charge de pathologies chroniques.
- La culture peut être définie comme « l'ensemble des significations et des représentations qu'un groupe d'individus élabore, conserve et s'efforce de transmettre. C'est par celles-ci qu'il va se reconnaître, se particulariser et se distinguer par rapport à son entourage. » (62) La culture est complexe dans le sens où elle rassemble un nombre infini de différences locales, individuelles ou personnelles, et elle n'est pas statique mais en évolution continue. Les traditions bougent, se modifient. « Il faut raisonner en termes de mondes historico-culturels, mondes qui sont ceux dont proviennent les immigrés, et non ethno-culturels. » (63). Ainsi, chaque intervenant

de la relation de soins, médecin et patient, possède une identité culturelle qui le rattache à un groupe social.

2.2.3.2.2. La relation interculturelle

La relation soignant-soigné reflète toujours le modèle culturel de la relation d'autorité : le soignant se comporte à l'égard du soigné de la façon que prévoit sa culture à cet égard. De l'autre côté, le soigné attend du soignant une attitude particulière répondant à ses critères socioculturels (64). Les obstacles à la relation interculturelle sont nombreux : banalisation de la différence culturelle au profit des besoins universels de l'être humain, résistance de certains professionnels qui considèrent qu'il incombe aux immigrants de s'adapter, difficultés à prendre en considération les circonstances migratoires dans l'exercice de planification, moyens insuffisants pour rendre compte de la pluralité ethnique, coût de la traduction, etc. (65).

2.2.3.2.3. De la nécessaire « compétence culturelle » du médecin à la délicate relation interculturelle

Les appartenances socioculturelles sont capitales dans le champ de la santé. En effet, selon les anthropologues (66, 6), une personne se considère malade après avoir ressenti un changement durable de son état physique, mais le fait que ce changement soit confirmé par l'entourage la fait entrer pleinement dans le statut de malade. La santé et la maladie sont ainsi culturellement codées. Par exemple, les modèles donnant une origine aux maladies varient d'une appartenance à l'autre. Helman distingue quatre catégories :

- 1. Le patient est responsable de ce qui lui arrive (il ne s'est pas bien protégé du froid)
- 2. L'environnement naturel est accusé d'avoir provoqué le mal (le climat)
- 3. L'environnement social est mis en cause. Dans ce cas, c'est un intermédiaire avec les forces occultes (un sorcier), qui est chargé, par une personne voulant du mal au patient, de jeter un sort.
- 4. Le monde surnaturel intervient pour « punir » un « pêcheur invétéré ». Ce sont les divinités, ou les ancêtres, qui sont invoqués pour expliquer la maladie.

En Occident, les codes expliquant les maladies appartiennent le plus souvent aux deux premières catégories (66).

Dans son essai *Anthropology in the Clinic* publié en 2006 (6), l'anthropologue Arthur Kleinman souligne le fait que la « compétence culturelle » du professionnel de santé apporte une amélioration dans le service médical rendu au patient et déplore le manque de formation universitaire à l'ethnographie de ces derniers. Arthur Kleinman rapporte cependant dans cet essai l'importance de prendre en compte les conditions socioéconomiques dans lesquelles vivent les patients en rapportant le cas d'un père sidéen, évoquant son fils également atteint du SIDA, qui se rendait de façon irrégulière voire aléatoire à la consultation pédiatrique pour son fils, non pas en raison d'une mauvaise compréhension de la maladie et des traitements, mais en raison de sa condition de chauffeur de bus qui l'obligeait à des horaires de travail aléatoires et tardifs, et le plus souvent incompatibles avec les horaires de la consultation pédiatrique. Selon Arthur Kleinman, le praticien formé à l'ethnographie améliore aussi bien sa prise en charge des autochtones que des étrangers, appréciant la dimension morale, culturelle, et religieuse de l'origine et des répercussions de la maladie. Différentes études menées depuis vingt ans donnent des arguments éclairant l'importance de la dimension ethnographique dans la prise en charge des patients migrants, allant par là dans son sens.

En Suède, Hejlm et al ont mené deux études, en 1999 et en 2005, portant sur les croyances concernant la santé et le diabète chez des patients d'origine arabe, yougoslave, et suédoise en Suède. Pour les patients diabétiques d'origine arabe et yougoslave, la santé est déterminée en premier lieu par la capacité à se construire une indépendance économique, tandis qu'elle est déterminée pour les Suédois par le mode de vie et les facteurs héréditaires (67). Concernant l'origine de la maladie, les diabétiques émigrés mettent en cause le stress émotionnel lié au déracinement, tandis que les diabétiques suédois mettent à nouveau en cause l'influence du mode de vie et les facteurs héréditaires (67). Les patients diabétiques d'origine yougoslave et arabe soulignent par ailleurs le fait d'avoir, face à leur médecin, un rôle passif vis-à-vis de leur maladie, et se disent moins réceptifs aux messages de prévention notamment diététiques, ils mentionnent également comme cause principale de la survenue de leur maladie diabétique le rôle de la destinée et des puissances divines (68, 69).

Aux Etats-Unis, Ashton et al ont étudié l'« interaction ethnique » de patients afro-américains et latino-américains avec les médecins. Différents constats sont faits sur l'origine d'inégalités dans l'accès aux soins et la qualité des soins des minorités ethniques à travers un travail de revue de la littérature américaine sur ce sujet (70). Est ainsi étudié en premier lieu

l'hypothèse de disparités liées à une discrimination, consciente ou inconsciente de la part des professionnels de santé, liés à la différence ethnique qui constitue une origine non signifiante, selon les auteurs, des disparités observées dans la prise en charge des minorités ethniques. En second lieu, les auteurs mentionnent l'hypothèse de la « préférence » dans laquelle ils montrent que la communication et l'échange entre le malade et son médecin sont beaucoup moins fructueux entre le médecin et le patient d'origines ethniques différentes. Enfin, les auteurs explorent l'hypothèse de la communication interculturelle. Une étude menée en Ontario montre qu'un symptôme se résout d'autant plus rapidement et la satisfaction du patient est d'autant plus grande que le médecin a centré la consultation sur l'écoute des symptômes et de leur ressenti par le patient, d'autres études américaines relaient cette observation du bénéfice dans la qualité des soins tiré d'une consultation centrée sur l'écoute du patient d'origine culturelle différente (71, 72, 73, 74, 75, 76).

En France, Wanner et Khlal ont étudié le ressenti de patients d'origine maghrébine par rapport aux différents messages de prévention, en particulier diététiques, apportés par leur médecin, et ont constaté que le poids des habitudes alimentaires importées était supérieur à celui des messages de prévention, soulignant une possible inadéquation de la communication des personnels de santé avec ces minorités ethniques (77, 78).

La diversité des observations concernant l'étude des pratiques de médecins en contexte interculturel montre que cette question dépasse un cadre strictement professionnel pour s'inscrire dans une problématique transversale, et sociale de l'accueil de la différence.

La formation à l'ethnographie des médecins, insuffisante selon Kleinman, ne sous-tend pas seulement l'accumulation de connaissances sur une culture donnée. Bien que ces connaissances permettent de passer un message en utilisant les savoirs ou croyances du patient, elles doivent être utilisées avec une certaine réflexion et un recul, et ce afin d'éviter une tendance au renforcement des stéréotypes et des préjugés (60). Il ne s'agit donc pas de faire la liste des codes culturels et traditions de toutes les communautés, mais davantage d'être, en tant que médecin sensibilisé à la diversité des représentations sur la santé, la maladie et les soins. Dans cette approche des conceptions du patient d'origine étrangère qui dépendent fortement de ses appartenances socioculturelles, le recours à un interprète peut permettre de lever l'obstacle, non seulement linguistique mais aussi culturel et social. (79).

3. Apports et limites de l'interprétariat dans la relation interculturelle

Raymond Kriegel, directeur adjoint de la CRAM Alsace, écrit dans un rapport « Santé publique et maîtrise des langages. » (80) de la table ronde de Migrations Santé Alsace du 30 novembre 2003 : « les problèmes de l'illettrisme, de la compréhension sémantique obvie et directe, sont particulièrement patents dans le travail avec la population d'origine étrangère (...) La première et fondamentale étape de l'accès à la vie, à la santé, et aux soins c'est de pouvoir dire son mal, de comprendre l'ordonnance, de pouvoir échanger avec le soignant. C'est le problème de la compréhension, et dans une première phase, celui de l'interprétariat ! »

La question de l'interprétariat en Médecine Générale pose rapidement le problème de l'éthique, et le cadre de sa pratique.

3.1. Apports de l'interprétariat en contexte interculturel

Différentes études ont tenté de répondre à cette question : le recours à un interprète peut-il réduire les inégalités sociales en favorisant l'accès aux soins ? Il a été mis en évidence le poids des difficultés socio-économiques à l'origine d'inégalités de soins chez les patients migrants. Catherine Jung, Médecin généraliste et vice présidente de Migrations Santé Alsace écrit (80) : « la souffrance de l'exil ne se réduit pas au seul facteur socio-économique. L'exil en tant qu'expérience de décentrement du sujet de ses références culturelles, ne repose guère sur les conditions économiques. C'est la reconnaissance symbolique des événements vécus, par le thérapeute et par l'interprète qui réduira les inégalités sociales. »

En Grande -Bretagne, Freeman et al ont mis en évidence une satisfaction plus grande de patients d'origine indienne et asiatique lors de consultations médicales menées avec la participation d'un interprète dans leur langue maternelle (81)

Aux Etats-Unis, Henbest et al étudient les enregistrements de consultations chez des patients originaires d'Afrique du Sud parlant quatre dialectes différents et parlant peu ou pas

l'Anglais. Moins de la moitié des consultations étaient menées avec la participation d'un interprète pour les patients ne parlant pas du tout l'Anglais (74). L'observation et l'analyse de ces vidéos montraient des consultations plus efficacement centrées sur les besoins et problèmes du patient. Le cadre dans lequel intervenait la demande de soins par le patient était mieux compris et remis dans le contexte social et culturel du patient.

Lipton et al (82) interrogent des médecins et infirmières impliqués dans la prise en charge de patients diabétiques de type 2 d'origine hispanique et maîtrisant peu ou pas l'Anglais. Ceux-ci mentionnent l'importance de la barrière linguistique comme obstacle à la prise en charge thérapeutique des patients, et soulignent l'efficacité de l'intervention d'interprètes pour améliorer la prise en charge des patients, en particulier pour l'éducation diabétique.

Tocher et al (83) ont évalué la qualité de prise en charge du diabète de type 2 chez des patients parlant l'anglais d'une part, et chez des patients d'origine hispanique, cambodgienne et russe ne maîtrisant pas l'Anglais d'autre part. Ces derniers ont tous bénéficié de la présence d'un interprète pour l'éducation diabétique, l'explication des traitements instaurés et les consultations diététiques. Les auteurs montrent que les deux groupes ne présentent pas de différence en termes d'équilibre diabétique, et de complications micro et macro vasculaires secondaires au diabète.

Shapiro et al (84) ont évalué la qualité de la relation de patients maîtrisant peu ou pas l'anglais avec leur médecin selon deux groupes. 46 patients d'origine hispanique ont été observés en consultation avec leur médecin seul, et 15 consultations ont été menées avec un interprète. Les patients ayant eu recours à un interprète avaient une satisfaction plus grande, les messages transmis par le médecin étaient mieux assimilés et compris par le patient.

3.2. Pré-requis fondamentaux à l'exercice de la fonction d'interprète (85)

La démarche d'une demande de médiation par un interprète constitue une démarche positive qui favorise l'accès aux droits des populations peu ou non francophones. Mais l'entretien à trois en consultation médicale comporte des difficultés techniques, déontologiques et méthodologiques qui impliquent de définir un cadre pratique.

3.2.1. Compétences de l'interprète (87)

Un certain nombre de connaissances constitue l'exigence minimale pour l'exercice de la fonction d'interprète :

- une très bonne connaissance de la langue d'origine.
- une connaissance très fine de la langue du pays d'accueil.
- une capacité de compréhension de sa culture et plus précisément d'une représentation claire de ses systèmes de santé.

La capacité de traduction de l'interprète doit pouvoir être évaluée, et une formation de base au fonctionnement des institutions dans lesquelles il est amené à travailler doit lui être assurée.

3.2.2. Aspects techniques de l'entretien (88)

- Les renseignements utiles à l'interprète : le médecin qui accueille l'interprète devrait pouvoir se donner le temps d'expliquer en quelques mots l'objet de l'entretien, en particulier s'il s'agit de l'annonce d'un diagnostic grave. Le fait de parler au patient de la possibilité de recours à un interprète permet également de rassurer le patient, et d'établir une relation de confiance, en expliquant au patient que l'interprète est lui aussi soumis au secret médical.
- La géographie de l'entretien : l'interprète doit se positionner autant que possible en triangle, et ce pour établir une égale distance entre les interlocuteurs, et marquer ainsi physiquement sa neutralité. Par ailleurs, le médecin et le patient ont tendance à parler en regardant l'interprète, alors qu'il n'est pas le principal intéressé. Le médecin doit s'adresser au patient et le regarder. Enfin, dans ce dialogue à trois, l'interprète peut parler en disant « je » comme s'il parlait de la bouche du patient, ou bien utiliser la troisième personne. Enfin, l'interprète devrait porter un badge identifiant mentionnant, non pas son nom, mais le nom de l'association, ou encore la langue pour laquelle il intervient.
- Adaptation du discours par le médecin : le médecin doit autant que possible utiliser un discours simple et clair, en évitant l'emploi de termes médicaux trop complexes que l'interprète-même ne pourrait comprendre ou traduire. L'interprète doit par ailleurs pouvoir demander un éclaircissement dès lors que les termes ne sont pas compris. Ainsi, un interprète en langue turque de Migrations Santé Alsace rapporte le cas d'un entretien au cours duquel le médecin expliquait à une mère turque dont l'enfant était atteint de phénylcétonurie que celui-

ci n'avait pas les enzymes pour métaboliser les aliments. La compréhension n'avait alors pas été satisfaisante (90).

- Adaptation du discours de l'interprète et responsabilité de l'interprète : l'interprète doit assurer une traduction intelligible pour le patient en s'assurant que ce dernier a bien compris. Son rôle s'arrête dès lors que le patient a bien compris, et il n'est pas responsable dans le cas où le patient décide de ne pas suivre les recommandations du médecin.

3.2.3. Aspects déontologiques

- La neutralité de l'interprète : la question de la neutralité se pose différemment selon les interlocuteurs. Pour le patient, le respect du secret professionnel le rassure et lui permet de s'exprimer ; pour le médecin, l'objectif est de faire passer un message et de bien comprendre la demande du patient. Il a besoin d'une parole neutre où ne se mêle pas une implication affective personnelle de l'interprète. Pour cela, l'interprète ne doit donner aucune information personnelle ni donner son avis.

- Le secret professionnel : l'interprète doit préciser avant le début de l'entretien qu'il est, comme le médecin, tenu au secret professionnel.

3.3. Difficultés et limites de l'interprétariat

3.3.1. Les limites de la neutralité de la traduction

Lorsque l'interprète traduit, il est toujours amené à effectuer un choix, au sein d'un champ sémantique donné. La subjectivité de l'interprète est encore plus engagée lorsque le patient s'exprime de façon incomplète, ou par des expressions imagées ou allusives. D'autre part, la traduction reste une interprétation au sens linguistique et peut être influencée par l'implication, l'expérience personnelle de l'interprète. Il doit gérer l'exigence d'une traduction idéale avec la restitution la plus fidèle possible de la parole du patient. Dans ce contexte, il ne peut y avoir de précision absolue (89, 90, 91). Ainsi, l'interprète bute nécessairement sur l'approximation de la traduction.

Par ailleurs, la neutralité ne signifie pas une mise à distance froide des propos traduits. L'interprète doit affronter la difficulté de, non pas réaliser une traduction linéaire, mais rendre compte des images, des non-dits, des hésitations du patient. Il doit être capable de traduire, non pas ce que la personne dit, mais ce qu'elle veut dire. Il tente d'enrichir la traduction, tout en s'astreignant à la neutralité, ce qui rend sa fonction particulièrement complexe.

Enfin, l'interprète peut se trouver limité dans sa traduction lorsque l'entretien porte sur un sujet tabou dans une culture donnée, en particulier la mort, la sexualité, ou la santé mentale. Il pourra trouver des difficultés à transcrire le discours dans les termes qu'aurait souhaité le médecin, et emploiera des détours linguistiques pour s'adapter aux tabous culturels du patient. « Tout ce qui est lexicalement traduisible n'est pas culturellement énonçable » (92).

3.3.2. La nécessité de promouvoir la formation des interprètes

Il paraît important de former les interprètes, et la professionnalisation de l'interprétariat constitue un enjeu de taille. En effet, la profession d'interprète n'est pas reconnue en tant que telle en France, et en l'absence de reconnaissance d'un statut professionnel, il n'existe pas de formation officielle à l'interprétariat. Au-delà des connaissances initiales indispensables qui sont les outils de travail de l'interprète, celui-ci devrait pouvoir disposer d'une formation.

- Formation à la neutralité : des formations permettant à l'interprète de faire face aux effets d'identification inconsciente devraient être mises en place.

- >L'annonce de maladies graves, les annonces difficiles : l'interprète peut être destabilisé par l'expérience de situations émotionnellement difficiles ou la détresse d'un patient, et sa neutralité affective peut être mise à rude épreuve.

- >Le problème de la gestion de l'agressivité : l'interprète doit pouvoir être formé à des situations cliniques où le patient est agressif, afin de garder sa neutralité et se poser en modérateur n'est pas son rôle.

- Formation à la problématique de l'accompagnement social : l'interprète doit pouvoir recevoir une formation sur les institutions sociales et sanitaires avec lesquelles il est susceptible de travailler.

3.3.3. Les contraintes techniques liées à l'interprétariat

Le recours à l'interprétariat dans la consultation de Médecine Générale implique du temps. Les échanges où s'intercale une traduction sont plus lents et discontinus. Le recours à un interprète pour la consultation nécessite, pour le médecin, de faire la démarche pour entrer en contact avec une association d'interprètes, mais également convenir d'un rendez-vous d'assez longue durée pour permettre de prendre son temps et ajuster au mieux la traduction.

3.3.4. Difficultés en pratique liées au statut de l'interprète

Une recommandation fréquente quant au travail avec des interprètes est de faire appel à des interprètes professionnels uniquement (92). En majorité, les interprètes sont issus des communautés pour lesquelles ils interviennent. La catégorie des interprètes non professionnels regroupe divers intervenants possibles, comme des membres de la famille du patient, des amis, parfois de parfaits inconnus recrutés dans la salle d'attente (93).

Malgré cette recommandation standard, les membres de groupes culturels qui accordent de l'importance au rôle de la famille et de la communauté dans les décisions pour les soins de santé peuvent voir les interprètes non professionnels qu'ils connaissent comme plus dignes de confiance que les interprètes professionnels (on entend par interprète professionnel un interprète appartenant à une association reconnue NDR) (92). Certains médecins, conscients de cette différence de perception, et voulant établir une bonne relation avec leurs patients, respectent cette préférence dans le but d'améliorer leur intervention.

Le fait que le patient ait recours à un interprète non professionnel est source de difficultés. Demander à un enfant de traduire des propos qui touchent au corps et à l'intimité de l'adulte est très délicat tant le rôle de témoin qui lui est dès lors assigné est lourd pour sa personne. Lorsque l'interprète est un ami, il arrive que le médecin soit exclu des échanges, et à l'évidence, la liberté de parole, de choix, et de décision du patient est compromise.

Gerish et al ont montré dans une étude portant sur le recours à des interprètes issus de la famille de patients d'origine asiatique, un inconfort lors de la consultation lié au problème de confidentialité et à la liberté de parole des patients (94).

3.3.5. Ressenti négatif des médecins dans la relation thérapeutique

Ellen Rosenberg et Yvan Leanza ont étudié le vécu des médecins au cours d'entretiens avec des patients accompagnés d'interprètes professionnels ou non (92).

- Le vécu de la relation : De façon générale, les médecins exprimaient la difficulté de construire une relation avec le patient en présence d'un interprète. Quelquefois, les médecins se disent exclus de l'interaction, voire perdent une part de leur attribut de soignant : « il y a peut-être une certaine distance qui se crée (...) le patient ne voit pas le médecin comme son « best buddy » (« meilleur copain », NDR) qui l'écoute au bout, mais c'est plutôt transposé à l'interprète. »

- Le recueil de l'information : certains médecins se disent « distraits » par la présence d'une tierce personne, le délai dans le processus de traduction affecte le fil de la pensée du médecin et son habileté à tester des hypothèses. Le sujet du recueil de l'information préoccupe les médecins interrogés qui expriment leurs doutes sur la complétude et l'exactitude de ce qui leur est transmis. Les commentaires des médecins portent sur l'incompétence linguistique, le filtrage de l'information, le fait que l'interprète réponde à la place du patient, et sur les sujets tabous qui deviennent difficiles à aborder en fonction du lien de parenté liant patient et interprète ou du sexe de l'interprète.

Cependant, les médecins interrogés soulignent la nécessité de garanties liées au professionnalisme de l'interprète.

CONCLUSION

Les migrants doivent faire face à des problèmes d'ordre juridique, économique et psychosocial qui freinent leur accès aux soins de santé. Même une somme modeste peut devenir un obstacle infranchissable. A la barrière linguistique, sociale et culturelle s'ajoute la complexité des structures de soins du pays d'accueil. L'acteur de soins de première ligne qu'est le médecin généraliste n'a pas toujours les moyens d'offrir avec succès des prestations de santé à des gens dont les conceptions en matière de santé, l'attitude envers la maladie, la douleur et la mort, et la manière d'exprimer les symptômes, de réagir à la maladie et d'exprimer leurs attentes sont parfois très différentes des siennes.

Le Comité Économique et Social Européen écrit dans ses objectifs du 27/10/2007(15) : « les professionnels de santé (en particulier les infirmières et les médecins) jouent un rôle clé dans le maintien et l'amélioration des soins de santé des migrants. Les États membres doivent faire en sorte qu'ils soient en mesure de faire face aux besoins de santé des migrants et de comprendre les particularités liées à la culture, à la religion et au mode de vie qui influencent les habitudes sanitaires de ces groupes spécifiques. »

L'une de ces mesures pourrait être la professionnalisation et la reconnaissance de l'interprétariat en milieu médical, mais aussi social. Bien que l'observation objective de la pratique des interprètes permette d'affirmer son utilité, l'interprétariat en milieu médical ne bénéficie pas encore d'une entière légitimité, du fait de l'absence de reconnaissance officielle, et de réticences liées à la pratique. Un certain nombre de médecins acceptent de faire intervenir un interprète dans leurs rapports avec les populations étrangères, mais cela n'est souvent envisagé que comme un dépannage ou une réponse ponctuelle. Le recours à l'interprétariat devrait être repensé en termes d'utilité sociale, l'accueil et le respect de l'étranger et la création de conditions favorables à une réelle intégration passant nécessairement par des acteurs compétents et reconnus.

PARTIE II

Etat des lieux sur le diabète dans les populations immigrées

1. Les données sur le diabète dans les populations immigrées

1.1. Une pandémie annoncée, l'enjeu de santé des migrants

D'après les résultats de l'étude ENTRED menée en France de 2001 à 2003, le nombre total de sujets diabétiques traités passerait de 1.8 million en 1999 à 2.8 millions à l'horizon 2016, soit une augmentation de 51% (1).

M. Carballo et F. Siems donnent un éclairage sur l'évolution de l'incidence du diabète au niveau mondial avec une progression particulièrement significative du diabète au sein des populations migrantes. (95). Ainsi, le nombre de personnes diagnostiquées a augmenté de 50% au cours des dix dernières années, pouvant atteindre en 2025, 300 millions de personnes touchées dans le monde. En 2003, un diabète a été diagnostiqué chez 35.5 millions de personnes en Inde, soit plus du double qu'aux Etats-Unis la même année. En Chine, près de 23.8 millions de personnes étaient atteintes de diabète (2). Les auteurs soulignent la nécessité d'études complémentaires mais rapportent à travers des études menées aux États -Unis, aux Pays-Bas, et en Norvège, que les populations immigrantes sont souvent plus susceptibles de développer un diabète que les populations non migrantes.

Les situations de stress et la tristesse liées à l'immigration, qu'il s'agisse de déplacements forcés de populations ou d'une immigration décidée à la recherche d'un travail et d'une meilleure vie, sont des facteurs clés du déclenchement d'un diabète chez ces populations immigrées (96).

1.2. Des inégalités dans la prise en charge des diabétiques de type 2 : des similitudes d'un pays à l'autre

1.2.1. Etude ENTRED en France

Dans le communiqué de presse du 14/11/2006 de l'INVS, le diabète touche davantage les populations issues des milieux socioéconomiques les moins favorisés. L'étude ne présente pas les inégalités de santé spécifiques des migrants, et ce en l'absence de données

épidémiologiques incluant l'origine ethnique. Cependant, on peut envisager l'extrapolation des chiffres concernant les catégories les moins favorisées aux populations migrantes où ces dernières sont plus représentées, cette extrapolation n'étant évidemment pas satisfaisante pour autant.

Ainsi, 60% des diabétiques de type 2 en France en 2003 âgés de 45 à 79 ans ont un niveau d'études inférieur ou égal au BEPC, contre 39% d'une population de référence du même âge, 12% n'ont jamais eu d'activité professionnelle contre 3%, et 8% bénéficient de la Couverture maladie universelle contre 5%. Concernant l'équilibre de la maladie, un mauvais équilibre glycémique (HbA1c supérieure à 7%) est deux fois plus fréquent chez les personnes de niveau d'études inférieur au baccalauréat. Les antécédents de complications macro vasculaires sont trois fois plus fréquentes chez les ouvriers et professions intermédiaires que chez les cadres ; la réalisation d'un examen du fond d'œil dans l'année est presque trois fois moins fréquente chez les ouvriers que chez les cadres.

Le BEH du 14/11/2006 (96) étudie les relations entre caractéristiques socioéconomiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, à partir des données de l'étude ENTRED, en prenant en compte le pays d'origine des patients. Le statut socioéconomique était moins favorable en population diabétique que générale. En population diabétique, les personnes de niveau socioéconomique moins favorable avaient déclaré moins souvent une dyslipidémie mais plus souvent une obésité ou une complication macro vasculaire. La qualité des soins et leur contrôle glycémique étaient moins bons. Les personnes nées au Maghreb, comparativement à celles nées en France, présentaient plus souvent une rétinopathie diabétique, avec de plus un dépistage par fond d'œil moins fréquent.

Une étude réalisée en 2005 sur un échantillon de 123 personnes hospitalisées en Île De France (97) montre un moins bon contrôle glycémique et des complications macro vasculaires plus fréquentes chez les patients diabétiques ayant un score de précarité élevé, le niveau de risque vasculaire étant égal par ailleurs. (Score EPICES : Evaluation of Precarity and Inequalities in Health Examination Centers, incluant des indicateurs de précarité sur le niveau d'éducation, le revenu, la catégorie socioprofessionnelle). 82% des personnes ayant le niveau de vie le plus précaire avaient une HbA1c supérieure à 8%. Cette étude met également en évidence une prise en charge plus onéreuse en rapport avec un recours plus fréquent à l'hospitalisation.

1.2.2. Les études réalisées dans les autres pays

1.2.2.1. Des facteurs génétiques de susceptibilité ?

Des études montrent que la fréquence du diabète de type 2 dans les populations migrantes augmente de façon significative, lorsque les conditions socio-économiques du pays d'accueil sont meilleures que celles du pays d'origine. Le modèle le plus vraisemblable pour l'émergence du diabète au niveau de ces populations est celui d'une susceptibilité génétique selon l'origine ethnique ne s'exprimant qu'à la faveur de changements de modes de vie (98).

1.2.2.2. Le manque d'acculturation comme facteur de risque ?

Aux Etats-Unis, Jaber et al montrent que le manque d'acculturation est un facteur de risque de diabète dans la population immigrée arabe issue du Moyen-Orient (99). L'acculturation correspond à l'ensemble des modes d'interaction entre deux cultures différentes.

Pour chaque patient, ils ont étudié un ensemble de critères : milieu d'enfance (rural ou citadin), âge d'immigration aux Etats-Unis, nombre d'années passées aux Etats-Unis, éducation, fréquentation des écoles américaines, travail, langue de préférence, lecture de l'arabe, préférence alimentaire (traditionnelle ou occidentale), activité physique, activités dans les associations et mouvements arabes, stress, et acculturation. Cette dernière est définie selon deux scores : le degré d'intégration aux Etats-Unis, et le degré d'attachement à la tradition. Ainsi, l'âge avancé au moment de l'immigration, la facilité et l'utilisation majoritaire de la langue arabe, et une majorité d'amis d'origine arabe évoqueraient une moins bonne intégration au pays d'immigration. Le degré d'attachement à la tradition est calculé en fonction des réponses (entièrement d'accord à pas d'accord) à 6 questions :

- le devoir de la famille vient avant les envies personnelles.
- les arabes ne doivent pas être en désaccords entre eux s'ils sont face à des occidentaux.
- il est plus confortable de vivre parmi la communauté arabe américaine qu'en dehors.
- un bon milieu familial arabe doit aider à empêcher les jeunes de se mettre dans les mêmes difficultés que les jeunes occidentaux.

- dans la communauté arabe américaine, les relations humaines sont en général meilleures que dans le reste de la société.
- se marier avec une personne de la communauté arabe est préférable.

Les auteurs concluent que, pour les hommes, l'âge avancé et la courte durée d'immigration, la faible participation aux associations et organisations arabes, et l'alimentation arabe préférentielle seraient associés à davantage de diabètes, indépendamment de l'âge et du poids. Les autres résultats ne sont pas significatifs. Pour les femmes, l'acculturation étant plus longue, l'étude des facteurs rapportés au poids et à l'âge ne donne pas de résultats significatifs.

Pour les auteurs, l'acculturation correspond à l'adoption d'habitudes hygiéno-diététiques plus favorables (alimentation moins calorique, activité physique régulière), et à moins d'isolement social et de stress psychologique pouvant avoir un impact sur la santé. Ils soulignent que ces résultats contrastent avec d'autres études faites sur les populations migrantes.

1.2.2.3. Des inégalités d'ordre socio-économique

En Grande Bretagne, Bachmann et al (100) ont réalisé une étude portant sur 770 patients diabétiques à Bristol. Les patients ayant les niveaux d'éducation les plus faibles présentaient plus souvent une rétinopathie diabétique (OR 4.3%), et avaient un taux d'HbA1c plus élevé. De plus, l'étude rapporte que les patients ayant les niveaux d'éducation les moins élevés sont ceux qui sont jugés les moins observants par leurs médecins. Enfin, contrairement à ce qui est observé en France et du fait des différents régimes de protection sociale, l'étude britannique montre un recours moindre des populations défavorisées aux structures de soins hospitaliers, attestant ainsi du fait que, dans les inégalités de santé, les difficultés d'ordre socioéconomique d'accès aux soins interviennent d'abord et pour une grande part.

1.2.2.4. Des inégalités dans la survenue des complications du diabète

Différentes études ont été menées également aux Etats-Unis, concernant les inégalités de santé au sein des minorités ethniques afro-américaines et hispaniques (101, 102, 103). Dans une étude menée en 2002, en Californie chez 62000 patients diabétiques (44), les minorités ethniques hispaniques, afro-américaines, et asiatiques avaient une prévalence plus élevée

d'insuffisance rénale sévère d'origine diabétique que les Blancs. L'incidence d'insuffisance rénale terminale d'origine diabétique était plus élevée chez les minorités hispaniques d'origine mexicaine, deuxième minorité ethnique aux Etats-Unis, que chez les Blancs (104, 105). L'incidence d'hospitalisations pour amputation d'origine vasculaire était plus élevée chez les Afro-américains toutes causes confondues, et chez les Hispaniques pour les amputations secondaires à un diabète de type 2 (106). Une étude comparative a été réalisée chez des patients diabétiques inclus dans un programme national de prise en charge du diabète dans des structures proposant aux patients diabétiques des soins d'accès facilités par des mesures économiques (107, 108). Les auteurs montrent des disparités interethniques moindres que dans la population générale. Comme en France, une étude a mis en évidence une moindre surveillance du fond d'œil chez les patients diabétiques noirs américains que chez les Blancs (109).

2. La population diabétique immigrée maghrébine en France

2.1. La notion de patient maghrébin dans la culture biomédicale française

2.1.1. La notion de maghrébin en sociologie

Le Maghreb correspond à l'Afrique du nord-ouest, délimitée au nord par la Méditerranée et au sud par le Sahara. Son nom vient d'une expression arabe qui signifie « presque île du couchant ». Il comprend 3 pays, d'ouest en est, le Maroc, l'Algérie et la Tunisie.

« Les orientaux d'Arabie désignaient par Maghrébins, littéralement les « occidentaux », les peuples de l'ouest de l'Afrique du nord (algériens, marocains, tunisiens). » (110). Ces trois pays ont subi par le passé maintes fois l'occupation étrangère. Les avant-derniers occupants, les Arabes, ont, plus que les autres, marqué durablement le Maghreb et ses habitants, avec notamment l'adoption de l'Islam. La colonisation par la France modifie l'image du maghrébin d' « occidental idéalisé à indigène inférieurisé. [...] En Afrique du Nord, durant la colonisation, on distinguait les Européens, quelles que fussent leurs origines (française, espagnole, maltaise, etc.) et qu'ils eussent ou non des racines dans ces pays, des indigènes juifs et musulmans. » (110). Il y aura ensuite une distinction des individus sur le plan juridique

en fonction du statut religieux. Les juifs vont parfois pouvoir bénéficier de naturalisations françaises, essentiellement en Algérie suite au Décret Crémieux (1870), et être ainsi davantage assimilés aux français. Par contre, même en Algérie française, les indigènes musulmans, naturalisés français, étaient soumis au « statut civil de droit local », entraînant une citoyenneté à deux vitesses qui va renforcer les discriminations ainsi que le lien identitaire. Et même si en métropole, le français musulman dispose des mêmes droits que les autres citoyens français, et peut s'inscrire sur les listes électorales, ils sont peu nombreux à exercer ce droit (111).

Mais c'est surtout le phénomène migratoire vers la France qui va être à l'origine de la notion de « communauté maghrébine ».

Du côté du migrant, c'est le besoin de référer à un pôle identitaire que le seul pays d'origine ne peut former, ainsi que la nécessité du lien social et de l'entraide physique et morale formée par la communauté des émigrés. Dispersés sur l'ensemble du territoire français, l'appartenance à une communauté est rarement ressentie par les maghrébins de France, mis à part à l'occasion de situations particulières (événements touchants le Maghreb ou le monde arabe, crime raciste,...) et ceux-ci se réfèrent plus souvent à leur pays ou leur région d'origine. C'est à partir de 1974 avec le regroupement familial et l'établissement des familles maghrébines de France que vont surtout se nouer et se tisser les liens familiaux et de voisinage, mettant en place des règles sociales particulières, une pratique confessionnelle commune.

Du côté du pays d'immigration, les similitudes physiques, historiques, professionnelles, et religieuses des travailleurs puis des familles originaires des pays du Maghreb vont s'imposer sur les particularités personnelles ou politiques, avec parfois, même souvent, discrimination et exclusion. Cette ségrégation, barrage à l'intégration, va également être renforcée par l'illusion du retour ou « mensonge collectif », entretenus par les trois partenaires du phénomène migratoire : le pays d'émigration, le pays d'immigration et les émigrés eux-mêmes chacun pour ses intérêts propres (111).

La notion de « maghrébin » englobe ainsi des communautés hétérogènes, avec une diversité nationale, ethnique, culturelle et géographique, mais *« ce qui les rassemble, par delà leurs trois pays respectifs, c'est l'islam et un fond culturel maghrébin revendiqué autour de l'entité familiale. [...] Les immigrés musulmans originaires du Maghreb vont, à défaut d'être une communauté, se reconnaître dans l'islam et auront pour pôle identitaire [...] la communauté musulmane dans son ensemble. »* (110).

Cependant, « *sur le plan politique, en l'absence de tout cadre de reconnaissance et d'institutionnalisation des droits, l'utilisation de l'expression « communauté maghrébine», loin d'avoir la connotation positive qu'elle acquière dans les pays anglo-saxons, est gênante dans la mesure où elle tend à instituer une communauté fondée sur le stigmatisme et le rejet, en termes identitaires, manipulée de l'extérieur.* » .Dans leur étude sur les catégorisations sociales, MF. Lacassagne et al ont exploré les représentations du mot « maghrébin » auprès d'étudiants en psychologie (1ère année), par la méthode d'association de mots. Même si la méthode de l'étude a pu être contestée, il est intéressant de noter que les résultats montrent l'existence de stéréotypes négatifs devant l'absence d'adjectifs positifs associés au mot « maghrébin » (pour neuf connotations positives associées au mot « français ») (112, 113, 114).

2.1.2. La notion de patient maghrébin en Médecine

Le terme « patient maghrébin » ne correspond à aucune entité sociologique et ne peut être identifié en groupe indépendant. Pourtant c'est un terme employé couramment dans la pratique médicale quotidienne. Utilisé pour la présentation d'un patient, pour le partage d'informations entre professionnels de santé, on peut dire qu'il est devenu avec le temps un code linguistique médical. Cependant, les professionnels de santé ne pouvant disposer de définition claire et commune, on peut penser que ce terme transporte avec lui toutes les représentations de celui qui le prononce, et toutes celles de celui qui l'entend.

Ces représentations sont individuelles, parfois non dénuées de stéréotypes ou de préjugés. N'ayant pas de limites définies, elles peuvent également se transmettre par effet « boule de neige », plus souvent dans le sens négatif d'ailleurs. Nous citerons l'exemple du « syndrome méditerranéen » que l'étudiant en médecine apprend de ses pairs, sans que ce syndrome ne corresponde à une entité clinique existante (aucune donnée dans la littérature). Ce syndrome évoquerait la réaction à la maladie parfois théâtrale des patients maghrébins (essentiellement les femmes). La seule allusion à ce syndrome retrouvée dans la littérature est une mise en garde dans un livre destiné aux internes : « *Outre que ce n'est pas un diagnostic, cela manque de respect à l'égard des méditerranéens. Les méditerranéens sont pourvus d'une sensibilité normale à la douleur et peuvent être gravement malades, mais oui. Mais on peut appeler l'angoisse ou l'hystérie par leur nom à Malte ou en Islande.* » (114, 115).

2.2. Le diabète en Lorraine : analyse par sous populations

Il apparaît difficile d'obtenir des données de santé sur la population diabétique immigrée en France. En revanche, en partenariat avec la Direction Régionale du Service Médical du Nord-est, nous avons pu établir un état des lieux sur la prise en charge médicale du diabète en Lorraine, et ce en incluant des données sur le lieu de naissance des patients diabétiques.

Ainsi, le suivi médical des patients diabétiques de Lorraine est analysé au regard des référentiels médicaux de bonne pratique. Les méthodes employées dans le cadre de cette étude sont présentées dans une première partie. Puis, le suivi médical des patients diabétiques est décrit dans une deuxième partie.

2.2.1. Méthodologie de l'étude

Les recommandations de bonne pratique en matière de diabète sont tout d'abord présentées, puis la source des données exploitées et enfin les indicateurs de suivi retenus afin d'analyser le suivi médical des patients diabétiques.

2.2.1.1. Les recommandations de bonne pratique identifiables dans les bases de l'Assurance Maladie (116)

Les recommandations de bonne pratique en matière de diabète recouvrent en dehors des examens cliniques classiques deux types d'examens, des examens biologiques et des examens médicaux :

- Suivi biologique :
 - HbA1c, suivi systématique 3 à 4 fois par an ;
 - Glycémie veineuse à jeun 1 fois par an ;
 - Bilan lipidique à jeun (CT cholestérol total, HDL-C, calcul du LDL-C, TG triglycérides) 1 fois par an;
 - Microalbuminurie 1 fois par an ;
 - Créatininémie 1 fois par an.

- Suivi médical et paramédical :
 - Surveillance ophtalmologique annuelle ;
 - ECG de repos annuel systématique ;
 - Examen dentaire annuel systématique.

2.2.1.2. La population étudiée

Les données exploitées sont issues des bases SIAM/ERASME de l'Assurance Maladie¹. La population observée regroupe l'ensemble des bénéficiaires du régime général des travailleurs salariés (hors sections locales mutualistes) ayant été remboursés d'au moins une prescription d'hypoglycémiant oraux et/ou d'insuline entre le mois de mars 2008 et le mois de mars 2010.

Les données de l'Assurance-Maladie ont une profondeur de 24 mois glissants. L'ensemble des patients ciblés font l'objet de l'analyse sauf :

- Les patients dont la durée de suivi est inférieure à 6 mois (s'agissant de nouveaux patients) ;
- Les femmes enceintes et les individus âgés de moins de 18 ans car leur suivi médical est différent ;
- Pour ce qui concerne les données recueillies en 2010, les patients pour lesquels la date maximale de délivrance d'ADO/INS se situe avant le 1^{er} janvier 2009 ; l'historique médical sur 13 mois de ces patients ne peut en effet être connu.

La période du suivi médical du patient couvre les 13 mois qui précèdent la date de dernière délivrance d'hypoglycémiant oraux ou d'insuline, et ce pour tous les examens recommandés à une exception près. En effet, seule l'observation de la glycémie veineuse à jeun porte sur une période de 12 mois. Dans la mesure où les recommandations officielles tablent sur une période de 12 mois, il a été convenu de prendre en considération une période de suivi de 13 mois. Ceci permet de prendre en compte les examens dont le remboursement est tardif par rapport à la date d'exécution de l'acte, ainsi que les examens ayant eu lieu peu de temps avant et après les 12 mois.

¹ Les données des bénéficiaires lorrains (hors Moselle) proviennent des bases SIAM ERASME du Service Médical de la région du Nord-est ; les données des bénéficiaires mosellans proviennent des bases SIAM ERASME du Service Médical d'Alsace-Moselle.

2.2.1.3. Les indicateurs du suivi médical des patients

La Haute Autorité de Santé recommande de réaliser une glycémie veineuse à jeun par an. Ce critère est considéré de façon particulière par rapport aux autres. Le fait que cet examen ne soit pas réalisé ne constitue pas un critère de mauvais suivi. A l'inverse, le fait que cet examen soit réalisé plus d'une fois dans l'année constitue un excès qui devrait être évité. C'est pourquoi, une variable qui renseigne quant à la réalisation effective ou non d'au plus une glycémie veineuse à jeun par an est créée.

La qualité du suivi des patients diabétiques repose donc sur les 7 examens restants, 3 de nature médicale/paramédicale et 4 de nature biologique. Des variables binaires (codées oui/non), créées pour chacun de ces 7 examens, renseignent quant à une réalisation effective et conforme aux recommandations de chacun de ces examens par le patient. Il est considéré que l'ensemble de ces examens a été réalisé une fois dès lors que le patient a été hospitalisé au cours de la période de suivi (hospitalisation de jour dans un service de diabétologie, dans un service de médecine ou hospitalisation complète). Ces variables permettent de connaître la proportion de patients ayant bénéficié de chacun des examens annuels recommandés d'une part. D'autre part, elles ont également permis la construction de trois indicateurs :

- La proportion d'examens réalisés par les patients sur les 7 examens recommandés officiellement ;
- La proportion d'examens liés au suivi médical réalisés sur les 3 examens recommandés officiellement ;
- La proportion d'examens liés au suivi biologique réalisés sur les 4 examens recommandés officiellement.

Ces indicateurs sont calculés pour chaque patient. Ceci a donné lieu au calcul d'une moyenne régionale.

Après avoir présenté les méthodes retenues dans le cadre de cette étude, le suivi médical des patients diabétiques sur la période allant de mars 2008 à mars 2010 est analysé.

2.2.2. Description du suivi médical des patients diabétiques de Lorraine entre 2008 et 2010

Une description générale du suivi médical de la population diabétique de Lorraine est tout d'abord envisagée. Puis, une description par sous population est présentée en prenant en considération le lieu de naissance des patients.

2.2.2.1. Description des caractéristiques des patients diabétiques de Lorraine et de leur suivi médical.

La population étudiée compte 53 461 patients. Il s'agit de patients de sexe féminin dans 48,8 % des cas. Ces patients ont en moyenne 65,9 ans ($\pm 12,7$). Leur lieu de résidence se situe en Meurthe et Moselle dans 33,9 % des cas, en Moselle dans 30,9 % des cas, en Meuse dans 11,3 % des cas et dans les Vosges dans 24 % des cas. Le diabète est traité par antidiabétique oral pour 73,8 % de ces patients, par insuline pour 11,2 % d'entre eux et par l'association de ces deux traitements pour 15 % des patients.

En moyenne, les patients bénéficient de 4 examens sur les 7 recommandés officiellement [± 2]. Si l'on considère les examens biologiques, près de 2 examens sur 4 sont réalisés en moyenne par les patients [± 3]. Pour ce qui est des examens médicaux, près de 2 examens sur 3 sont réalisés en moyenne par les patients [± 2].

Pour déterminer la proportion de patients qui ont un suivi médical idéal, nous avons mis en classes l'indicateur qui permet de connaître pour chaque patient le nombre d'examens réalisés sur les 7 recommandés. Ainsi, 19,5 % des patients ont bénéficié de tous les examens annuels recommandés, contre 3,5 % pour ceux qui n'ont bénéficié d'aucun examen dans l'année (tableau 1).

Tableau 1. Répartition des patients selon le nombre d'examens réalisés
sur les 7 recommandés

Nombre d'examens réalisés sur les 7 recommandés	Proportion de patients
0	3,5
1	5,5
2	11,4
3	15,8
4	15,2
5	10,1
6	18,9
7	19,5

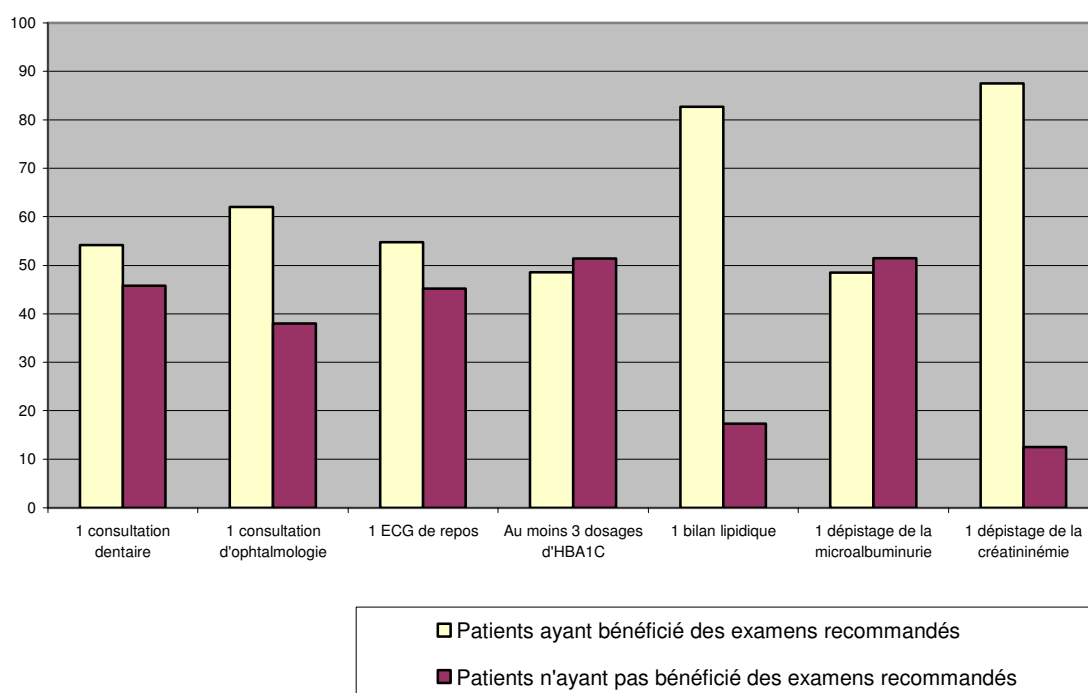
Source : Bases SIAM ERASME, Service Médical de l'Assurance Maladie du Nord-Est et d'Alsace-Moselle

De façon plus spécifique, les patients se répartissent comme suit selon l'examen recommandé considéré :

- 54,2 % des patients ont eu au moins une consultation dentaire au cours des 13 derniers mois ;
- 62 % des patients ont eu au moins une consultation d'ophtalmologie au cours des 13 derniers mois ;
- 54,8 % des patients ont bénéficié d'au moins un ECG de repos au cours des 13 derniers mois ;
- 48,6 % des patients ont bénéficié d'au moins 3 dosages d'HbA1C au cours des 13 derniers mois ;
- 82,7% des patients ont bénéficié d'au moins 1 bilan lipidique au cours des 13 derniers mois, contre 79,2 % en 2010 ;
- 48,5 % des patients ont bénéficié d'au moins 1 dépistage de la microalbuminurie au cours des 13 derniers mois ;
- 87,5 % des patients ont bénéficié d'au moins 1 dépistage de la créatininémie au cours des 13 derniers mois (*Graphique 1*) ;

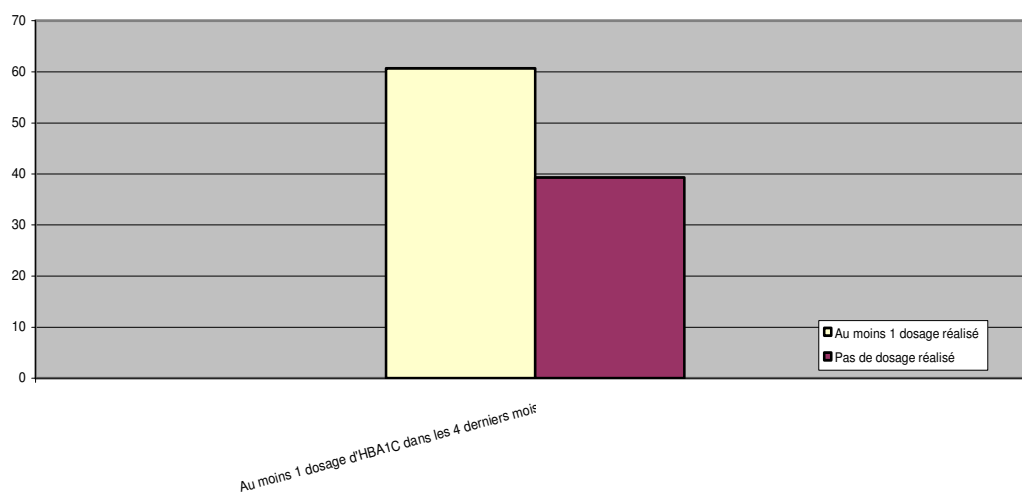
- 60,7 % des patients ont bénéficié d'au moins 1 dosage d'HbA1C au cours des 4 derniers mois (*Graphique 2*) ;
- 71,8 % des patients ont bénéficié d'au plus 1 glycémie veineuse à jeun au cours des 12 derniers mois (*Graphique 3*).

Graphique 1. Proportion de patients diabétiques ayant bénéficié ou non des examens annuels recommandés



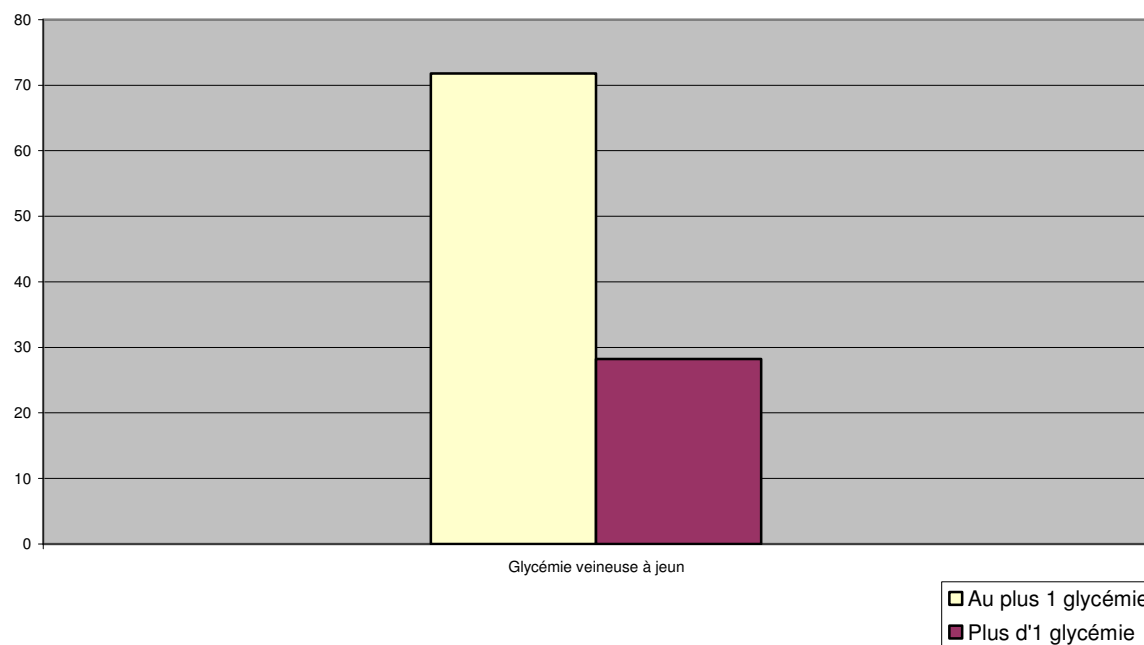
Source : Bases SIAM ERASME, Service Médical de l'Assurance Maladie du Nord-Est et d'Alsace-Moselle

Graphique 2. Proportion de patients diabétiques ayant bénéficié ou non d'au moins un examen de l'hémoglobine glycosylée dans les 4 derniers mois du suivi médical



Source : Bases SIAM ERASME, Service Médical de l'Assurance Maladie du Nord-Est et d'Alsace-Moselle

Graphique 3. Suivi annuel de la glycémie veineuse à jeun



Source : Bases SIAM ERASME, Service Médical de l'Assurance Maladie du Nord-est et d'Alsace-Moselle.

2.2.2.2. Le suivi médical des patients diabétiques par sous populations.

Une description des caractéristiques des sous populations est envisagée. Puis, le suivi médical de ces sous populations est analysé au regard des référentiels médicaux de bonne pratique.

2.2.2.2.1. Description des caractéristiques des sous populations.

Plusieurs sous populations ont été créées à partir de la population diabétique qui fait l'objet de notre étude, et ce en prenant en considération le pays de naissance de ces patients. Ainsi, 6 populations se distinguent :

- la population née en Europe de l'Ouest
- la population née en Europe de l'Est
- la population née dans les pays du Maghreb
- la population née dans d'autres pays d'Afrique
- la population née en Asie
- et la population née dans d'autres pays.

Les effectifs associés à certains pays étant trop faibles, la 6^{ème} sous population regroupe les patients de ces différents pays. S'agissant des populations autres que celles nées en Europe de l'Ouest, nous pouvons penser qu'il s'agit de la première génération, génération dont la propension à développer un diabète, est plus élevée que pour les autres.

Il apparaît que 89,8 % des patients sont nés en Europe de l'Ouest (soit 47 984 patients), contre 1,9 % pour les patients nés en Europe de l'Est (soit 1 017 patients), 2,6 % pour les patients nés dans les pays du Maghreb (soit 1 377 patients), 0,4 % pour les patients nés dans un autre pays d'Afrique (soit 221 patients), 0,4 % pour les patients nés sur le continent Asiatique (soit 216 patients) et 4,9 % pour les patients nés ailleurs (soit 2 646 patients).

Les patients nés en Europe de l'Ouest sont des femmes dans 48,2 % des cas, contre 54,1 % pour les patients nés en Europe de l'Est, 43,5 % pour les patients nés dans les pays du Maghreb, 44,8 % pour les patients nés dans un autre pays d'Afrique, 54,6 % pour les patients nés en Asie et 61,5 % pour les patients nés ailleurs.

D'une manière générale, les patients âgés de 50 ans et plus sont très majoritaires dans chacune des sous populations (*tableau 2*). Les patients nés en Europe de l'Est présentent une répartition par classes d'âge sensiblement équivalente à celle des patients nés dans les pays du Maghreb ou sur le continent asiatique avec 83 à 84 % de patients de 50 ans et plus, autour de

15 % de patients entre 30 et 50 ans et près de 1 % de patients entre 18 et 30 ans. Les patients nés dans un autre pays d'Afrique se distinguent des autres patients avec 72 % de patients dans la tranche d'âge la plus élevée, 25 % de patients entre 30 et 50 ans et près de 3 % de patients entre 18 et 30 ans. Les patients nés en Europe de l'Ouest se répartissent comme les patients nés dans d'autres pays avec un peu plus de 90 % de patients âgés de 50 ans et plus, entre 6 et 8 % de patients entre 30 et 50 ans et moins de 1 % de patients entre 18 et 30 ans.

Tableau 2. Répartition des sous populations par classes d'âge (%)

Pays de naissance	Classes d'âge		
	[18-30 ans[	[30-50 ans[	[50 ans et plus[
Europe de l'Ouest	0,9	8,5	90,6
Europe de l'Est	0,7	15,6	83,7
Pays du Maghreb	1,2	14,2	84,6
Autres pays d'Afrique	2,7	25,3	72
Continent asiatique	0,5	15,7	83,8
Autres pays	0,4	6,7	92,9

Source : Bases SIAM ERASME, Service Médical de l'Assurance Maladie du Nord-Est et d'Alsace-Moselle

2.2.2.2.2. Description du suivi médical des patients diabétiques par sous populations

Le suivi médical des patients diabétiques observé par sous populations sur les 13 derniers mois précédant la date de dernière délivrance d'ADO et/ou d'insuline apparaît relativement proche de celui observé en région Lorraine dans son ensemble. Le taux de patients ayant bénéficié d'au moins un examen dentaire annuel oscille entre 54,1 % et 60,2 % selon le pays de naissance. Ce taux se situe entre 50,9 % et 62,7 % pour les patients qui ont bénéficié d'au moins une consultation ophtalmologique dans les 13 derniers mois du suivi médical. Les patients ayant bénéficié d'au moins un ECG dans l'année sont entre 43,9 % et 55,2 % selon le pays de naissance. Au moins trois dosages d'HBA1C ont été réalisés dans l'année pour 42,2 à 48,9 % des patients selon le pays de naissance. Les patients ayant bénéficié d'au moins un bilan lipidique sont entre 73,7 % et 84,7 % selon le pays de naissance. Le taux de patients

ayant bénéficié d'au moins un dépistage de la microalbuminurie se situe entre 48,3 % et 51,4 % selon le pays de naissance. Les patients ayant bénéficié d'au moins un dépistage de la créatininémie sont entre 81,9 % et 88,4 % selon le pays de naissance. Enfin, selon le pays de naissance, 71,6 à 75,3 % des patients ont bénéficié d'au plus une glycémie veineuse à jeun dans l'année. Les différences de proportion observées sont statistiquement significatives (*tableau 3*). Ainsi, comparés aux autres sous populations, les patients nés dans un pays d'Afrique (autre que les pays du Maghreb) sont un peu plus nombreux à avoir bénéficié d'au moins un examen dentaire annuel. Concernant la consultation ophtalmologique, l'ECG et l'hémoglobine glycosylée, ce sont les patients nés en Europe de l'Ouest qui sont un peu plus nombreux à avoir bénéficié d'au moins un examen annuel. Les patients nés en Asie sont un peu plus nombreux que les autres à avoir bénéficié d'au moins un bilan lipidique dans l'année. Les dépistages de la créatininémie et de la microalbuminurie sont un peu plus fréquents chez les patients nés dans un autre pays que ceux répertoriés dans chacune des sous populations. Enfin, ce sont les patients nés en Europe de l'Est qui sont les plus nombreux à avoir bénéficié d'au plus une glycémie veineuse à jeun annuelle.

Tableau 3. Suivi médical des patients diabétiques par sous populations

Proportion de patients ayant bénéficié des examens annuels								
Pays de naissance	Au moins 1 examen dentaire	Au moins 1 examen ophtalmo.	Au moins 1 ECG	Au moins 3 HBA1C	Au moins 1 bilan lipidique	Au moins 1 dépistage de la microalb.	Au moins 1 dépistage de la créat.	Au plus 1 glycémie à jeun
Europe de l'Ouest	54,1	62,7	55,2	48,9	82,9	48,3	87,6	71,6
Europe de l'Est	55,6	54,4	52,1	45,4	80,8	50,4	86,3	75,3
Pays du Maghreb	54,6	51,8	48,4	42,9	79,1	49	84,7	74,1
Autres pays d'Afrique	60,2	54,7	43,9	43,6	73,7	50,2	81,9	74,6
Continent asiatique	56	50,9	45,8	42,2	84,7	50	85,2	73,1
Autres pays	56,3	59	54	47,9	82,2	51,4	88,4	72,4

Source : Bases SIAM ERASME, Service Médical de l'Assurance Maladie du Nord-Est et d'Alsace-Moselle

Pour mettre en évidence, dans chaque sous population, la proportion de patients ayant bénéficié d'un suivi médical idéal, l'indicateur qui permet de connaître pour chaque patient le nombre d'examens réalisés sur les 7 recommandés a été mis en classes. Ainsi, 19,7 % des patients nés en Europe de l'Ouest ont bénéficié de tous les examens annuels recommandés ;

c'est le cas de 18,8 % des patients nés en Europe de l'Est, 15,8 % des patients nés dans les pays du Maghreb, 19 % des patients nés dans un autre pays d'Afrique, 11,1 % des patients nés dans le continent asiatique et de 19,2 % des patients nés ailleurs (*tableau 4*).

Tableau 4. Répartition des patients selon le nombre d'examens réalisés
sur les 7 recommandés par sous populations

Nombre moyen d'examens réalisés sur Les 7 recommandés	Proportion de patients					
	Europe de l'Ouest	Europe de l'Est	Pays du Maghreb	Autres pays d'Afrique	Continent asiatique	Autres pays
0	3,4	3,7	4,6	6,8	4,6	4,2
1	5,4	6,7	7,0	6,8	4,2	5,6
2	11,4	13,5	13,8	14,5	12,9	10,2
3	15,8	15,0	15,9	11,3	16,7	15,5
4	15,1	15,4	16,2	18,1	16,2	15,3
5	10,2	8,9	7,5	9,9	14,3	9,9
6	18,9	17,8	19,0	13,6	19,9	20,0
7	19,7	18,8	15,8	19,0	11,1	19,2

Par ailleurs, exception faite des patients nés dans un autre pays d'Afrique, le suivi médical des sous populations apparaît significativement différent selon le type de traitement suivi. En effet, pour ces sous populations, comparé aux patients sous antidiabétique oral, le suivi médical des patients sous insuline, ou sous ADO et insuline, apparaît un peu plus en conformité avec les recommandations de bonne pratique. Ainsi, les patients sous ADO ont bénéficié en moyenne dans l'année d'environ 4 examens sur les 7 recommandés, alors que les patients sous insuline ou sous ADO/Insuline ont bénéficié en moyenne de près de 5 examens sur les 7 recommandés (*tableau 5*).

Tableau 5. Suivi médical des sous populations selon le type de traitement

Pays de naissance	Type de traitement	Nombre d'examens réalisés dans l'année sur les 7 recommandés
Europe de l'Ouest	ADO	4,2 (+/- 2,0)
	INS ou ADO/INS	4,9 (+/- 2,1)
Europe de l'Est	ADO	4,1 (+/- 2,0)
	INS ou ADO/INS	4,8 (+/- 2,1)
Pays du Maghreb	ADO	3,9 (+/- 2,0)
	INS ou ADO/INS	4,5 (+/- 2,2)
Autres pays d'Afrique	ADO	4,0 (+/- 2,1)
	INS ou ADO/INS	4,5 (+/- 2,5)
Continent asiatique	ADO	4,0 (+/- 1,9)
	INS ou ADO/INS	4,8 (+/- 2,0)
Autres pays	ADO	4,2 (+/- 2,0)
	INS ou ADO/INS	4,7 (+/- 2,1)

Source : Bases SIAM ERASME, Service Médical de l'Assurance Maladie du Nord-Est et d'Alsace-Moselle

PARTIE III

Etude qualitative des représentations du diabète et apports de l'interprétariat dans la relation interculturelle chez des patients maghrébins diabétiques de type 2 et chez des médecins généralistes

1. Matériel et méthode

1.1. Choix de l'étude qualitative

1.1.1. Aspect théorique de la méthode

1.1.1.1. La méthode qualitative

La méthodologie qualitative, issue à l'origine du domaine de la psychologie sociale, s'appuie sur un concept original qui introduit l'entretien en tant que technique de recherche à part entière.

La méthode qualitative est particulièrement appropriée pour l'étude des opinions, des comportements, et des pratiques individuelles chez les patients. Ce qui peut être difficilement appréciable avec l'étude quantitative, mais davantage approprié par l'étude qualitative, c'est l'exploration des histoires migratoires, du vécu de la maladie, des représentations sur la santé chez des patients qui n'auront que rarement une opinion tranchée sur leur santé (117). C'est également, par l'étude qualitative, explorer au cours d'une conversation d'égal à égal, les non-dits. C'est, dans la perspective d'entretiens avec des patients nécessitant l'aide d'un interprète, rendre compte d'un sentiment parfois incomplet de traduction, d'une dynamique inappropriée de la conversation où le patient, centre du sujet, passe paradoxalement au second plan et s'efface devant l'interprète. Dans cette optique, le choix de la méthode qualitative s'impose naturellement.

La méthode qualitative s'est imposée également chez les médecins où elle apparaît appropriée dans l'étude des opinions, des comportements et des pratiques. Elle permet de comprendre le point de vue des médecins interrogés, de révéler les systèmes de valeurs et les repères qui déterminent et orientent leurs conduites. Au travers de l'entretien transparaissent également tout le non-dit, le contenu implicite, le ressenti, qui par là même apportent des éléments de compréhension indispensables à l'analyse des difficultés éprouvées par les médecins face à la relation interculturelle, la barrière linguistique et l'interprétariat.

1.1.1.2. L'entretien semi-directif

L'entretien de recherche est « un entretien entre deux personnes, un interviewer et un interviewé, conduit et enregistré par l'interviewer ; ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche » (118).

On peut définir trois types d'entretien :

- L'entretien non directif : un thème est soumis à l'interviewé, qui a la possibilité de discourir librement sur le sujet. L'interviewer n'intervient que pour favoriser l'expression et encourager l'interviewé à préciser sa pensée, sans néanmoins perturber le contenu ou le déroulement de l'entretien.
- L'entretien directif : l'interviewer suit un guide d'entretien et pose des questions dans un ordre défini. Aucune place n'est laissée à l'expression spontanée. Ce type d'entretien se rapproche du questionnaire, mais délivré verbalement plutôt qu'à l'écrit.
- L'entretien semi-directif : il se situe entre les deux précédents. L'interviewer a préalablement construit un guide d'entretien, dans lequel sont listés les thèmes à aborder. Il s'agit d'une trame, et l'interviewer va laisser le sujet développer sa pensée librement autour du thème défini, en cadrant cependant le discours autour du guide d'entretien.

L'entretien individuel semi-directif se révèle une méthode de recherche qualitative particulièrement bien adaptée à notre recherche. Les entretiens permettent ainsi d'aborder les thèmes de notre recherche auprès des patients et des médecins, sous la forme d'une conversation. Les questions étant toujours ouvertes, les idées s'expriment autour de ces thèmes au fil de la discussion. Mais encore, les interviewés vont pouvoir s'exprimer sur des aspects de la relation interculturelle qui n'avaient initialement pas été envisagés et ainsi venir enrichir la réflexion.

L'ensemble des entretiens est présenté en Annexe A.

1.1.2. Maquettes d'entretiens

1.1.2.1. Entretiens avec les patients

- Le contrat de communication : au préalable de nos entretiens avec les patients, nous avons présenté et expliqué le motif et l'objet de notre recherche, si nécessaire retranscrits

dans la langue maternelle au patient par l'interprète qu'il a lui-même choisi. La recherche porte sur le vécu de patients diabétiques de type 2 issus du Maghreb au regard de leur maladie, de leur vécu migratoire, et de leur relation à l'obstacle linguistique. Nous expliquons également au patient, au regard du thème abordé, dans quelle mesure nous trouverions intéressant de bénéficier de son témoignage pour notre étude. On insiste également auprès du patient sur l'anonymat, sur le libre choix de répondre aux questions posées. Enfin, si l'entretien nécessite un interprète, celui-ci est soumis au même contrat de communication, et au secret médical. Son rôle de retranscription des questions et des réponses est expliqué. L'interprète est librement choisi par le patient interviewé.

- La consigne est identique pour tous les patients interviewés, elle suit l'exposé du contrat et marque le début de l'entretien. Elle est volontairement simple et invite le patient à parler de son diabète.
- Le guide d'entretien se développe autour de quatre thématiques principales :
 1. Les représentations du diabète, le vécu de la maladie.
 2. L'histoire migratoire et son influence sur le quotidien et la maladie.
 3. La relation soignante et le vécu de cette relation en présence d'un interprète.
 4. La maîtrise de la langue française.

1.1.2.2. Entretiens avec les médecins

- Le contrat de communication : Le thème de la prise en charge des patients diabétiques de type 2 d'origine maghrébine et de ses particularités est présenté au médecin avec la motivation suivante : s'intéresser aux aspects culturels de la prise en charge, et évoquer avec le médecin généraliste, les difficultés rencontrées dans la relation thérapeutique, en particulier les obstacles liés à la barrière linguistique, et le vécu de la relation soignante avec un interprète.
- La consigne débute l'entretien et est identique pour tous les médecins interviewés : « Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de vos patients diabétiques de type 2 d'origine étrangère, plus particulièrement les patients qui sont issus du Maghreb ? »
- Le guide d'entretien explore quatre thématiques principales :
 1. Les représentations du diabète et les aspects culturels de la prise en charge.
 2. Les représentations du patient maghrébin.
 3. La relation médecin-patient et l'influence de l'histoire migratoire sur le parcours thérapeutique.

4. Le vécu de la relation interculturelle, les difficultés liées à la barrière linguistique, le vécu lié à l'intervention d'un interprète, les avis sur un interprétariat professionnalisé.

1.2. Choix de la population ciblée

1.2.1. Caractéristiques des patients

1.2.1.1. Recrutement des patients

Le recrutement des patients a été réalisé avec un double enjeu. D'une part, il s'agissait de choisir des patients d'origine maghrébine atteints d'un diabète de type 2, nés au Maghreb et venus s'installer secondairement en France, après la socialisation primaire de l'enfance. Ces patients possèdent les éléments culturels et valeurs de leur société d'origine, y compris les représentations et pratiques liées à la santé et la maladie, ceux-là même dont nous envisageons l'étude. D'autre part, nous souhaitions recruter des patients dont le niveau de maîtrise de la langue française était variable, avec ou sans interprète, ceci afin d'explorer au maximum les différentes configurations d'entretiens et d'interactions qui pouvaient se produire en « situation réelle », et tenter d'approcher par l'analyse les processus d'acculturation.

Le recrutement des patients s'est fait par l'intermédiaire de médecins généralistes, par ailleurs interviewés pour notre étude. Cette méthode de recrutement a permis de créer une dynamique autour des thèmes abordés dans notre recherche, dans la mesure où les entretiens avec les médecins ont permis le recrutement de patients en prise directe avec les enjeux que nous avons définis. Les médecins ont proposé l'enquête aux patients, et les patients volontaires ont ensuite été contactés par téléphone pour convenir d'un rendez-vous.

Tous les patients contactés ont donné leur accord pour notre étude.

1.2.1.2. Présentation de l'échantillon

« Les méthodes qualitatives ont pour fonction de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer. » (119) Cela implique que la recherche de représentativité statistique n'a pas de sens dans la démarche qualitative.

Dans l'échantillon présenté, « la diversité des points de vue est recherchée, une idée exprimée une fois a autant de valeur que celle exprimée plusieurs fois. » (120)

Les enjeux étaient donc d'explorer différents types d'interactions au cours d'entretiens menés chez des patients présentant une maîtrise variable de la langue française, accompagnés ou non par des interprètes, dont la nature et le lien avec le patient était lui aussi varié. Les parcours migratoires et les processus d'acculturation sont eux aussi tout à fait singuliers.

Nous avons réalisé six entretiens auprès de cinq femmes et un homme âgés de 60 à 71 ans :

- Entretien avec Madame B : d'origine algérienne, cette patiente a une bonne maîtrise de la langue française, l'entretien s'est déroulé sans interprète. Elle est arrivée en France il y a trente ans avec son mari et ses enfants.
- Entretien avec Madame Be : d'origine marocaine, cette patiente a une maîtrise de la langue française qui lui permet de comprendre les messages simples, l'entretien s'est déroulé sans interprète, elle est arrivée en France avec son mari et ses enfants il y a 32 ans.
- Entretien avec Monsieur Z : d'origine algérienne, ce patient a une maîtrise de la langue française qui lui permet de comprendre les messages simples, l'entretien s'est déroulé sans interprète. Il est en France depuis 1962 où il a travaillé comme ouvrier. Il est actuellement retraité et vit avec sa femme et ses enfants qui l'ont suivi secondairement en France.
- Entretien avec Madame E : d'origine marocaine, il existe un obstacle linguistique en arabe, l'entretien s'est déroulé en présence d'une amie de longue date, voisine habitant le même quartier que la patiente, qui a tenu le rôle d'interprète. Elle vit en France depuis cinq ans, où elle a suivi son mari. Elle a un fils qui est resté au Maroc.
- Entretien avec Madame M : d'origine marocaine, il existe un obstacle linguistique en arabe, l'entretien s'est déroulé en présence de son époux, qui tient le rôle d'interprète. Elle est en France depuis 1996, où elle a suivi son mari arrivé en France en 1970. Elle a trois enfants avec elle en France, et trois enfants restés au Maroc.
- Entretien avec Madame G : d'origine marocaine, il existe un obstacle linguistique en arabe, et c'est sa fille qui tient le rôle d'interprète. Elle fait régulièrement des allers-retours entre la France et le Maroc où son fils vit. Elle est veuve.

1.2.2. Caractéristiques des médecins généralistes

1.2.2.1. Recrutement des médecins généralistes

Le recrutement des médecins n'a pas été réalisé au hasard. L'objectif était en effet de choisir des médecins dont la caractéristique principale était une activité médicale en milieu interculturel, comptant donc parmi leurs patients des patients d'origine maghrébine, suivis pour un diabète de type 2, et confrontés dans leur pratique quotidienne à la barrière linguistique et au recours à l'interprétariat.

Les médecins généralistes ont été contactés principalement par téléphone. Nous nous présentions et expliquions succinctement l'objet de l'étude ainsi que la méthode de recherche par des entretiens enregistrés et anonymes.

Après ce premier contact, tous les médecins ont donné une suite favorable.

1.2.2.2. Présentation de l'échantillon

Sept médecins généralistes ont été interviewés parmi lesquels quatre hommes : Les Docteurs C, D, E et G ; et trois femmes, les Docteurs A, B, et F. L'ensemble de ces médecins est installé depuis plus de vingt ans, à l'exception du Docteur D qui est installé depuis moins de dix ans. Cinq médecins sont installés seuls, seuls deux médecins, les Docteurs B et D, exercent en association.

Les sept médecins interrogés exercent en milieu urbain à proximité de grands ensembles, en banlieue proche de grandes agglomérations.

1.3. L'analyse des données

Sur le plan technique, un dictaphone numérique a été utilisé pour l'enregistrement des entretiens. Ceux-ci ont duré de quinze à trente-cinq minutes.

Chaque entretien a été retranscrit mot à mot en toute objectivité. Les hésitations ; les expressions tels que les soupirs, les rires, les sourires ; les postures adoptées ont été

retranscrites, de même que les échanges non verbaux entre l'interviewé et son interprète, ou les apartés qui ont pu avoir lieu entre eux.

En première lecture de ces entretiens, les principaux thèmes d'étude préalablement définis ont été identifiés et codifiés dans le texte selon une grille d'analyse. En deuxième lecture, nous avons procédé à la lumière de cette grille thématique à un découpage systématique du texte sous la forme d'une analyse thématique verticale, permettant d'identifier différents sous-thèmes.

Enfin, l'organisation ainsi faite de l'ensemble des idées exprimées sur les thèmes abordés à permis d'établir une analyse plus transversale, recherchant une cohérence thématique inter-entretiens.

2. Résultats de l'étude

2.1. Résultats des entretiens menés auprès des patients

2.1.1. Les représentations du diabète

Ce que l'on retient en premier lieu, à l'issue des entretiens menés auprès des patients, ce sont des variations de compréhension du diagnostic aux implications du diabète, selon le niveau d'acculturation des patients, et la maîtrise de la langue française.

Les résultats et l'analyse qui va suivre sont mis en miroir avec le niveau d'acculturation des patients, afin de tenter de cerner, dans les conditions d'annonce du diagnostic, les failles liées à l'obstacle de la langue ou à la traduction par un tiers.

L'acculturation désigne l'interaction entre deux cultures par intégration ou reformulation d'éléments étrangers. Elle pourra correspondre à l'assimilation, l'intégration, la séparation, la ségrégation, la marginalisation. Les changements liés à cette acculturation peuvent être physiques (vêtements, habitats...), biologiques (alimentation, maladie...), économiques (travail...), éducatifs, politiques, sociaux, psychologiques et idéologiques (62).

2.1.1.1. Le vécu de l'annonce du diagnostic

➤ Une annonce vécue comme brutale

Le diagnostic de diabète a été posé en France pour cinq patients, une seule patiente, Madame G, a été diagnostiquée dans son pays d'origine le Maroc.

Pour la quasi-totalité des patients, le diabète a été découvert alors que ceux-ci étaient asymptomatiques.

Mme E	La question de l'annonce du diabète a été traduite à Mme E par son amie, Mme E répond en français : « <i>Ça fait pas longtemps le diabète</i> »
Mme M	Pour cette patiente, c'est le mari qui a répondu à la question sur l'annonce du diabète, celui-ci accompagne systématiquement son épouse chez le médecin. <i>Mr M : Non, y'a pas de maladie, c'est elle, c'est la dame (le médecin traitant de la patiente) qui dit, parce qu'elle a passé la prise de sang... Elle a dit le sang, ça commence euh... diabète. Autrement jamais malade, y'a pas de problème.</i> (pendant cette réponse Mme M regarde l'interviewer tout en acquiesçant à la réponse de son mari et en me souriant)

Dans le cas de Madame B, le bilan biologique confirmant le diabète a été motivé par une asthénie et des sensations vertigineuses. Chez cette patiente, intégrée en France, possédant une bonne maîtrise de la langue française, diabétique équilibrée par le régime seul depuis quatre ans, la compréhension de l'histoire naturelle de sa maladie apparaît incomplète.

Mme B	<i>(ça a été découvert) avec des vertiges ... C'est la fatigue (...).Donc euh... C'est arrivé comme ça, je le savais pas moi. Et puis, d'un seul coup j'ai fait les analyses... Et puis, on m'a dit... euh ... que « vous avez le diabète ! » Moi je le savais pas, j'ai découvert comme ça d'un seul coup.</i>
-------	---

Pour un autre patient, Monsieur Z, le diabète est découvert suite à une baisse de l'acuité visuelle en rapport vraisemblable avec une complication ophtalmologique d'un diabète et d'une hypertension artérielle qui ont été diagnostiqués en hospitalisation.

Mr Z	<i>C'est le docteur qui me l'a dit, c'est-à-dire, il a dit « vous avez du diabète »</i>
------	---

	<i>euh... Du sucre... Et puis... La tension, celle-là en même temps, ben y'a plusieurs trucs quoi ! (...) Ils ont tiré le sang comme ça, ils ont dit y'a du sucre trop, et ben tu bois toujours le (marque de boisson sucrée gazeuse), du machin comme ça. Et ben ça monte tout de suite ...</i>
--	--

Pour ce patient suivi depuis six ans pour son diabète, le diagnostic a été établi suite à une hospitalisation en urgence pour baisse d'acuité visuelle. Cependant, le patient ne semble pas rattacher la complication ophtalmologique à un diabète et/ou une hypertension évolutifs comme nous le verrons au fil de l'entretien.

Mr Z	<i>Une fois y'a longtemps de ça, j'ai parti en Algérie, là bas aussi, je n'sais pas, j'ai bu le (boisson sucrée gazeuse), les machins comme ça... Pi après quand j'arrive ici, j'avais mal aux yeux, alors j'ai été à l'hôpital, et ben j'ai resté au moins quinze jours là bas.</i>
------	--

Un peu plus loin dans l'entretien avec Mr Z, nous abordons avec lui le suivi de son diabète :

Mr Z	<i>Pour le diabète, vous avez dû aller à l'hôpital ? Ah non. J'ai pas été pour le diabète. J'ai été pour les yeux, d'accord. Le cœur. Et... quand c'est trop malade, voilà.</i>
------	---

En dépit de niveaux de compréhension de la langue française variables chez nos patients, l'annonce du diabète, maladie silencieuse au moment du diagnostic dans la majorité des cas, est vécue comme brutale. L'histoire naturelle du diabète ne transparaît pas dans les explications qui ont pu être données au moment du diagnostic. L'annonce de la maladie par le médecin entraîne une prise de conscience, mais incomplète puisque les implications de la maladie n'ont souvent pas été intégrées, et ce, nous allons le voir, d'autant plus que la barrière linguistique est importante.

➤ Compréhension du diagnostic de diabète

L'annonce du diagnostic ayant eu lieu quelques années auparavant, le récit des sentiments au moment du diagnostic, aussi bien que l'intégration et les représentations qui en sont faites sont remodelées par le vécu personnel et social, ainsi que par les entretiens successifs avec les médecins et partenaires de santé.

L'implication du diagnostic de diabète sur le suivi thérapeutique a pu être mal comprise. Cela semble être le cas chez Madame E. Madame E est arrivée il y a cinq ans en France et le diagnostic de diabète est également récent, elle fait régulièrement des allers-retours au Maroc. Elle possède un bagage linguistique faible en français, elle est systématiquement accompagnée à la consultation de médecine générale par son amie et voisine qui est elle-même diabétique. Le diagnostic de diabète et la nécessité d'un traitement suivi au quotidien ne semblent pas intégrés.

Mme E	<i>Ça fait pas longtemps le diabète</i> Et les médicaments que vous prenez pour le diabète ? <i>Oui... c'est, c'est bien, le matin, l'après-midi, le soir, ça va... Seulement quand je pars au Maroc, y'a pas de médicaments, ça y est, fini, je sens plus rien.</i>
-------	---

Dans le cas de Madame M, arrivée il y a quinze ans en France, diabétique depuis six ans, accompagnée par son mari qui tient le rôle d'interprète, il faut souligner que la patiente est assez en retrait. Il existe une barrière linguistique en arabe. C'est son mari qui est souvent à l'initiative des réponses et l'intéressée confirme les réponses de l'époux. Là encore, le diagnostic de diabète annoncé est partiellement intégré, puisque l'époux qui tient un rôle crucial d'intermédiaire dans la relation thérapeutique entre son épouse et le médecin, ne considère pas que son épouse soit effectivement malade au sens où elle ne présente pas de symptômes directement liés au diabète.

Mme M	Mr M pour Mme M : <i>Non, non, non, ça va ! Il est pas malade. Si tu veux... Parce que le diabète, ça se voit, le diabète ? C'est... Je connais moi des gens qui ont du diabète, qui fait dix piqûres par jour, il fait des ça par jour. Pourquoi ? Il faut faire attention pour qu'il arrive pas ça (...) Ah ça va, elle est en bonne santé, il s'débrouille bien</i>
-------	--

Monsieur Z qui est arrivé en France en 1970 et dont le diabète a été diagnostiqué il y a six ans, comprend effectivement le caractère chronique de sa maladie. Il maîtrise la langue française pour la compréhension de messages simples.

Mr Z	<i>Ben le docteur il m'a dit ça vient du sang... Quand tu fais pas attention le diabète il vient ! Quand tu fais pas attention le premier coup, pi une fois que c'est parti, c'est parti, c'est toujours là quoi. Même s'il est diminué, il est toujours pas guéri.</i>
------	---

Madame Be, arrivée en France depuis 32 ans, a une bonne compréhension de la langue française pour les messages simples. Elle semble avoir bien compris le diagnostic et les implications thérapeutiques de sa maladie. Elle tient d'ailleurs elle-même le rôle d'interprète pour son amie diabétique. Elle est équilibrée avec le traitement antidiabétique oral.

Mme Be	<i>Ça fait cinq ans que je soigne tous les jours, je prends des médicaments.</i>
--------	--

Dans le cas de Madame G, la langue française n'est pas maîtrisée en dehors de quelques mots de vocabulaire. Le diagnostic de diabète a été fait il y a huit ans au Maroc. Initialement, elle a suivi un traitement par antidiabétiques oraux au Maroc, puis a été mise sous insuline récemment lors de son dernier retour en France. Elle y vit actuellement avec sa fille, et c'est avec sa fille qu'elle se rend systématiquement chez le médecin. Dès le début de l'entretien, les implications thérapeutiques de son diabète semblent bien comprises, et nous allons les analyser par ailleurs.

Madame B possède une bonne maîtrise de la langue française, elle est intégrée en France et nous notons qu'elle est la seule femme maghrébine interviewée portant des vêtements de type occidental, les autres femmes interrogées portant le vêtement traditionnel, la djellaba. Chez elle, le diagnostic de diabète et ses implications thérapeutiques semblent bien compris. Elle est équilibrée par le régime seul depuis trois ans.

Mme B	<i>C'est le diabète-vieillesse quoi... mais là, j'équilibre, tout, je fais attention au sucre, aux graisses... ça a l'air d'aller quoi...</i> <i>Vous ne prenez pas de médicaments ?</i> <i>Ah non, non, non, j'ai pas envie de prendre de médicaments je fais tout mon possible pour...</i>
-------	--

2.1.1.2. Les représentations étiologiques du diabète

Le diabète présente dans la plupart des cas une origine plurifactorielle. Nous avons pu remarquer que ces représentations étiologiques du diabète n'étaient pas nécessairement reliées au degré d'acculturation des patients. En revanche, nous avons remarqué que la mise en avant des facteurs héréditaires et surtout environnementaux (alimentation, mode de vie) étaient d'autant plus mis en avant comme causes du diabète que les patients maîtrisent la langue française.

- Le stress, le choc émotionnel : la plupart des patients ont cité cet élément comme l'une des causes ou facteurs déclenchants possibles de leur diabète. Seule Madame G, seule patiente chez qui le diagnostic a été fait au Maroc, le pose en facteur étiologique exclusif.

Mme G	Pour vous, comment c'est venu le diabète ? La fille de madame G traduit la question à sa mère, madame G répond en arabe, et sa fille traduit la réponse. <i>Fille : Ah, c'est le choc ! Oui, c'est le choc, c'est un choc. C'est les nerfs qui ont lâché... Donc elle a en fait deux chocs. Le premier, y'a un de la famille qui est venu lui dire « Debout ! Debout ! Ton fils il a un accident ! » Donc ma mère elle est en train de trembler, elle est sortie, elle a attrapé le sucre. Tu vois, elle a attrapé le diabète. Et elle, c'est ça le premier choc. Pour elle... Et le deuxième choc, je crois que le mariage de son fils qui n'était pas bien passé...</i> Mme G regarde attentivement sa fille pendant la traduction et finit par dire : <i>Voilà c'est pour ça !</i>
Mme B	<i>Moi je me suis dit peut-être c'est le stress... C'est ce que je me dis toujours... parce que, comme ma fille elle est diabétique à 19 ans, avant moi... Donc le diabète il a déclenché quand elle a ... Elle a pas eu son bac, elle a pas eu son bac (...) Et ben moi, c'est la même chose... Stressée euh... Je suis trop inquiète pour mes gosses, je suis tout le temps derrière eux tout ça, après je me suis dit peut-être c'est héréditaire...</i>
Mme Be	<i>(le diabète) c'est pire si y'a les soucis.</i>

Mr Z	<i>C'est quand t'as pas de soucis, quand tu penses pas beaucoup trop sur les choses, ça diminuait un petit peu, sitôt que tu commences un petit peu énervé, ça monte, euh... Si tu te mets en colère, tu parles de choses qui sont plus graves, ça monte... C'est ça.</i>
------	---

➤ Les facteurs héréditaires.

Mme B	<i>Je sais pas si c'est héréditaire... Mon père l'avait déjà (...) Je me suis dit peut-être c'est héréditaire... Mais comme moi mon père il a eu euh en vieillesse.</i>
-------	---

Mme M	A Madame M : Pour vous, ça vient comment le diabète ? Traduction de Monsieur M à Madame M en arabe Madame M répond en arabe et son mari traduit au fur et à mesure. Monsieur M : <i>sa mère a aussi eu du diabète, y'a ses sœurs, et un frère aussi.</i>
-------	--

- Les facteurs environnementaux, l'alimentation : le rôle de l'alimentation sucrée est cité par deux patients, Monsieur Z, et Madame M. Mais il existe parfois des réserves sur le rôle de l'alimentation sucrée dans le discours. Par exemple, le mari de Madame M parlera de son père qui consommerait beaucoup de sucre mais qui serait indemne de diabète. Par contre, Monsieur Z incrimine l'alimentation trop riche en sucres et en graisses de façon certaine.

Mr Z	<i>A mon avis, ça vient du... C'est... Du machin, du sang... De... Du sang qui fait trop... gras, ou comment on appelle ça ? Euh oui... C'est ça, c'est du gras. Ben il faut pas manger des choses trop gras. La viande euh... Du... Ou sinon des choses euh... C'est pas le... sucre euh, le truc euh trop dur. Ça, ça fait durcir l'estomac, l'estomac ça marche pas, ça marche pas l'estomac, ça va plus vite quoi...</i> Oui... <i>Ben si tu fais attention le sucre euh, ben tu seras tranquille quoi...</i>
------	--

Mme M	<i>Mr M : Seulement le sucre, c'est pas bon ? Le sucre, c'est pas bon. Dans le thé, c'est pas bon aussi ?</i> Non, c'est pas bon non plus ! Mme M nous a servi un thé, je la remercie. Mme M parle en arabe à son mari, elle lui propose du thé. <i>Mr M : Alors moi, je bois beaucoup le thé sucré, elle, elle boit pas sucré !</i> A Mme M : Alors vous ne le buvez pas sucré ? (la patiente acquiesce en souriant à l'interviewer) (...) <i>Mr M : moi dans ma famille, y'a pas (de diabète), dans la famille, la nôtre, non, non (...) dans ma famille, il y a toute ma famille, nous, on mange le sucre. Alors mon père, il boit beaucoup de thé. Ça fait soixante kilos par euh, beaucoup, beaucoup de thé, sucré.</i>
-------	---

- La fatalité ou *Mektoub* : « c'est écrit », tel peut être traduit littéralement l'expression arabe *Mektoub*, induisant l'idée de destin tracé dès la naissance et impliquant la notion de fatalité. Madame G cite le *Mektoub* non comme la cause de son diabète, mais peut-être pour exprimer l'idée de fatalité : son diabète est dû à un choc émotionnel, cela a été écrit par Dieu. Cette volonté de Dieu ne peut faire pour elle l'objet d'une colère ou d'une tristesse. Elle vient plutôt en explication d'un événement que l'on ne comprend pas mais qui permet son acceptation.

Mme G	<i>C'est Mektoub</i> Madame G continue à parler en arabe, puis sa fille traduit <i>Fille : C'est une croyante, alors elle dit tout ce qui vient de Dieu euh...</i> <i>Mais... Parfois elle va s'énerver ! Ben de temps en temps elle va s'énerver ! (Rires entre Mme G et sa fille)</i>
-------	---

- La migration : Madame E évoque la migration en France comme possible facteur déclenchant de son diabète. Elle y a suivi son mari pour raison de santé, mais a laissé une partie de sa famille au Maroc.

Mme E	Pour vous d'où vient (votre diabète) ? La question est traduite en arabe à Mme E par son amie qui tient le rôle d'interprète Madame E répond en arabe, et son amie traduit
-------	---

	<i>Amie : elle a dit qu'elle a dû venir en France, elle a dû être opérée trois fois.</i> <i>Mme E : J'ai été opérée trois fois.</i> Vous pensez que le diabète est dû à vos opérations ? <i>Amie : Ah non ! C'est le sucre. Je crois que ça vient du sang.</i> Demandez à Madame E. La question est traduite à Mme E par son amie. Mme E répond en français. <i>Mme E : ça fait pas longtemps le diabète, c'est de rester en France, mon fils resté au Maroc, je sais pas, je sais pas pourquoi c'est venu.</i>
--	--

- Des facteurs de vulnérabilité individuels : le diabète gestationnel. Madame Be évoque un passé de diabète gestationnel lors de ses dernières grossesses, et le cite comme facteur de vulnérabilité à la survenue d'un diabète sur un mode chronique.

Mme Be	<i>Oui, j'ai eu avant le problème (de diabète) avec la grossesse, avec mes enfants, mais bon c'est quand j'étais enceinte, c'était avec les enfants... Et puis ça fait cinq ans que je soigne tous les jours.</i>
--------	--

2.1.1.3. Les représentations sur le diabète et sa prise en charge

- Les diabètes :

Les patients évoquent de façon très personnelle leur notion du diabète, et leur façon de le vivre au quotidien. Ainsi, nous avons vu que le diabète de Madame M étant asymptomatique, son mari et elle-même ne la considèrent pas comme malade. Le diabète est une maladie où « on n'est pas malade ». Monsieur M, Monsieur Z et Madame B soumettent la notion de diabètes plus ou moins graves. Madame B qui possède la maîtrise linguistique la plus avancée de notre échantillon a également la notion de diabète de type 2, diabète de la maturité. Madame B est marquée par la gravité du diabète de son père qui a dû subir une amputation de membre, et pour lequel elle s'est dévouée.

Mme M	Mr M parle pour sa femme, Mme M regarde son mari parler en acquiesçant. <i>Mr M : Non, non, non, ça va ! Il est pas malade. Si tu veux... Parce que le diabète, ça se voit, le diabète ? C'est... Je connais moi des gens qui ont du diabète, qui fait dix piqûres par jour, il fait des ça par jour.</i>
-------	---

Mr Z	<i>Presque tout le monde il est touché par le diabète, mais y'en a qui sont plus, y'en a qui sont moins.</i>
------	---

Mme B	Dans votre famille, il y a des cas de diabètes ? <i>Oui... Mon père, c'est tout... Il y avait que mon père qui l'avait...</i> <i>Oui...</i> <i>Et lui, il l'a eu tard en plus, il avait 66 ans... Mais, c'était un diabète euh...</i> <i>Grave quoi...</i> <i>C'est-à-dire ?</i> <i>On a vécu vraiment... Ben après il a eu la gangrène... Au pied... Il a eu le pied coupé euh... C'était... Un désastre quoi... (Silence)... Hein...</i> <i>(...) Quand son pied il a été coupé, quand il a été hospitalisé euh... On est cinq sœurs, et c'est moi la seule qui est restée avec lui quand il était à l'hôpital, je suis restée pendant quatre mois euh matin, midi, soir, la nuit euh... C'est moi qui m'occupais de lui à l'hôpital... Oui jusqu'à... Qu'il est mort... (Silence)... Donc euh voilà... Lui il a pas accepté que son pied il a été coupé c'était pire... C'est là qu'il veut plus rien vivre quoi...</i> <i>(...) Mais comme moi mon père il a eu euh... en vieillesse, donc c'est le diabète-vieillesse quoi...</i>
-------	---

Chez la plupart des patients, le diabète est effectivement symptomatique. Les symptômes sont de l'ordre du malaise général, un mal-être lié à la situation de malade chronique, difficile à vivre au quotidien. Tel est le cas chez Monsieur Z.

Mr Z	<i>Qu'est ce qu'il y a sinon, la tête ça tourne un petit peu, si je fais faire les machins trop, trop vite, comme ça, si j'ai la tête trop vite, ça commence à me tourner quoi, ou sinon, ça va, euh, pour l'instant...</i>
------	--

Madame E, qui possède un vocabulaire restreint en français, exprime ce mal-être général en évoquant le diabète par le geste de baisser les bras, traduisant probablement l’asthénie liée à son diabète.

Les signes cardinaux du diabète ne sont cités que par Madame B lorsqu’elle évoque le diabète de type 1 de sa fille, mais les symptômes généraux sont également cités dans son cas.

Mme B	<i>Ça a été découvert avec des vertiges, euh... Oui, des vertiges... C’est la fatigue. (...) Euh elle (ma fille) elle maigrissait, euh, elle était pas bien euh... Tout le temps allongée, fatiguée (...) les vomissements (...) Elle buvait beaucoup d’eau.</i>
-------	--

Les complications ne sont citées que par Madame B évoquant les complications macroangiopathiques subies par son père, et par Madame G dont le diabète a été diagnostiqué et suivi en partie au Maroc. Nous avons vu que Monsieur Z ne relie pas son problème ophtalmologique à son diabète.

Mme G	Mme G parle en arabe et sa fille traduit : <i>Fille : Et elle a dit, y’a la vue. Elle a commencé à perdre la vue un petit peu, ils l’ont emmenée, le laser, les deux yeux. Avec ça, ça améliore un petit peu.</i>
-------	--

➤ Le régime diabétique et l’activité physique :

Le régime diabétique est bien compris dans les grandes lignes par l’ensemble des patients interrogés. Cependant, on peut noter des différences dans la compréhension plus précise du régime et dans la part active que les patients prennent dans le suivi du régime selon la maîtrise de la langue, et le fait d’être accompagné d’un interprète.

Seule Madame Be mentionne l’activité physique comme faisant partie des mesures d’équilibre du diabète.

Le régime diabétique est bien intégré en particulier par Madame B et Madame Be. On peut noter que Madame B décrit de la façon la plus précise les principes au quotidien de son régime, elle semble également active et à l’initiative du suivi de son régime. Il en est de même

pour Madame Be qui semble avoir bien intégré les principes du régime et l'importance de l'activité physique, mais il existe un manque de mots qui fait que l'exposé reste succinct.

Monsieur Z a également compris les principes du régime diabétique, cependant il citera le régime diabétique après les médicaments. On peut souligner chez lui l'aspect contraignant du régime utilisant souvent l'expression « faire attention ».

Chez Madame G, c'est sa fille qui prend l'initiative de la réponse, madame G acquiesçant et montrant qu'elle a saisi les principes du régime dans les grandes lignes. Elle apparaît en retrait par rapport à sa fille.

L'alimentation trop riche en graisses n'est cependant pas mentionnée chez Madame E, et Madame M. Concernant Madame M, son mari n'en fait pas mention en tout cas, et la patiente est très en retrait, passive, son mari prenant l'initiative de quasiment toutes les réponses, puisqu'il traduit ensuite à sa femme ce qui a été dit. Par ailleurs, l'entretien commence par une question de Monsieur M qui souhaite avoir un rappel sur les aliments sucrés à éviter, en particulier les fruits, révélant une compréhension incomplète des principes du régime, voire des erreurs de compréhension et des malentendus comme nous allons le voir.

Mme B	<i>J'équilibre, tout, je fais attention au sucre, aux graisses... ça a l'air d'aller quoi...</i> Pour vous, ce qui détermine l'équilibre c'est le régime <i>Ah oui ! C'est la nourriture, il faut faire attention, oui, oui, il faut faire attention... Le sucre, je tourne pas avec, les gâteaux je mange plus comme avant, de temps en temps... Quand j'ai envie de manger comme ça de temps en temps un petit gâteau arabe comme ça au miel... Et puis euh... le sel je fais attention aussi... Je fais attention à ce que je ... Je prends du beurre qui n'est pas, qui n'est pas trop gras à 45%. Je fais attention quand je vais faire les courses (...) Euh... Qu'est-ce que c'est encore, euh... Les légumes, les légumes je mange, je mange beaucoup de légumes, je fais à la vapeur pour moi et... Voilà quoi.</i>
Mme Be	C'est quoi qui déséquilibre le diabète pour vous ? <i>Ça dépend... Ce que j'ai mangé aussi... Ce que je mange. (...) Parce que moi j'essaie de pas trop manger ce qui est sucré ou bien où il y a du gras (...)</i> Donc ça vous savez, ce n'est pas bon pour le diabète.

	<i>Et quand je bouge pas aussi.</i>
Mme G	<i>Fille : Euh le diabète, c'est chronique. Il faut le régime. Il faut le régime et le poids, c'est très important !</i> <i>Est-ce qu'elle est d'accord ?</i> <i>Fille : Oui, oui, oui, elle est d'accord.</i> <i>Mme G : Oui, il faut le régime.</i> <i>Demandez-lui si elle arrive à limiter le sucre, les...</i> <i>Fille : Pas le sucre oui, comment s'appelle... Les, les sucrées...</i> <i>Oui...</i> <i>Fille : Oui...</i> <i>Mme G : Non, je fais attention, là... Je mange pas les gâteaux...</i>
Mr Z	<i>Ben si tu fais attention le sucre euh, ben tu seras tranquille quoi ...</i> <i>Vous avez des médicaments pour diminuer le diabète. Qu'est-ce que vous faites d'autre pour faire attention au diabète ?</i> <i>Y'a que ça, y'a que ça pour l'instant (...) Ben qu'est ce qu'il m'a dit le docteur, le docteur euh... Comme je t'ai dit euh il faut pas manger des trucs trop gras, euh, la viande, euh trop gras quoi... Ben parce que là, ça vient beaucoup plus, le sucre ça monte tout de suite (...) Oui, il faut faire attention. Si tu fais pas attention... Si tu dis à manger, à boire, il faut faire attention. Même le café le matin, il faut faire attention. On peut boire un café ou deux, y'en a assez. Si tu bois cinquante cafés...</i> <i>C'est votre femme qui fait à manger ? Elle fait moins sucré ?</i> <i>Oh moins sucré, pas beaucoup de sucre, le sel aussi il faut diminuer un petit peu. Faut pas faire beaucoup de sel, faut pas faire le sucre. Les gâteaux déjà presque plus. Les bonbons, les machins euh...</i> <i>Ça vous évitez...</i> <i>Voilà, il faut toujours faire attention. Si tu fais pas attention euh... Là tout de suite il revient, il monte euh...</i>
Mme M	<i>Mr M : Juste pour moi, on vous demande... C'est quoi qu'on mange ici ?</i> <i>Quand vous avez un diabète, on mange quoi sur le...ce... Comment dire, sur euh les fruits ? Des desserts... Comme les bananes, comme les pommes... ça on le mange ça, y'a pas de sucre là ?</i> <i>C'est sucré oui. C'est sucré quand même (...)</i> <i>Mr M : Même les pommes ?</i>

	Les pommes aussi. (...) <i>Mr M : Ah oui ! Ah c'est tous les fruits, y'a le sucre quand même ?</i> (...) Monsieur M traduit à sa femme en arabe ce qui vient d'être dit. <i>Mr M : Ah ben parce que, elle, elle mange beaucoup des fruits hein ! C'est pas... Mais il faut faire attention alors, il faut pas manger beaucoup de fruits. Oui c'est ça, il faut pas manger beaucoup de desserts, beaucoup de... Voilà...(.) Si tu veux manger les choses, mange moins. Et tu manges sans le sucre. Parce que elle des fois, il aime bien, elle mange, il veut manger tout !</i> Mme M rit en nous regardant à ce que vient de dire son mari.
--	---

Ainsi, on note une importante différence dans la compréhension du régime et dans l'implication du patient dans le suivi du régime diabétique, selon la maîtrise de la langue et la présence d'un interprète. L'obstacle linguistique conduit à une présentation basique du régime diabétique, mais aussi parfois, à des malentendus, voire des non-sens diététiques.

- Implication dans le suivi du diabète : les rythmes de surveillance, en particulier le suivi biologique, sont plus ou moins bien maîtrisés par les patients. C'est encore une fois les différences de niveau de compréhension du français qui constituent l'élément discriminant. Par ailleurs, on remarque que la prise en charge à 100% est un élément favorable, cité par les patients, qui facilite le suivi.

Mme B	<i>Ah ben le suivi, moi j'ai pas de problème parce que je suis à 100%, c'est bon. J'ai pas de traitement puisque je suis équilibrée, j'essaie d'être équilibrée...Des choses, des fois quand j'ai le vertige ou je suis fatiguée ou une grippe ou des trucs comme ça, sinon... Le médecin je l'embête pas trop quoi ! A part des petits trucs euh... ben oui euh... les analyses tous les trois mois euh... pour savoir comment il est mon diabète</i>
-------	---

Mme Be	<i>Je fais la prise de sang tous les ... deux mois.</i> Oui... <i>Ben je pique comme ça (montre son doigt pour mimer la réalisation de la glycémie capillaire) tous les matins et si je suis pas bien et tout, je pique comme ça aussi... chaque fois...</i>
--------	---

Au service de Madame G, le suivi est attentif et pluridisciplinaire, assuré par sa fille, l'infirmière et le médecin généraliste. La patiente apparaît ainsi très encadrée dans sa prise en charge.

Mme G	C'est le docteur qui vous suit ici. Vous allez régulièrement ? <i>C'est tous les mois pour aller chercher les médicaments, et l'infirmière, elle vient trois fois par jour.</i>
-------	---

Chez Monsieur Z, on peut remarquer un suivi attentif médicamenteux et biologique, et il ressort l'impression d'une certaine passivité, le patient se pliant sans discussion aux consignes du médecin. Le rythme de suivi n'est pas activement intégré probablement par le patient.

Mr Z	<i>Ah j'ai équilibré maintenant c'est bon, docteur il me voit tous les mois, si j'ai quelque chose qui va pas, je vais toujours le voir. Non pour l'instant ça va, il tire le sang, mettons tous les mois-quinze jours, il tire les machins de prise de sang pour voir au juste euh... si ça va. (...)</i> Pour vous, qu'est-ce qu'il faudrait pour bien prendre en charge le diabète ? Pour que vous compreniez encore mieux le traitement, le régime ? <i>Ben je sais pas, parce que... Docteur il m'a passé déjà à 100% pour le, pour le diabète. Y'a deux choses, y'a le diabète, et puis encore euh... Je me rappelle plus...</i> Pour le cœur ? <i>Mr Z : Pour le cœur voilà ! Voilà, y'a le cœur, et puis le diabète, il m'a fait 100%, voilà, après le reste euh je... Je sais pas.</i>
------	---

Mme M	Les prises de sang, vous faites quand ? <i>Mr M : C'est tous les six mois, elle fait en juin, après on part.</i>
-------	--

2.1.1.4. Les implications sociales du diabète

➤ Le sentiment d'exclusion :

Madame B exprime son sentiment d'exclusion qu'impliquent les principes stricts du régime diabétique.

Mme B	<i>Je fais attention quand je vais faire les courses quoi... Chez moi, ils veulent pas manger ce que je mange moi mais... Tout le monde me dispute, « tu nous ramènes ça, tu nous ramènes ça », moi j'aimerais bien que tout le monde mange (comme moi), mais ils veulent pas (...) Les légumes je mange, je mange beaucoup de légumes, je fais à la vapeur... pour moi, et... voilà quoi.</i>
-------	---

➤ Le sentiment d'anormalité :

Monsieur M rapporte les sentiments de la famille vis-à-vis du diabète de Madame M, marqués par l'incompréhension.

Mme M	Quand vous rentrez au Maroc, vous voyez la famille ? <i>Mme M : oui !</i> <i>Mr M : Ah ben oui ! Y'a plein de choses, y'a le sucre, y'a...</i> A Madame M : Vous arrivez à dire non ? (aux invitations à manger des choses sucrées) <i>Mr M : Là ça fait trois ans, elle dit « je peux pas manger trop », alors ils la regardent, ils disent « c'est bizarre ».</i> <i>Mme M : Oui.</i>
-------	---

➤ Implications et répercussions du diabète sur l'avenir :

Chez la majorité de nos patients, le caractère définitif de leur maladie et la notion de chronicité semblent acquis. Nous avons vu que Madame E exprime clairement un doute sur

cet aspect chronique et inéluctable du diabète, expliquant qu'elle suspend son traitement antidiabétique oral lorsqu'elle retourne au Maroc où elle dit ne plus se sentir malade.

Monsieur Z explique dans quelle mesure son diabète entraîne pour lui une perte de liberté, dans le sens où certains projets sont suspendus, du fait des incertitudes liées à l'évolution aléatoire de sa maladie. Cette perte de liberté se ressent dans sa manière de présenter sa prise en charge par le médecin, relation que l'on pourrait définir comme une relation de « Direction-Coopération » selon le modèle de Szaez et Hollander. (Annexe B)

Mr Z	<i>Bon alors euh... Pff (souple). J'suis obligé de rester là parce que les traitements... Il (le docteur) me donne les traitements, bon... ça m'allait bien comme ça, bon, pour l'instant ça va la santé, ça tourne bien... Qu'est-ce qu'il y a sinon, la tête ça tourne un petit peu, si je fais faire les machins trop, trop vite, comme ça, si j'ai la tête trop vite, ça commence à me tourner quoi, ou sinon, ça va, euh, pour l'instant...</i> Vous surveillez le diabète avec les piqûres ? (Mime sur l'index de la réalisation d'une glycémie capillaire) <i>Les piqûres ? Non. C'est-à-dire, non. Parce qu'il m'a donné des traitements, des traitements qui... Y'a cinq cachets par jour, euh trois cachets par jour... du, du sucre... Y'a... la tension, le, y'a le machin pour la goutte aussi, en même temps y'avais le problème de goutte aussi...</i> <i>Euh... ben y'a que ça pour l'instant, donc euh...</i>
------	--

Pour Madame B, on retrouve d'après ce même modèle, un contrôle et une autonomie vis-à-vis de la maladie, une relation avec le médecin que l'on peut qualifier de « participation mutuelle ». Elle garde une maîtrise qu'elle sait relative sur sa maladie, en tentant d'équilibrer aussi longtemps que possible son diabète avec le régime seul. On retient chez elle davantage une crainte dans l'avenir liée au spectre des complications possibles du diabète.

Mme B	Vous la voyez comment, pour vous, cette maladie ? <i>Je la vois toujours devant moi, malgré que ça fait des années hein... Je le vois toujours... quand son pied il a été coupé, quand il a été hospitalisé euh...</i>
-------	--

Madame G a été suivie au Maroc pour son diabète où un traitement, initialement par antidiabétiques oraux, a été instauré, et c'est lors de son dernier retour en France que le recours à l'insuline est devenu inéluctable. Elle a pris conscience de l'aggravation progressive de son diabète et a accepté la nécessité de renforcer son traitement à long terme. Cependant, le traitement insulinaire entraîne une contrainte spécifique et entrave sa liberté de mouvements. Cela est sous-entendu dans le trilogue avec sa fille, la mise sous insuline ayant compliqué la possibilité de retour et de suivi au Maroc du fait d'une moins bonne prise en charge au Maroc.

Mme G	<i>Fille : Elle dit elle est venue pour soutenir sa fille, mais comme elle est venue, elle avait pas l'intention de rester, mais finalement, elle est restée.(...)</i> Vous avez eu besoin tout de suite de l'insuline ? Ou pour le moment, c'est des cachets ? <i>Mme G : Euh...</i> <i>Fille : Ben en fait elle prenait des cachets jusqu'à cette année, mais après elle était en train de faiblir, elle a maigri. A cause de ça, ils ont dit les cachets, ça fait rien du tout. Et cette année-là, elle a commencé l'insuline. Au mois d'octobre.</i> <i>Mme G : Voilà. Au mois d'octobre, j'ai commencé avec l'insuline. (...)</i> Le diabète, est-ce qu'il est bien équilibré ici ? (Traduction de la question à Madame G par sa fille, puis madame G répond en arabe en regardant sa fille) <i>Fille : Elle a dit ici c'est mieux, toute façon, ici c'est mieux. Ici en fait, elle a encore, comment dire ? Tout pris en charge. Au Maroc, elle paye.</i>
-------	---

Ainsi, les représentations sur le diabète et ses implications sont fortement marquées par les processus d'adaptation et d'intégration au pays d'accueil, les messages médicaux sont variablement intégrés selon le niveau de compréhension de la langue, mais aussi l'ancienneté de la maladie. A l'exception de Madame E, dont le diabète est récent et l'histoire personnelle marquée par une migration non voulue, source de stress et de déracinement, le diabète est qualifié de maladie grave, inquiétante, le discours ne va pas dans le sens d'une banalisation.

Ce sont souvent les contraintes liées au traitement et au suivi médico-biologique, nécessitant une adaptation des habitudes de vie ou des projets à plus ou moins long terme, qui placent le diabète au rang de maladie grave dès les premières années suivant l'annonce du diagnostic.

Nous pouvons nous poser la question de l'atteinte du corps en exil. Est-il plus difficile, plus grave, d'être malade loin de son pays, de sa famille ? Est-il plus difficile d'être malade dans une autre langue ?

2.1.2. Les trajectoires migratoires

Du point de vue de la compréhension des difficultés rencontrées par les patients diabétiques de type 2 d'origine maghrébine dans leur prise en charge, nous trouvons intéressant de mettre en lumière les histoires migratoires individuelles et de les prendre en considération dans l'analyse du suivi thérapeutique des patients.

Négliger les conditions d'origine des émigrés amène à donner au phénomène migratoire une vue à la fois partielle et ethnocentrique : c'est l'immigrant seul, et non l'émigré, qui est pris en considération, et les problématiques sont toujours celles de l'adaptation au pays d'accueil. Les conduites des immigrés sont en général rapportées à celles de la société d'immigration établies comme normes, et apparaissent alors comme des manquements qui seront considérés comme des obstacles à l'adaptation au nouvel environnement social (121).

L'immigration n'est qu'une phase dans la trajectoire migratoire, qui se construit de deux systèmes solidaires de variables : les variables d'origine, c'est-à-dire les caractéristiques sociales dont l'émigré est porteur avant son entrée en France ; de l'autre côté, les variables d'aboutissement, c'est-à-dire les différences qui séparent les immigrés en France.

Au travers des entretiens menés auprès des patients transparaissent les projets de vie, les illusions, les désillusions. Le projet est toujours l'ascension sociale et la réussite, d'où les enjeux des signes de richesse, notamment lors des retours. L'émigration crée un vide, une absence dans le groupe social d'origine. Avec le regroupement familial, le groupe social, qui a déjà vu partir les hommes, laisse partir en émigration des familles entières, et pourra être vécu comme un manquement à la morale du groupe, une infraction à la règle communautaire, et la décision d'émigrer sera vue comme une décision individuelle (122).

Les conditions d'émigration vont parfois avoir des répercussions sur l'état de santé des migrants (117). Le migrant part avec un certain état d'esprit, et le groupe va renvoyer sur lui des images plus ou moins positives qui vont l'accompagner tout au long de son histoire migratoire. Tous ces sentiments interagissent avec le vécu de l'arrivée en France, et parfois font le lit de l'isolement, de la culpabilité, de la tristesse. Des sentiments, nous allons le voir, que les patients resituent de façon personnelle et variable dans l'évolution de leur diabète.

2.1.2.1. Emigration nécessaire

C'est le cas de Monsieur Z qui émigre en 1962, seul dans un premier temps, pour travailler. Le poste qu'il occupe alors est un poste d'ouvrier spécialisé, qualification uniquement technique qui se situe dans la catégorie professionnelle d'ouvrier non qualifié, travail qu'il décrit comme physique et éprouvant, mais l'expression de son visage est celle de la fierté et de la nostalgie en évoquant le souvenir du travail effectué.

Mr Z	Vous êtes venu en France il y a combien de temps ? <i>Moi, j'ai venu... Y'a longtemps, depuis 62 je suis là...</i> Vous êtes venu travailler... <i>Ou, j'ai travaillé (...) J'ai travaillé à l'usine (...) dans la fonderie à Pont à Mousson, tu sais, les gros tuyaux, les machins... Voilà mon travail, ben c'est... Donc ici...</i> C'était un travail difficile ? <i>C'est-à-dire, ben avant oui, mais maintenant c'est ... Avant c'est plus dur, avant, avec les poussières, et tout le bazar, maintenant c'est amélioré un petit peu, tu vois. Y'a plus de poussière, même les machins tu lèves pas beaucoup, tu prends des ponts, tu prends ici, tu prends ça, c'est pas comme dans le temps avant, il faut prendre à la main. Y'a deux personnes, trois personnes, ils prennent comme la table quoi, là avec le pont sur la chaîne, et pi sur le poteau il monte.</i>
------	---

2.1.2.2. Emigration subie

C'est le sentiment qui prédomine chez Madame M et Madame E.

Madame M a suivi secondairement son époux parti en France dans les années 70 pour travailler. C'est encore surtout son mari qui répond aux questions, mais l'expression triste de Madame M à l'évocation de la migration constitue une réponse à l'interrogation sur son vécu de la migration. L'émigration apparaît subie, madame M a laissé une partie de sa famille au Maroc, l'évocation de cette séparation est douloureuse.

Mme M	(A Madame M) Depuis combien de temps vous êtes arrivés en France ? <i>Mr M : Depuis 1996, oui 96...</i> En 1996 (en regardant Madame M) D'accord. (Sourire triste de Madame M). (en regardant Monsieur M) Vous êtes venu vous d'abord ? <i>Mr M : Oui, moi 70.</i> D'accord. Et... Demandez à Madame M comment ça s'est passé quand elle est venue en France. (Monsieur M traduit en arabe la question à son épouse, elle commence à répondre en arabe, puis son mari l'interrompt en français) <i>Mr M : Mais c'est pas pareil parce que...</i> (Madame M ré-interrompt son mari, et reprend la suite de sa réponse en arabe, son mari l'écoute) <i>Mr M : (traduisant au fur et à mesure ce que dit Madame M) parce qu'il y a trois enfants au Maroc : deux filles et un garçon.</i> Qui sont restés là-bas ? (Madame M acquiesce de la tête en me regardant, regard triste) <i>Mr M : Eh... Voilà (regard triste) C'est... C'est difficile. Y'a trois ici, y'a une fille...</i> <i>Mme M : trois au Maroc...</i>
-------	--

Madame E met directement en cause la migration dans l'apparition de ses problèmes de santé, et c'est la souffrance liée à la séparation avec ses enfants qui s'exprime en premier. On ressent chez Madame E un sentiment de tristesse et d'isolement, encore cristallisé par une importante barrière linguistique.

Mme E	<i>Ça fait pas longtemps le diabète, c'est de rester en France, mon fils resté au Maroc, je sais pas, je sais pas pourquoi c'est venu (...) Quand je pars au Maroc (...) ça y est fini, je sens plus rien...</i>
-------	--

2.1.2.3. La problématique douloureuse du retour

Pour la plupart des travailleurs maghrébins arrivés en France dans les années 70 pour travailler, avant et dès les premières années de la migration, le retour au pays apparaissait comme le but ultime, et l'espoir qui permettait d'accepter des conditions de vie et de travail souvent difficiles. L'émigration est d'ailleurs toujours vécue comme provisoire. Cela permet de faire savoir aux siens et au groupe d'origine dont on s'est séparé que l'on ne les quitte pas affectivement. La migration est effectivement contrainte, imposée, d'où la nécessité de lui trouver un alibi, une raison majeure. Cette *illusion du provisoire* est entretenue par chacun des trois partenaires de la migration : le pays d'émigration, le pays d'immigration, et le migrant lui-même. (111)

Chez Monsieur Z, il existe une contrainte de santé, pour lui-même et pour ses enfants, entraînant une nécessité de rester en France et de s'y établir finalement avec l'ensemble de sa famille. Cet état de fait semble s'être imposé, par la force des choses, au patient.

Mr Z	Vous êtes venu travailler... <i>Oui, j'ai travaillé, pi après euh, j'avais les jeunes que c'était mal démarré, alors j'ai dit je préfère l'amener ici, j'ai l'assurance, j'ai tout ce qu'il faut ici. Et puis... Je l'ai amené ici pour euh, pour le soigner tout... (..)</i> Vous êtes en retraite ? <i>Je suis en retraite, oui.</i> Depuis combien de temps ? <i>Euh trois ans.</i> Et ça se passe bien ? <i>Ah... (Soupirs) Pour l'instant ça se passe bien, je prends comme ça vient ! (Sourires)</i> Est-ce que vous regrettez le pays ? Vous aimeriez rentrer ? <i>Ah non, je crois, comme j'ai amené les jeunes ici, ils sont malades, ils sont à l'hôpital, ils sont placés, enfin, ils sont handicapés quoi, alors je peux pas partir, rester là-bas, pi, laisser ici quoi... Donc je suis obligé de rester avec</i>
------	--

	<i>eux ici.</i> Mais vous, vous préféreriez quoi ? <i>(Soupirs de Monsieur Z) Ben moi je préfère de rester, qu'est-ce que tu vas faire plus ? ... Si on trouve à vivre, on reste hein, et... C'est... (Soupirs) Je préfère là-bas, ça d'accord. Par la chaleur, par la famille, par ci, par ça, par la famille beaucoup plus. Ici, beaucoup, y'a pas beaucoup de famille... Mais les jeunes, ils sont malades, alors je peux pas partir comme ça quoi...(...)</i> Vous êtes entre les deux. <i>Voilà ! Entre les deux ! C'est obligé de faire comme ça, qu'est-ce qu'il faut faire de plus ?</i>
--	---

Madame B exprime cette *illusion du provisoire* également. La question du retour apparaît douloureuse en filigrane pour elle également. Mais elle paraît pragmatique dans une analyse de son propre processus d'acculturation. La question du retour la replace au centre de l'acte d'émigrer et d'immigrer, dans une relation au sol avec ses qualifications géographiques, et dans ses relations sociales avec sa relation aux groupes, celui qu'elle a quitté, et celui dans lequel elle est entrée. L'émigration bouleverse malgré tout l'ordre des choses pour Madame B. Parce qu'elle s'est intégrée à une autre culture, elle a modifié aussi sa façon de vivre, de penser, de se comporter. Selon elle, trop d'habitudes ont été prises en France pour pouvoir s'en passer, ce qui projette le retour au pays uniquement en un temps de retrouvailles, comme en pèlerinage. Le fossé qui semble se creuser avec ceux restés au pays reste néanmoins comblé par les retours réguliers au pays. Retour pour voir la famille que l'exil a placé hors de portée du cœur, car c'est bien de cela qu'il s'agit : l'affectivité ou plutôt le manque d'affectivité, d'affection des siens.

Mme B	Depuis combien de temps êtes-vous en France ? <i>Oh ben ... ça fait longtemps... Depuis 73, 1973. (...)</i> L'intégration vous avez vécu... enfin... de quitter l'Algérie, vous l'avez vécu comment ? <i>Ah non, y'a pas eu de problème, aucun problème...</i> Vous avez votre famille là-bas ? <i>Ah oui, oui, j'ai ma famille, mes sœurs, j'ai perdu mes parents mais... y'a la famille quoi ! (...)</i>
-------	--

	Quand vous y retournez, ça se passe comment ? (...) Vous vous y sentez mieux ? <i>Oh oui, oui ! Je me sens très bien là-bas (...) On est content quand on est avec tout le monde... Mais par contre je peux pas passer plus que un mois là bas.</i> Pourquoi ? <i>Je sais pas ... Ah ben parce que peut-être j'ai mes enfants ici, j'ai ma vie ici quoi... Mais, je peux pas rester plus qu'un mois... J'arriverais pas.</i> Qu'est-ce que ça vous fait au bout d'un mois où vous êtes partie ? <i>Ben ça me manque ici quoi, ça me manque chez moi, mes enfants euh, ma vie ici euh... quand je... ouais c'est pas la même chose du tout... Mais on est content quand on rentre hein, on est heureux, c'est tout... Et puis je viens en deux secondes quoi ! Dernière fois je suis restée quinze jours... Je pouvais pas, et puis voilà... Principalement à cause des enfants, parce qu'ils sont jeunes quoi... Mais pour vivre là-bas, c'est pas possible... C'est pas possible... Y'a des gens qui vont quatre, cinq mois ils reviennent hein, ils peuvent pas. On a pris l'habitude, je suis là depuis 73... Donc euh, je peux plus hein, je peux plus vivre là-bas... D'ailleurs, on a acheté une maison (en Algérie) et on regrette de l'avoir achetée... parce que personne ne vit dedans...</i> En Algérie ? Vous avez acheté une maison ? <i>Ben oui ! Oui ! On avait acheté, on avait pensé peut-être qu'on retourne, mais on n'a pas pu...</i> Pourquoi ? <i>On peut pas vivre là-bas, notre vie elle est ici c'est fini...ah oui... Avant on voulait, je disais ben peut-être quand on sera en retraite et tout ça, peut-être on retourne chez nous mais c'est impossible.</i> Et la famille là-bas, comment ils vous perçoivent ? <i>Eux ils ont pris l'habitude mais moi je sens...rien...Ils me manquent quand je suis là, mais bon, on se téléphone, et puis maintenant y'a l'internet, le webcam on se voit tous les jours ou presque, oui mais y'a aucun problème.</i>
--	--

2.1.2.4. L'influence positive du regroupement familial

Dans le cas de Madame Be qui a émigré en même temps que son mari et vit avec tous ses enfants depuis 32 ans en France, l'adaptation semble s'être faite au fil du temps, entre tradition et une certaine évolution sociale et juridique. Cet état de fait semble être favorisé par une certaine stabilité de la cellule familiale. De plus, Madame Be a acquis une certaine maîtrise de la langue française et semble autonome. Elle joue un rôle social puisqu'elle accompagne elle-même en tant qu'interprète d'autres femmes à la consultation médicale.

Mme B	Vous êtes en France depuis combien de temps ? <i>Ça fait euh 32 ans. (...)</i> Vous avez combien d'enfants ? <i>Sept enfants... J'ai fait un enfant au Maroc et puis six ici. (...)</i> Pour votre amie, vous faites l'interprète ? <i>Oui c'est ça. (...) Des fois quand elle a un problème, elle me dit, je viens tout de suite, on va voir le docteur.</i>
-------	---

2.1.2.5. Le sentiment de tiraillement entre deux pays

Madame G et Madame M expriment ce sentiment à travers l'angoisse qu'elles ressentent d'avoir laissé une partie de leur famille au pays.

Mme G	Vous êtes de quelle origine ? <i>Mme G : Maroc, marocaine. Marrakech.</i> Pourquoi vous êtes venue en France ? <i>Pour rester avec ma fille (...)</i> <i>Fille : Elle est venue, elle avait pas l'intention de rester, mais finalement elle est restée. (...)</i> Comment vous vous sentez en France ? (Madame G parle en arabe et sa fille traduit la réponse) <i>Fille : Elle te dit ici c'est bien, mais, comment dire, elle est divisée, tu vois. Elle est là, et les gosses, ils sont au Maroc. Tu vois, le cœur, il est divisé sur deux. Donc euh...</i> <i>Mme G : Ici hamdoullah (Dieu soit loué), mais manque l'autre que j'ai pas vu euh...</i>
-------	---

	<i>Fille : Depuis longtemps.</i> <i>Mme G : Depuis longtemps. Si... Y'a l'internet !</i>
--	--

Mme M	<i>Mr M : Oui, France, il est bien... Mais, c'est pas pareil quand t'as pas les enfants tous. Ensemble.</i> <i>Mme M : Oui.</i> <i>Mr M : Tu penses à là-bas, tu penses à ici. Tu vas là-haut... Elle (Mme M), il dit toujours, s'il est là, il pense à les autres là-haut...</i> <i>Mme M : Oui...</i> <i>Mr M : S'il est là-bas, il pense à les autres ici, voilà !</i> <i>C'est dur.</i> <i>Mme M : Oui.</i> <i>Mr M : C'est dur ! Mais c'est bon, qu'est-ce que tu veux ? C'est comme ça la vie !</i> <i>Mme M : Hamdoullah (Dieu soit loué) (...)</i> <i>Mr M : Elle dit « je vais ici (en France) jusqu'à ce que les enfants ils sont mariés, après je vais partir au Maroc, je reste là-haut... Six mois ou quatre mois après je viens ici. » (...) Ah ça va, il s'débrouille bien (...)</i> <i>Mme M : Oui.</i> <i>Mr M : Dans la vie, si tu veux rester en bonne santé, faut rigoler ! Il faut rigoler avec ses enfants, il faut... Non, ça va, quand elle va rentrer au Maroc là-bas, c'est notre soleil !</i> <i>(Monsieur et Madame M se regardent et se sourient).</i>
-------	--

Ainsi, des entretiens ressort le sentiment d'un exil douloureux. Ceci, en premier lieu, parce que le phénomène migratoire maghrébin apparaît comme un processus incomplet.

L'émigration en France était initialement envisagée comme un processus complet allant du consentement à l'exil jusqu'au retour au pays natal. Or, ce cycle est de moins en moins complet, notamment dans les exemples de parcours migratoires que nous avons analysés, et le retour au pays d'origine prend parfois l'allure d'un mythe. De fait, au commencement, la cause principale de l'émigration était d'ordre économique, le migrant ne pouvait concevoir de retourner chez lui en situation d'échec. Devoir émigrer était considéré comme un échec en soi. L'exil, terme traduisant le mieux la conception de l'émigration chez les Maghrébins, était

désigné par le terme *ghorba* signifiant « les ténèbres ». Quitter son pays était vécu au pire comme une honte et au mieux comme un pis-aller. D'où l'obsédante idée du retour au pays natal des Maghrébins. (110)

D'un point de vue culturel, l'émigration a eu pour effet immédiat l'éclatement de la famille maghrébine de type patriarcal, et la tendance à la nucléarisation des familles d'origine immigrée. Le groupe domestique réduit à sa plus simple expression dans l'exil va échapper à l'emprise de la « tribu », favoriser indirectement l'émancipation des femmes, et développer un individualisme propice à l'intégration dans la société française. Nous avons pu constater cette évolution positive chez Madame Be. Mais ce que gagne la famille immigrée en liberté, elle le perd en affectivité. En effet, l'indivision qui règne au Maghreb est vécue comme une sécurité : la solidarité entre les membres d'un groupe est souvent poussée, de sorte que la nucléarisation peut fragiliser la famille immigrée. Madame E ressent cette vulnérabilité jusqu'à imputer à sa migration subie, la survenue de son diabète. Les événements qui vont venir émailler la vie en exil, notamment la survenue de maladies, vécus en dehors du groupe de parenté, au sens large, en dehors du pays natal et de ses traditions, seront subis par les immigrés dans une forme de solitude sociale plus propice aux angoisses. Angoisses encore cristallisées par la barrière linguistique, le manque du mot. Dans ce sens, on peut envisager que, dans sa position de soignant, le médecin gagne à prendre la dimension des histoires migratoires dans sa relation avec le patient.

2.1.3. La maîtrise de la langue française

2.1.3.1. De niveaux de compréhension variable...

Notre échantillon comporte des patients ayant une maîtrise variable de la langue française.

Ainsi, c'est Madame B qui possède la meilleure maîtrise de la langue française, à l'oral comme à l'écrit, et cet état de fait est lié à l'Histoire algérienne, comme l'explique Madame B.

Mme B	<i>J'ai été éduquée là-bas chez moi, en Algérie... C'est là-bas que j'ai étudié, que j'ai parlé français, c'était la France avant, et puis euh, j'ai appris le français quoi (...) Eh ben ici j'avais pas le problème puisque je parlais bien le français, j'écrivais et tout ça, donc euh j'avais aucun problème... Je me</i>
-------	--

	<i>suis adaptée très, très bien... (...) Enfin on se sent français quoi, depuis le temps qu'on est là, et d'ailleurs, j'étais française déjà avant, on était français avant... Moi je suis née en Algérie française quoi... Donc euh, y'a aucun problème... Et puis, nous, dans l'Oranais, on vivait beaucoup avec les Français, c'est pas comme euh dans les environs de l'Est par exemple où ils étaient dans les petits villages et tout, nous on vivait en plein-centre avec les Français, on n'a vécu qu'avec les Français. Moi je me rappelle que toute ma classe, le plus c'est des Français quoi... Euh... Mon quartier euh... Les amis, tous... Donc euh, quand je suis venue en France, j'avais aucun problème.</i>
--	--

Chez Monsieur Z, la compréhension de la langue s'est faite au fur et à mesure de sa vie en France, mais la compréhension semble limitée aux messages simples. Il n'a pas eu d'apprentissage scolaire du français. Il est aidé par ses enfants qui reprennent au besoin les messages médicaux incompris.

Mr Z	<i>Vous parlez le français, vous comprenez bien aussi ?</i> <i>Ben... Ah ben, je comprends beaucoup plus, c'est-à-dire que je parle bien, parce que nous, tu sais, même malgré que je suis là depuis longtemps, j'ai... Quand on sait pas dire, c'est-à-dire parler français comme les jeunes, euh... Ils parlent bien français parce que, ils prennent à l'école comme ça en plus... Nous on prend comme ça. Nous ça vient de... de dehors quoi ! (rires)</i> <i>De l'habitude ?</i> <i>Voilà, de l'habitude, oui les gars, ils parlaient, on discute au travail, les machins comme ça, donc je suis obligé de l'apprendre...</i> <i>Et au début, quand vous êtes arrivé en France, vous aviez du mal à...</i> <i>Rien du tout ! Je comprends rien du tout !</i> <i>C'était difficile.</i> <i>Je venais de l'Algérie, je venais comme un seul hein, de rien...</i> <i>Et quand vous alliez chez le docteur, ça se passait comment ?</i> <i>Ah, le docteur, le docteur, je prends quelqu'un qui connaît un petit peu (une personne faisant office d'interprète), ou sinon, je suis malade, je suis ici, le toubib, il comprend ! (Rires) Hein ?</i>
------	---

	(...) Vous comprenez ce que le docteur il vous dit ? <i>Ah ben oui, il me dit « tu prends les médicaments », je vais les chercher à la pharmacie, pi euh, la pharmacie, il donne tout ce qu'il a marqué le docteur...</i> Le régime, vous comprenez, quand le docteur vous explique les aliments à éviter... <i>Ah ben je comprends bien... Les jeunes, maintenant, ils comprennent bien, ils écrivent, ils me réexpliquent bien.</i> C'est vos enfants qui vous aident ? <i>Oui, y'a mon jeune...</i>
--	--

Chez Monsieur Z, cet obstacle relatif de langue le place en position de passivité dans la relation médicale. Ne possédant pas complètement la langue française, il ne peut de ce fait communiquer activement avec le médecin, l'obstacle de la langue empêchant les explications. On imagine l'effort qui doit être fait pour comprendre les conseils médicaux. Cet effort peut apparaître épuisant au patient, surtout dans sa condition de malade, et provoquer l'agacement ou le renoncement chez les deux interlocuteurs. Du fait même qu'il ne maîtrise pas la langue française, et lui-même issu d'une tradition orale (l'apprentissage du français s'est fait oralement au contact des Français), il se place en position d'infériorité, usant même d'une certaine servilité vis-à-vis du médecin, mais aussi vis-à-vis de ses enfants.

M. Khellil met en lumière ce paradoxe, et une situation qui n'est pour autant pas satisfaisante dans *L'Exil Kabyle* : « Si les Kabyles parlent tous le français, en revanche peu d'entre eux le lisent correctement ou l'écrivent parfaitement. Il en est qui, grâce à leur mémoire prodigieuse, parlent un français très « riche » et châtié sans jamais pouvoir le lire ou l'écrire. Il est dès lors aisé de conclure que les problèmes quotidiens inhérents aux confrontations dues à la langue se résolvent avec moins de difficultés. » M. Khellil explique plus loin : « Dans la vie pratique et dans ses rapports avec l'autochtone, le travailleur migrant fait parfois preuve d'une timidité excessive (...) A ceci s'ajoute un certain sentiment de fierté qui consiste à ne jamais donner l'impression de ne pas comprendre son interlocuteur ; d'où les « oui » successifs à des questions non comprises. » (122)

Madame Be possède une maîtrise de la langue française qui lui permet non seulement d'être autonome, mais encore de tenir le rôle d'interprète à la consultation médicale pour son amie. Dès les premiers échanges de l'entretien, les bases étiologiques du diabète, le régime

diabétique et la nécessité d'un suivi régulier semblent acquis. Bien que son vocabulaire apparaisse limité, la compréhension, nous l'avons vu, est satisfaisante.

Mme Be	Vous comprenez bien le français ? (...) <i>Oui, je comprends tout, ça fait 24 ans, je suis suivie par le docteur...</i>
--------	---

Madame G est systématiquement accompagnée par sa fille qui tient le rôle d'interprète. Elle a très peu de vocabulaire en français et ne maîtrise pas l'écrit.

Mme G	C'est votre fille qui vous accompagne chez le docteur ? Comment ça se passe ? <i>Mme G : Oui, ça va !</i> <i>(Madame G parle en arabe et sa fille traduit la réponse).</i> <i>Fille : Si je suis pas là, elle peut pas y aller, parce qu'elle comprend rien !</i> <i>Peut-être elle va comprendre un petit peu, mais elle peut pas répondre !</i> <i>Elle dit qu'elle arrive pas à répondre.</i>
-------	--

La maîtrise de la langue est comparable chez Madame G et chez Madame M, mais cette dernière est accompagnée par son mari dans la traduction. Cette situation entraîne une importante mise en retrait de la patiente lors de l'entretien. C'est son mari qui est à l'initiative de quasiment toutes les réponses, et Madame M confirme ensuite ce que dit son mari. Nous demandons à Madame M si elle souhaiterait apprendre le français.

Mme M	Votre mari, il vous explique, il vous accompagne chez le docteur tout le temps ? <i>Mr M : Tout l'temps, tout l'temps !</i> <i>(Monsieur M traduit à sa femme ce que j'ai dit et sa réponse).</i> <i>Mr M : Ben qu'est-ce que tu veux, c'est obligé. Quand tu connais pas bien la langue, c'est obligé !</i> Demandez à Madame M si elle a essayé d'aller à des cours du soir pour apprendre le français. <i>Mr M : Elle est là l'école, elle est juste là. Seulement, il veut pas y aller !</i> Pourquoi vous ne voulez pas Madame M ?
-------	--

	<i>Mr M : Ben moi, elle dit « moi je travaille pas ». Déjà. Elle dit « je vais pas tout seul » (Madame M acquiesce à ce que dit son mari)... Ben elle dit « je vais ici jusqu'à ce que les enfants ils sont mariés, après je vais partir au Maroc, je reste là-haut... Six mois ou quatre mois après je viens ici ». Pourquoi il ferait ? Elle voulait pas.</i> <i>D'accord.</i> <i>Mr M : Elle voulait pas hein, elle dit non... (en regardant sa femme) C'est comme ça la vie madame, ah mademoiselle ! Ah ça va, elle est en bonne santé, elle s'débrouille bien, c'est pas une femme qui fait la gueule ou...</i> <i>Mme M : Oui.</i>
--	---

Chez Madame E, il existe une importante barrière linguistique, son amie l'accompagne au besoin à la consultation médicale. Cette dernière nous avoue qu'une consultation nécessaire peut être reportée, ou une interruption de traitement perdurer s'il arrive qu'elle ne puisse se rendre disponible pour Madame E. Le suivi médical de Madame E apparaît donc très aléatoire et fortement dépendant de la disponibilité de son amie interprète. C'est chez Madame E que le sentiment de déracinement nous apparaît le plus déchirant, et une certaine détresse transparaît dans ses expressions et ses gestes, plus que dans l'expression verbale qui est très restreinte.

Mme E	Si vous ne comprenez pas tout dans les explications du docteur, celle qui vous accompagne, elle fait bien ? C'est-à-dire, elle dit ce que vous voulez dire ? (La question est traduite à Madame E par son amie) <i>Mme E : Oui.</i> Ça va ? (sourires) Comme ça, c'est bien pour vous ? (sourires et acquiescement de la patiente à son amie et à moi.) <i>Mme E : Si, elle dit tout bien...</i> Comme ça, ça passe bien... <i>Mme E : Elle apprend le français à moi, avant le français, rien du tout.</i>
-------	--

2.1.3.2. ... A une variabilité de l'implication dans la relation de soins.

Nous avons montré que l'implication dans la relation thérapeutique avec le médecin, et la part active que prend le patient dans sa propre prise en charge étaient desservies quand la langue

n'est pas maîtrisée. Nous avons souligné la relation de type « Direction-Coopération » entre Monsieur Z et son médecin, et l'avons mise en parallèle avec une relation davantage de « Participation mutuelle » entre Madame B et son médecin.

Mais encore, il peut se créer une mise en retrait significative du patient dont l'intérêt peut apparaître desservi par l'intervention d'un interprète familial, et nous l'avons vu dans le cas de Madame M et de son mari. Celle-ci apparaît très en retrait lors de l'entretien. C'est le cas également pour Madame G qui apparaît très dépendante de sa fille, et pour Madame E. Chez ces patientes, l'entretien est marqué par une grande passivité, avant tout liée à la barrière linguistique.

2.1.4. Le vécu de la relation soignante, l'influence de l'interprète

2.1.4.1. Le rapport au médecin traitant

L'ensemble des patients interrogés nous a dit avoir une bonne relation avec leur médecin traitant. Le suivi est assuré depuis de nombreuses années par le même médecin et souvent pour toute la famille, il se poursuit y compris si la famille change de quartier. Cette fidélité au médecin traitant est donc ancienne, et c'est un sentiment de confiance qui règne dans cette relation médecin-patient.

Mme Be	<i>Ça fait 24 ans, je suis suivie par le docteur...</i> Il y a la confiance ? <i>Oui.</i> Il fait bien son travail ? <i>Il fait bien son travail.</i> Il écoute ? Ce que vous pensez ? <i>Oui, il écoute, il est bien, pour moi, c'est mon médecin de famille, il suit moi, mon mari, mes enfants, et tout.</i>
Mme B	Est-ce que vous êtes satisfaite de sa façon (au docteur) de vous prendre en charge d'une façon générale, et puis pour le diabète ? <i>Ah oui, oui... Franchement... (...) Je suis satisfaite du médecin, oui, d'ailleurs c'est chez lui que... On habite à plusieurs kilomètres, et on vient toujours chez lui, chez monsieur... (docteur) quoi... parce qu'on est satisfait de lui !</i>

Mme E	Le docteur, est-ce que vous êtes contente de lui ? De son travail pour soigner ? Vous trouvez qu'il vous soigne bien ? <i>Mme E : Oui, ça va...</i> Et c'est bien, mais qu'est-ce qu'il y aurait de mieux à faire ? (Traduction de la question à Madame E par son amie) <i>Mme E : Je sais pas ... (Sourires)</i>
-------	--

Chez Monsieur Z, la relation avec le médecin est suivie, et attentive comme nous l'avons vue, et c'est surtout le sentiment de confiance qui s'exprime, plus a priori qu'une véritable coopération. Le patient dépose sa santé entre les mains du médecin, la relation thérapeutique semble moins basée sur le dialogue que sur l'observation du corps. Monsieur Z exprime tout au long de l'entretien une grande confiance dans l'efficacité du système de soins français.

Mr Z	Quand vous allez chez le docteur, vous êtes accompagné de votre épouse ? Vous venez tout seul ? <i>Non, je viens tout seul, mais je l'amène quand c'est pour elle, ben on vient comme ça en famille de temps en temps. Ou sinon les traitements, y'a les différents, chacun, il prend les traitements tout seul.</i> D'accord. Quand vous êtes à la consultation, vous arrivez à poser les questions comme vous voulez, ça va ? <i>Non le docteur il fait la tension, il fait le cœur, il regarde, voilà, et puis bon, il demande la prise de sang...</i> Vous, vous posez des questions facilement ? <i>Non, non, moi, je pose pas beaucoup de questions, le docteur il save à peu près quoi.</i> Il vous connaît. <i>Oui, il me connaît, c'est-à-dire ma maladie, il me connaît, ben c'est pour ça...</i> Vous êtes satisfait, vous êtes content du docteur ? <i>Ah ben oui, qu'est-ce que tu veux faire de plus ?</i> Alors qu'est-ce qu'il y aurait de plus à faire ? S'il y a quelque chose à faire de plus ? <i>Ben... (Rires) Docteur tout seul, s'il faut faire plus, il dit à l'hôpital, y'a que ça si il faut faire plus. Si vous voyez vraiment ben c'est trop, trop, ben</i>
------	--

	<i>c'est l'hôpital hein ? Il va faire tout ce qu'il faut, il va faire les radios, les machins.</i>
--	--

Madame G exprime également une satisfaction et une confiance à l'égard du système de soins français en général. Elle a été prise en charge à son arrivée par Médecins du Monde, puis par le médecin traitant de sa fille, et a dû être hospitalisée pour la mise en route d'une insulinothérapie. Elle exprime une grande reconnaissance à chaque intervenant de santé qui l'a prise en charge, et évoque en particulier le souvenir d'une voisine de chambre et d'une infirmière, avec lesquelles elle a pu communiquer dans sa langue maternelle, ce qui a grandement facilité la compréhension du traitement et des mesures de surveillance.

Mme G	Comment ça se passe ici avec le docteur ? Vous en êtes satisfaite ? (La fille de Madame G traduit la question). <i>Quand j'arrive, à Médecins du Monde, ah... Très gentil avec moi !</i> <i>Fille : Au début quand elle est arrivée, elle était à Médecins du Monde, mais c'est loin Médecins du Monde. Donc euh, puisque c'est loin, tu vois elle est avec le médecin (Nom du médecin), derrière la pharmacie. (...)</i> Comment ça s'est passé à l'hôpital ? (A sa fille) Demandez-lui bien à elle pour qu'elle réponde ce qu'elle pense, elle. Est-ce qu'elle se sentait seule ? (La fille traduit à Madame G) <i>Mme G : Non, non, non, non. Y'en a une femme avec moi, la chambre. Je parle avec elle. Y'avait les choses que j'comprends pas. Après je parle avec elle, et l'infirmière, il explique à elle. L'infirmière, il est très gentil. Je suis très contente.</i> D'accord. <i>Mme G : Je suis très malade, mais après je suis... Il est très gentil, tout. (...)</i> J'avais le même qui restait à l'hôpital, Maroc ou l'algérienne ? <i>Fille : Algérien.</i> <i>Mme G : une Algérienne, elle parle arabe, français, qui, qui reste avec moi. Mais moi chez le docteur, toujours avec ma fille.</i> Cette personne-là, à l'hôpital, c'était qui ? Une infirmière ? <i>Mme G : Oui, oui, oui, oui. Il dit tout, même français.</i>
-------	--

Madame M est également satisfaite du médecin. Etre systématiquement accompagnée par son mari semble lui convenir. Pourtant, nous avons vu que ce rôle d'intermédiaire était à l'origine de malentendus, notamment dans la retranscription des conseils diététiques, mais plus encore dans le cas de Madame M, la conduite de l'entretien est difficile. Le mari, voulant probablement bien faire, se met souvent à l'initiative des réponses, en occultant sa femme.

Mme M	Monsieur M, demandez à votre femme... Quand vous allez chez le docteur (en regardant Madame M) <i>Mr M : Oui ?</i> Est-ce qu'elle arrive à poser les questions qu'elle veut... <i>Mr M : Ah c'est moi qui va traduire !</i> D'accord, alors... Demandez-lui si ça lui convient comme ça. <i>Mr M : Ah oui, oui, oui ! Elle est contente !</i> Demandez-lui, demandez-lui ! Demandez-lui à elle, comme ça, c'est elle qui répond ! (Monsieur M traduit à sa femme la question suivante : Est-ce qu'elle est satisfaite du docteur ?) <i>Mme M : Ah oui, hamdoullah (Dieu soit loué)</i>
-------	---

Paradoxalement, nos patients ne s'exprimant pas facilement en français, ne mentionnent pas le fait que le médecin soit gêné par la difficulté de communication. Les difficultés éprouvées par les professionnels de santé pour les comprendre, et l'impact que cela peut avoir dans la prise en charge n'est pas source d'interrogation et de remise en cause de la compétence du médecin. Ce point doit être souligné. Cela peut tenir aux caractéristiques de la relation thérapeutique dans de nombreux pays extra-occidentaux, où l'interrogatoire ne tient pas forcément une place importante. La relation thérapeutique est perçue comme un examen du corps avant tout, où le verbe est secondaire (117).

2.1.4.2. Géographie de l'entretien avec interprète

C'est volontairement que nous parlons de géographie de l'entretien, car la présence d'un interprète influence beaucoup, comme nous avons commencé à le voir, la part active prise par le patient au cours de l'entretien, et rend compte de la complicité et de la satisfaction du

patient envers son interprète. Elle laisse entrevoir également la distance qui peut s'immiscer entre le patient et le soignant en présence d'une tierce personne.

➤ L'interprète au premier plan

Dans le cas de Madame M, l'entretien est réalisé au domicile de la patiente et nous sommes accueillie, dans une grande hospitalité, par son mari et elle-même dans le salon où nous sommes invitée à partager un verre de thé. Nous sommes tous trois assis sur les banquettes dans une configuration en triangle, qui fait que Monsieur M fait face à l'interviewer, Madame M est assise entre son mari et l'interviewer. L'entretien débute par un aparté de Monsieur M qui nous demande un rappel sur les aliments à éviter quand on est diabétique, consignes qu'il retranscrit ensuite à son épouse. Comme nous l'avons vu au travers d'extraits de cet entretien, le mari de Madame M qui tient le rôle d'interprète, est au premier plan. Il répond souvent spontanément aux questions que nous souhaiterions qu'il traduise à Madame M, et nous rappelons régulièrement cette consigne à Monsieur M. Bien que Madame M semble acquiescer aux réponses qui sont faites par son mari, et qu'il existe une complicité et une confiance entre eux, cette configuration de parole la place au second plan, alors que c'est bien d'elle et de son diabète dont il s'agit.

Mme M	Madame M, nous allons parler de votre diabète. <i>Mr M : Juste pour moi, on vous demande... C'est quoi qu'on mange ici ? Quand vous avez un diabète ? (...)</i> (En regardant Madame M) Dites-moi, depuis quand a été découvert votre diabète ? <i>Mr M : Ben ça fait... ça fait depuis à peu près quatre ans, cinq ans...</i> <i>(Monsieur M demande en arabe à Madame M de lui confirmer cette dernière information, Madame M répond en arabe en me regardant.)</i> <i>Mr M : Oui, c'est ça, ça fait au moins trois ans, quatre ans comme ça... (...)</i> Quand vous rentrez, vous prenez bien les médicaments ? Combien de temps vous restez quand vous allez au Maroc ? <i>(Madame M semble vouloir préparer une réponse, puis son mari répond et elle le regarde en l'écoutant)</i> <i>Mr M : Et ben, on reste un mois. On a les médicaments, ça va.</i> Demandez à Madame M comment ça se passe pour elle, est-ce qu'elle se plaît ?
-------	--

	<i>(Monsieur M traduit la question en arabe à sa femme)</i> <i>Mme M : (parle en arabe à son mari, puis me regarde) Il est bien (...)</i> <i>Mr M : Non ça va, quand elle va rentrer au Maroc là-bas, c'est notre soleil !</i> <i>(Monsieur et Madame M se regardent et se sourient)</i>
--	--

➤ L'interviewer au second plan

La présence d'un interprète va, dans le cas de Madame G, accompagnée par sa fille, et Madame E, accompagnée par une amie, être à l'origine d'apartés entre elles, plaçant parfois l'interviewer au second plan. Des réponses paraîtront incomplètement traduites, ou des échanges non traduits, pour des raisons qui resteront internes au couple patient-interprète.

Dans le cas de Madame G, on peut cependant souligner qu'il reste un temps de parole spontané pour la patiente, et que sa fille prend plutôt des précautions pour bien retranscrire nos demandes à sa mère. L'entretien a lieu au domicile de la fille où vit la patiente, autour de la table de la cuisine, offrant ainsi une configuration de discussion, en « triangle amélioré ». Cela n'empêche cependant pas certains apartés, ou sentiments parfois de traduction incomplète. On perçoit un fort sentiment d'affection, de complicité entre la mère et sa fille, il transparaît également une volonté de protection de la part de la fille, par des regards, des sourires, ou des gestes d'affection.

Mme G	<i>Fille : C'est une croyante, alors elle a dit tout ce qui vient de Dieu euh...</i> <i>Mais... Ben parfois elle va s'énerver ! Ben de temps en temps, elle va s'énerver. (Rires entre Madame G et sa fille) Parce que, malgré tout va bien ici, elle a laissé un qui n'est pas marié au Maroc, elle a une fille qui est divorcée, et y'a deux euh... Qui ont des soucis avec les enfants (...)</i> <i>(Madame G parle en arabe et sa fille traduit)</i> <i>Fille : Elle a dit, c'est pour ça que le diabète, il monte. Elle a laissé le fils au Maroc, alors il est tout seul. Elle a peur qu'il fait les bêtises (...)</i> <i>Mme G : Il a, va fait, rien, mais quand même j'ai peur que... (Madame G poursuit sa phrase en arabe, et sa fille traduit).</i> <i>Fille : Elle a peur que quelqu'un le prend... Et il lui manque...</i> <i>(Madame G parle en arabe à sa fille, puis sa fille traduit, mais la</i>
-------	---

	<i>traduction semble incomplète cette fois-ci).</i> <i>Fille : Elle a dit qu'elle a une maison tout bien au Maroc...</i> <i>(Madame G et sa fille parlent entre elles en arabe)</i> <i>Fille : Elle a dit euh...A part ça il lui manque rien du tout...</i> <i>(Madame G et sa fille parlent entre elles en arabe).</i> <i>Fille : Elle dit l'autre fille, elle habite en Allemagne, et elle a pris la mentalité euh... Donc euh, elle vient pas au Maroc...</i> <i>(Madame G parle en arabe).</i> <i>Fille : C'est les soucis de la vie, ça !</i> <i>(Traduction incomplète)</i>
--	--

Lors de l'entretien avec Madame E, son amie est présente et tient donc le rôle d'interprète. L'entretien a lieu au cabinet médical où sont habituellement suivies les deux patientes, et les deux amies s'installent l'une à côté de l'autre, face à nous, et donc plus loin de nous, le large bureau médical nous séparant. Le lien de complicité, aussi bien que la configuration de l'entretien, sont alors propices aux apartés entre Madame E et son amie. Par ailleurs, l'amie va parfois répondre spontanément à nos questions à la place de Madame E. L'entretien en lui-même est assez succinct, il va être émaillé de nombreux apartés entre les deux amies.

Mme E	Comment vous représentez-vous la maladie ? Pour vous d'où vient-elle ? <i>(Question traduite par son amie, suivie d'une longue discussion en arabe entre elles)</i> <i>Amie : Elle dit qu'elle a dû venir en France, elle a dû être opérée.</i> <i>Mme E : J'ai été opérée trois fois.</i> Vous pensez que votre diabète est dû à vos opérations ? <i>Amie : Ah non ! C'est le sucre. Je crois que ça vient du sang.</i> Demandez à Madame E. <i>(L'amie traduit la question Madame E).</i> <i>Mme E : ça fait pas longtemps le diabète, c'est de rester en France.</i>
-------	--

Ainsi, la géographie de l'entretien va en partie conditionner la dynamique de l'entretien, et c'est la complexité même de l'entretien avec interprète qui doit être soulignée ici. La consultation médicale peut être décentrée du sujet principal qu'est le patient, tandis que certains messages ne seront pas ou incomplètement transmis.

Dans cette situation, les patients pourraient apparaître insatisfaits du travail de leur interprète, et cependant, comme nous allons le voir, il existe une réelle réticence à l'intervention d'un interprète formé que le patient n'aurait pas choisi dans son entourage proche.

2.1.4.3. Avis des patients sur l'interprétariat

➤ Des réticences sur un interprétariat professionnalisé

Pour les trois patientes bénéficiant d'un interprète proche, ami, fille, ou mari, la notion d'intervention pour la consultation médicale d'un interprète inconnu, même formé et tenu au secret médical, est d'emblée rédhibitoire.

Mme E	Si c'est quelqu'un qui vient avec vous chez le docteur, c'est son métier de parler l'arabe et le français pour expliquer les choses, ça vous irait ou vous préférez quelqu'un que vous connaissez ? (Traduction de la question par son amie) <i>Mme E : Non...</i> Vous n'avez pas confiance ? (Hochement de tête de Madame E) Même si le docteur dit « c'est son métier d'expliquer, il vient et garde les secrets ? » (Traduction par son amie) Vous préférez comme ça ? <i>Mme E : Oui, oui.</i>
-------	--

Madame G relate un souvenir positif de l'intervention d'une infirmière parlant arabe et français lors de son séjour à l'hôpital, mais pour autant, elle préfère être accompagnée de sa fille à la consultation chez son médecin traitant, quitte à devoir s'y rendre seule si sa fille n'est pas disponible.

Mme G	Est-ce que, si une personne, c'est son métier, elle sait traduire avec le docteur, le français et l'arabe, et elle est dédiée... C'est à dire, si votre fille n'a pas le temps, c'est une personne de confiance, elle va venir pour vous... <i>Mme G : Chaque fois je venais toute seule...</i> Est-ce que... <i>Mme G : Là j'avais le même qui restait à l'hôpital, Maroc ou</i>
-------	---

	<i>l'Algérienne ?</i> <i>Fille : Algérien.</i> <i>Mme G : Une Algérienne, elle parle arabe, français, qui, qui reste avec moi. Mais moi chez le docteur, toujours avec ma fille.</i>
--	---

➤ Un état de fait jugé satisfaisant

Les patientes interrogées semblent satisfaites de leur interprète. Dans le cas de Madame G, il transparaît tout de même que la consultation n'est parfois plus centrée sur elle, et qu'elle est assez passive. C'est sa fille qui est en discussion avec le médecin, et qui retranscrit ensuite les informations. Les interrogations de la patiente peuvent parfois être reléguées au second plan ou à la prochaine consultation du fait d'un trilogue déséquilibré ou d'un manque de temps lors de la consultation.

Mme E	Si vous ne comprenez pas tout, dans les explications du docteur, celle qui vous accompagne, elle fait bien ? C'est-à-dire, elle dit ce que vous voulez dire ? (Traduction de la question par son amie). <i>Mme E : Oui.</i> Ça va ? (Sourires) Comme ça c'est bien pour vous (Sourires et acquiescements de la patiente à son amie et à l'interviewer). <i>Mme E : Si elle dit tout bien...</i>
Mme G	C'est votre fille qui vous accompagne chez le docteur ? Comment ça se passe ? <i>Mme G : Oui ça va !</i> <i>(Madame G parle en arabe et sa fille traduit)</i> <i>Fille : Si je suis pas là, elle peut pas y aller, parce qu'elle comprend rien !(...)</i> D'accord. Est-ce que quand vous allez chez le docteur, vous voulez poser des questions, ou il y a des choses que vous n'avez pas comprises, et vous n'avez pas eu le temps... ? <i>Mme G : Non, c'est toujours avec ma fille.</i> C'est jamais... Quand vous sortez... <i>Mme G : Non, je, je raconte à ma fille. Après elle parle avec le docteur.</i>

	Et ça se passe bien comme ça ? <i>Mme G : Oui, ça se passe bien comme ça.</i> <i>(Madame G parle en arabe, elle n'est pas sûre d'avoir compris la question, sa fille lui retraduit la demande).</i> <i>Fille : Oui, y'a des fois, elle oublie de demander des trucs. (...)</i> Le docteur, il vous demande si vous avez bien compris ? Si vous préférez être vue toute seule ? <i>Mme G : Non, il connaît ma fille, qu'il habite avec moi.</i> Alors comment ça se passe ? <i>Fille : Il parle avec moi ! Toujours moi !</i> <i>Mme G : Oui, avec ma fille (Madame G étreint le bras de sa fille en lui souriant).</i>
--	---

2.1.5. Synthèse

A l'issue des entretiens menés auprès des patients, on constate une implication d'autant plus fragile des patients dans leur prise en charge que la barrière linguistique est importante.

L'annonce du diagnostic est toujours vécue comme brutale. Le patient se retrouve dans une phase où toute perspective de vie est questionnée. Un travail de deuil du sujet non-malade doit être réalisé par le patient. L'acceptation du diabète par le patient repose en grande partie sur les possibilités de verbalisation du vécu, et la barrière linguistique entrave probablement ce travail.

Les représentations étiologiques du diabète sont rarement univoques et plusieurs registres étiologiques peuvent coexister. Les systèmes de représentation évoqués par les patients sont suffisamment larges et généraux pour englober les soins biomédicaux et les représentations sur lesquelles ils sont basés. Ainsi, l'étude montre qu'il n'y a pas d'obstacle représentationnel d'ordre culturel à l'accès aux soins des patients diabétiques maghrébins.

L'étude montre également l'impact de la migration sur la santé, certains patients attribuant directement aux conditions de la migration, la survenue de leur diabète. Les conditions de l'émigration, même si elle s'est déroulée de façon satisfaisante sur le plan de l'accueil, sont très éprouvantes.

L'intervention d'un interprète, issu de la communauté ou de la famille, dans la relation thérapeutique, est préférée par les patients de notre échantillon. Cette préférence est basée probablement sur une différence de perception de l'interaction clinique, provenant de valeurs culturelles spécifiques à chacun. Il semblerait que les médecins, conscients de cette différence dans la perception et voulant établir une bonne relation avec leurs patients, respectent cette préférence dans le but d'améliorer leur intervention.

Pour autant, les entretiens menés avec des interprètes que nous pourrions qualifier d'aidants naturels, mettent en lumière des difficultés pour la construction de la relation médecin-patient. Le recueil d'information peut être plus difficile, moins complet. La structure de l'entretien est aussi plus difficile à construire et à maintenir. La relation en triptyque peut rendre le patient passif et le reléguer au rang d'observateur de sa prise en charge.

Cependant, ces mêmes interprètes constituent une source importante d'information inaccessible autrement, puisqu'ils permettent un lien direct avec la vie quotidienne et familiale des patients. Ils peuvent ainsi devenir des alliés du médecin, en particulier pour assurer l'exécution du traitement prescrit.

2.2. Résultats des entretiens menés auprès des médecins

2.2.1. Les représentations du diabète

2.2.1.1. Présentation du diabète au patient

➤ Une approche biomédicale

Tout comme le patient, le médecin a ses propres représentations de la maladie, qui découlent de sa formation professionnelle, essentiellement biomédicale en France, mais également de son « bagage » socioculturel. Dans ce sens, la culture biomédicale peut être considérée comme une entité culturelle.

L'analyse des entretiens avec les médecins va ainsi mettre en lumière une première difficulté dans la relation médecin-patient si « pour le médecin, la maladie est d'abord, voire exclusivement d'ordre anatomophysiologique, alors que cette altération ou cette altérité biologique est essentiellement appréhendée par le malade comme un événement psychologique et social ». (123)

La relation soignant-soigné reflète toujours le modèle culturel de la relation d'autorité : le soignant se comporte à l'égard du soigné de la façon que prévoit sa culture à cet égard. De l'autre côté, le soigné attend du soignant une attitude particulière répondant à ses critères socioculturels (64). La pratique biomédicale occidentale va donc interagir, dans la relation interculturelle comme nous allons le voir au cours de notre analyse. Mais la satisfaction des médecins dans leur capacité à interagir avec l'autre culturel est variable, et cela est parfois à l'origine de frustrations exprimées par certains médecins.

Interculturalité et approche biomédicale.

Le Docteur A insiste sur l'approche préventive, elle garde une présentation biomédicale de la maladie mais elle intègre aussi une dimension culturelle à ses propos. Elle nous dit être satisfaite du suivi de ses patientes diabétiques.

Docteur A	<i>Je dis « c'est mieux pour vous de », mais alors je veux pas mettre le spectre d'une cécité, d'un rein artificiel et de jambes coupées, voilà, c'est comme ça. Mais ça c'est moi. Donc je fais pas différemment pour elles non plus (ses patientes maghrébines diabétiques de type 2). Je dis c'est mieux pour elles, pour leur santé plus tard. Comme ça... Bon et euh, je montre bien les chiffres,</i>
-----------	---

	<i>l'hémoglobine glyquée, voilà, j'explique bien ça, ça doit être à tel niveau, etc. Et euh que c'est pas le jour où elles viennent que je m'aperçois que le régime est bien suivi, mais c'est bien les trois mois avant donc c'est bien... et si y'a un écart euh... qu'elles reviennent du pays... Quand elles partent au pays, je leur dis de bien tenir le coup (Sourires) euh... sur le régime (...) Ils semblent qu'elles aient bien compris ce que j'ai transmis au début.</i>
--	---

Le Docteur B exprime, dans sa présentation du diabète au patient, les difficultés à faire intégrer le diabète en tant que maladie chronique. C'est le paradoxe entre la nécessaire acceptation d'une altération biologique et de ses implications, en l'absence de conséquences sociales pour le patient au moment du diagnostic qui est souligné ici. Ce médecin est cependant satisfait du suivi de ses patients diabétiques comme nous le verrons par la suite.

Docteur B	<i>Alors deux types de difficultés, déjà, la difficulté de faire comprendre que le diabète est une maladie, (...) c'est difficile à expliquer parce que c'est une maladie qui est cachée, elle n'existe pas pour les gens. Euh... souvent ça fait pas peur, et puis après y'a toute l'explication du suivi, du diagnostic, c'est pas très compliqué, et après le suivi qu'on met en place, et un certain nombre de consignes qu'on doit donner aux gens, qu'ils doivent s'approprier. Donc y'a beaucoup de choses en entretien au niveau du diabète.</i>
-----------	--

Le Docteur F exprime une satisfaction globale dans la prise en charge de ses patients diabétiques quelque soit leur culture d'origine.

Docteur F	<i>Je m'souviens très bien d'un patient qui... qui est algérien, que, euh... dont j'ai dépisté un diabète y'a quatre ou cinq ans. Et quand j'ai commencé à lui dire qu'il était diabétique, il m'a dit : « T'inquiète pas Docteur, tu vas voir. J'vais m'mettre au régime. Et je vais équilibrer mon diabète, je veux pas d'médicaments. » Et... Il a tout à fait bien réussi depuis quatre ans, il est toujours euh... sans médicaments, avec une HbA1c correcte. (...) En fait, j'ai l'habitude de leur dire (aux patients diabétiques) ben « qu'est-ce que vous avez mangé ? », on commence depuis le début. Et pas à dire euh : « Vous devez manger ça, faire comme ça. » C'est-à-dire, euh, bon ben voilà : « Hier, euh la journée d'hier, y'a ça c'était bien, ça, ça colle pas. Euh ça, est-ce qu'on peut le remplacer par ça ? Est-ce que c'est possible ? Est-ce que c'est dans vos habitudes ? Est-ce que... ? »</i>
-----------	--

Comme le Docteur A, le Docteur F décrit une interaction également entre les deux cultures, celle du médecin qui reste malgré tout biomédicale, et une prise en compte de la culture du patient, qui s'expriment dans un équilibre, une interculturalité.

L'interculturalité correspond à « l'ensemble des processus psychiques, relationnels, groupaux, institutionnels... générés par les interactions de cultures, dans un rapport d'échanges réciproques et dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle des partenaires en relation. » (61)

Ces médecins décrivent une rencontre interculturelle, et interpersonnelle où chaque protagoniste apporte son identité culturelle, mais aussi son identité individuelle.

Approche biomédicale et difficultés d'adaptation.

Chez d'autres médecins, l'approche biomédicale semble se heurter à des difficultés dont se ressent la relation médecin-patient. Ces difficultés peuvent être source de frustration, ou d'un sentiment de découragement pour les médecins interrogés.

Docteur G	<i>Les gens n'ont pas tout de suite conscience que c'est grave, ils n'ont pas mal, hein. S'ils n'ont jamais mal, donc euh pour eux c'est, on ne souffre pas donc, c'est, c'est pas grave (...) C'est pas un sujet facile le diabète, je veux dire euh, y'a pas de souffrance au départ... Je crois que quelque soit l'origine ethnique, y compris pour les gens qui maîtrisent bien le français, comme y'a pas de symptôme de souffrance au départ, c'est assez difficile de leur faire prendre en compte la maladie... Hein quelqu'un qui n'a pas mal, qui n'est pas handicapé, qui a pas de problème fonctionnel, euh... Le cholestérol, le diabète, l'hypertension, ça leur passe au dessus de la tête... (Soupirs)... Jusqu'au jour où ils font un infarctus (...) Les faire adhérer (les patients diabétiques en général) à un traitement, c'est pas évident (...) Le diabétique, l'HbA1c, ça lui cause pas trop hein, on a beau lui dire qu'elle est à huit ou neuf ou dix euh, lui il se sent bien...</i>
Docteur D	<i>(Le gros du problème pour un patient diabétique) eh ben c'est d'arriver à comprendre ce que c'est que le diabète, ne serait-ce que ça... Ne s'rait-ce que ça... C'est d'arriver à comprendre que, quand bien même je m'sens bien, qu'il y a quand même un problème...que quand bien même je m'sens bien, il va quand même falloir que je m'astreigne à un traitement chiant, et long. Et que ce sera tout le temps comme ça. Et que ce sera tout le temps comme ça. Bon gré, mal gré. C'est euh... euh...de comprendre que, même si j'ai, j'me sens bien, va quand même falloir que j'me torture les doigts, euh... que j'aille passer des visites à droite et à gauche, selon ah... un calendrier bien déterminé. Et... euh... que ça... ce ben... déjà c'est pas facile d'admettre autant d'inconvénients et autant de contraintes quand on... quand j'ferme les yeux, et quand j'bouche les oreilles ben tout va bien...euh, ça se ressent pas... ça se ressent pas. Ensuite, euh, tout ce qui est résultats d'examens sanguins, c'est très abstrait c'genre de choses-là, j'ai à faire à quelqu'un qui euh... comment dirais-je euh a euh une éducation qui lui permet rapidement d'appréhender que il puisse y avoir euh... une anomalie objective, avec des</i>

	<i>conséquences ultérieures simplement parce que j'ai un résultat sur du papier... ça va déjà être plus simple. Mais si j'ai à faire à quelqu'un qui euh n'a pas eu accès à cette éducation-là, euh... comment dirais-je euh... Il aura encore plus de mal à imaginer que simplement parce que on a fait une prise de sang et que on a un résultat sur du papier... Il va quand même falloir complètement changer sa vie pour euh soigner une maladie qui pour lui est imaginaire...</i>
--	--

➤ Education au régime diabétique et culture

Quelque soit la culture y compris la culture française, changer d'habitudes alimentaires est extrêmement difficile, car cela touche le privatif. La façon de s'alimenter reflète un passé, une éducation, un attachement social, familial, rappelle des souvenirs enfouis aux attaches profondes. La gageure consiste donc, pour le médecin, à adapter les messages diététiques tout en maintenant les notions de plaisir et de partage propres à toutes les cultures.

Difficultés et simplification diététique

Certains des médecins interrogés reconnaissent une approche simplifiée de la prise en charge diététique chez les patients de culture différente, ou pour lesquels existe un obstacle de langue. Les réflexions fréquemment retrouvées sont le fait de se retrouver ensemble entre femmes autour du thé et de gâteaux. Le docteur G exprime cette difficulté à transmettre les messages nutritionnels qui se heurtent aux habitudes alimentaires. Il nous dit faire appel à un endocrinologue-nutritionniste d'origine tunisienne pour la prise en charge diététique de certains de ses patients maghrébins.

Docteur G	<i>Mais par contre c'est les problèmes de régime alimentaire. Et alors là j'ai le cas de plusieurs patients en mémoire, donc des dames qui ont, euh, qui ne travaillent plus, qui sont retraitées, qui se réunissent les unes chez les autres, alors c'est (Sourires) le thé à la menthe sucré plus les gâteaux, les pâtisseries, elles ont pas conscience que bon, faut y faire attention (...) Il me semble qu'ils sont très axés sur des aliments plus sucrés que sur d'autres types de régime. Et j'ai beaucoup de mal à... à faire passer le message. (...) Pour le diabète, les aliments sucrés, la semoule, les pâtisseries, ... après ce sont des habitudes alimentaires, je crois que y'a certains types de populations qui diversifient pas le mode alimentaire, et bon par exemple les surpoids, les gens en surpoids originaires du Maghreb, c'est très difficile à, à prendre en charge aussi, quoi. Parce qu'ils ont une alimentation beaucoup à base de semoule, pareil les pâtisseries... Je bosse beaucoup avec Monsieur... C'est un endocrino nutritionniste, et donc euh pareil, je crois qu'il y a des habitudes alimentaires qui sont ancestrales... Je pense que c'est plus difficile de changer les habitudes alimentaires...</i>
-----------	--

Le Docteur A exprime également sa difficulté à établir une prise en charge diététique efficace, le surpoids étant un terrain sensible. L'embonpoint étant un signe de bonne santé dans la culture maghrébine, elle admet avoir peu d'emprise sur la prise en charge diététique. Les messages diététiques restent basiques et succincts. De plus, transmettre un message diététique au travers d'un tiers représente une difficulté supplémentaire, comme elle nous l'explique.

Docteur A	<i>C'est des patientes chez qui j'ai découvert le diabète, euh... certainement euh...elles devaient avoir une alimentation ... bien sucrée, avec tout ce qu'on sait des desserts sucrés des gens des pays du Maghreb etc. Elles ont fait attention à la fois, aux boissons, aux desserts, et après, c'est des diabètes de type 2... Elles sont euh, à part les problèmes de poids, d'obésité euh... Elles ont un suivi régulier. Voilà, une prise en charge médicamenteuse régulière (...)</i> Est-ce que les difficultés de compréhension linguistique entravent le respect du régime diabétique ? <i>Alors là certainement. Parce que euh... déjà, je sais pas trop ce qu'ils mangent eux... euh... et puis euh le temps de traduction est long, mais surtout moi... personnellement... c'est difficile. La prise en charge diététique, bon mises à part les généralités qui sont vite traduites. Vite traduites, vite transmises. C'est pas euh vraiment un travail de fond. Et encore moins j'dirais chez un diabétique de langue étrangère.</i>
-----------	---

L'approche culturelle

Le Docteur B souligne l'importance, avant de transmettre un message nutritionnel, d'être à l'écoute des difficultés et travailler, avec les patients, les habitudes, les représentations qu'ils ont de l'alimentation. Pour que le message alimentaire passe bien, il faut selon elle, se donner du temps pour que les habitudes alimentaires évoluent, lentement, mais sûrement.

Docteur B	<i>Alors... euh en matière de diététique, c'est un p'tit peu embêtant parce que, vous savez comment c'est hein, ... On est tous prêts à... quelque soit notre culture et notre niveau de compréhension à comprendre plein de choses, pi après on fait un peu comme on veut hein... (Soupirs) donc euh... faut pas mettre trop la pression sur la diététique, c'est très important, mais il faut aussi que les gens s'approprient... le, le but des consignes diététiques, alors, je... Pour deux familles, j'ai eu un p'tit peu peur qu'il y ait trop de pression quoi, hein, c'est pas de sucre, c'est pas sucre. Ben, bon ben, on sait bien, c'est pas de sucre, mais euh... il faut que les gens s'approprient ça. Si c'est de la privation pour être privé, c'est pas...Donc y'a une famille où c'était un p'tit peu, ça a été un</i>
-----------	--

	<i>p'tit peu plus compliqué euh... Ou j'dis on va prendre un p'tit peu son temps et pi euh... Il faut que les gens comprennent alors on n'a pas parlé du sucre, des gâteaux, de tout en même temps hein, on n'a pas parlé de tout en même temps. On a fait un p'tit peu progressivement...</i>
--	--

Le Docteur F décrit une prise en charge diététique à l'écoute, où elle aborde des thèmes fondamentaux ayant un rapport direct avec les conduites alimentaires. Ainsi, elle nous dit interroger ses patients sur leurs habitudes alimentaires, et rappelle en même temps que chaque culture a ses bonnes habitudes alimentaires. Elle part des habitudes alimentaires et des modes de vie des patients pour prioriser les messages à faire passer.

Docteur F	<i>L'interrogatoire alimentaire, je suis obligée de le faire un peu plus poussé. Parce que, quand on me dit « J'ai fait de la soupe », ça veut pas dire obligatoirement la même chose euh... quand on est lorrain pure souche, que quand on est algérien, ou marocain, ou turc. Les compositions d'un certain nombre de plats sont pas les mêmes, donc il faut rentrer dans les détails. Moi j'en n'ai pas la connaissance euh, personnelle quoi. Mais j'ai pas beaucoup plus de connaissance personnelle d'ailleurs de... de vermicelles euh (Sourires) à la soupe aux choux...J pense que pour chaque personne il faut rentrer dans les détails (...) j'ai l'habitude de leur dire (aux patients diabétiques) ben « qu'est-ce que vous avez mangé ? », on commence depuis le début. Et pas à dire euh : « Vous devez manger ça, faire comme ça. » C'est-à-dire, euh, bon ben voilà : « Hier, euh la journée d'hier, y'a ça c'était bien, ça, ça colle pas. Euh ça, est-ce qu'on peut le remplacer par ça ? Est-ce que c'est possible ? Est-ce que c'est dans vos habitudes ? Est-ce que... ? » (...) Y'a beaucoup d'habitudes des Maghrébins qui font que le suivi chez eux est souvent plus facile (...) l'alimentation est souvent un peu moins riche, moins cochon, moins... Par la force des habitudes... et donc souvent moins riche en lipides que la nôtre.</i>
-----------	--

Le Docteur F évoque également l'offre alimentaire pléthorique qui existe en France par rapport au pays d'origine, et qui entrave la prise en charge diététique, comme nous le verrons dans une analyse consacrée à l'influence du parcours migratoire sur le diabète.

Le Docteur C reconnaît l'alimentation comme vecteur d'identité culturelle et de communication. Le patrimoine culturel, l'existence de modèles sont des points forts de la prise en charge diététique des migrants diabétiques. Il cite des règles culturelles ancrées telles que : préparer beaucoup à manger en cas de visite inopinée, apporter des gâteaux quand on est invité, se resservir d'un plat, l'abondance de mets sucrés servis à des invités, preuve de l'honneur qui leur est fait. Ces règles ou ces rites du « bien recevoir » doivent être pour lui

pris en compte et être l'objet de discussion avec le patient diabétique pour assurer une prise en charge diététique efficace. Il utilise les questionnaires alimentaires. Il déplore également que certains diabétiques maghrébins intègrent à la cuisine de leur pays d'origine, l'alimentation occidentale avec tous ses excès.

Docteur C	Est-ce que les patients vous font part de leur interprétation d'un mauvais résultat d'hémoglobine glyquée ? <i>Ah ben c'est « J'ai beaucoup mangé la veille » ou « C'était le mariage de mon fils » euh... « J'ai beaucoup mangé la veille », enfin bon. Oui, ils arrivent toujours à dire pourquoi c'est mauvais quoi. (...) bon, je démasque assez facilement les grignoteurs etc. Donc euh, si vous voulez, je leur laisse pas trop de... Très vite, je... Je euh... Très vite, je euh... Je leur euh... D'abord, je leur fais facilement faire des enquêtes nutritionnelles. Oui, donc euh souvent, je donne des enquêtes nutritionnelles sur une semaine quoi, hein, donc ils reviennent une semaine après. Donc en général, je sais quand même ce qu'ils mangent quoi. (...)</i> <i>Si vous reprenez un peu l'histoire culturelle (...) j'veux dire la prévalence (du diabète) qui est forte, c'est quand même euh... l'évolution de l'alimentation. Finalement, les gens ils bouffaient quoi... de la vieille biquette qu'ils faisaient cramer, quand ils n'en pouvaient plus, nan, j'veux dire, comme nous on bouffait les poules hein ! (Sourires) Hein, euh, ils mangeaient le méchoui dans le désert et puis des dattes et puis de la galette et puis basta hein ! Euh... quelques fruits et puis c'est tout, le reste c'est du, c'est avec la colonisation française.</i> Vous remarquez chez vos patients maghrébins une tendance à la prise de poids plus importante ? <i>Ah ben oui, mais enfin, culturellement, les jeunes générations se, se veulent plus sveltes et en forme, mais euh... Les « mamas », si vous voulez le culte de la mère pléthorique est quand même bien ancré quoi hein... Or quand on voit les, les... Bon je connais mieux le Maroc que l'Algérie, mais euh, quand on voit les Berbères, les femmes berbères, etc. du Haut-Atlas, du Moyen-Atlas, elle sont pas grosses hein, elles ont pas... C'est euh... Plus on descend dans la cité, plus euh...</i>
-----------	--

Ainsi, les messages alimentaires tiennent une place très variable dans la prise en charge des diabétiques en contexte interculturel. Selon les médecins interrogés, les conseils diététiques sont en prise directe avec la culture du patient ou au contraire très simplifiés et généralisés.

De façon certes assez théorique, l'approche culturelle par le soignant, consistant à prendre en compte les habitudes alimentaires, les coutumes spécifiques, les représentations de l'alimentation, permet d'aboutir à un espace de dialogue et d'échange où pourront coexister traditions, santé, et équilibre alimentaire.

2.2.1.2. Aspects culturels de la prise en charge du diabète de type 2 chez les patients maghrébins

➤ Ramadan et diabète

La problématique du Ramadan et son influence sur la prise en charge des patients diabétiques maghrébins sont soulevées par le Docteur F et le Docteur C.

Le jeûne du Ramadan, qui fait partie des cinq obligations fondamentales de l'Islam, consiste à ne pas manger, ni boire, entre autres, entre le lever et le coucher du soleil pendant le mois de Ramadan, neuvième mois de l'année lunaire musulmane. (124). Seules les personnes aptes à jeûner doivent faire le Ramadan, et le Coran énumère un certain nombre de dispenses, notamment les malades. Le mois de Ramadan est également l'occasion pour les familles de se réunir au soir après la rupture du jeûne. Généralement, les familles prennent un dernier repas très tard dans la nuit (*shor*). Les pâtisseries tiennent une place importante pendant le mois de Ramadan, avec des spécialités composées uniquement à cette période de l'année.

Dans la pratique, le Ramadan est la prescription coranique la plus respectée dans le monde musulman : c'est un des rares moments où tous les musulmans communient, par l'abstention de nourriture. (110)

En théorie, le patient diabétique peut donc être exempté de jeûne, du fait du haut risque que représente pour sa maladie, un jeûne prolongé, ou le déséquilibre provoqué par un repas unique trop riche.

Le médecin « ne fait pas autorité » en matière de Ramadan.

Le Docteur F et le Docteur C déplorent les effets délétères du jeûne sur la santé de leurs patients diabétiques maghrébins, pour autant, cet état de fait est accepté avec des adaptations comme nous allons le voir. Ces deux médecins ont lu dans le Coran, les principes relatifs au Ramadan, et échangent leurs points de vue avec les patients. Le docteur F reste pragmatique et accepte le choix de ses patients en s'adaptant.

Docteur F	Est-ce que vous posez des questions sur la façon dont les patients se représentent la maladie, leur vécu de la maladie ? (...) <i>ça se pose au moment du Ramadan, et euh... Des gens à qui je demande si ils font le jeûne ou pas. Y'en a pour qui je dis, ce serait mieux que, que vous le faisiez pas. « Oui mais. C'est important pour moi. »</i> Y a t il une majorité de vos patients diabétiques maghrébins qui font le
-----------	--

	Ramadan ? <i>Oui</i> Et dans ce cas, comment est-ce qu'ils gèrent les traitements ? <i>Pas trop mal.</i> Généralement, les hémoglobines glyquées après ce mois, elles sont... <i>Elles sont plus hautes mais bon... Ils se sucent avant, ils se sucent après (Sourires). Ou alors ils ne prennent pas les médicaments.</i> Est-ce que vous leur dites que ce serait mieux de ne pas faire le Ramadan, par rapport leur maladie ? <i>Oui, ça m'est arrivé euh... ça m'arrive pas souvent, mais quand y'a des, des risques hypo importants, bon... Comment dire... J'arrive assez souvent à parler de... de sens quoi, de... euh... J'ai... La primauté qu'a la vie par rapport au jeûne... Et que, je leur dit... Je croyais que dans le Coran, il était dit que... le plus important c'était la vie ! (Sourires). Quand euh, vraiment, y'a des situations qui peuvent mettre en danger quoi. Et puis on en discute. Et puis donc euh...soit... Soit ils acceptent, soit ils disent « Oui vous avez raison, je garde mon traitement, je ferai attention, et je mangerai ». Ou sinon, j'allège le traitement quoi. Je prends les dispositions qu'il faut pour que ce soit pas dangereux.</i>
--	--

Le Docteur C exprime un sentiment d'échec, échec dont il « démissionne ». Son discours est résigné quant au choix du patient diabétique de pratiquer le Ramadan. Il a cependant une bonne connaissance culturelle des traditions et rythmes pendant le mois de Ramadan.

Docteur C	<i>Y'a la problématique du Ramadan. Euh... C'est-à-dire que... y'a une vraie problématique... puisque un mois de Ramadan, ça fait euh... cinq mois de diabète déséquilibré. A peu près. (...) Si vous voulez en clair, moi je m'évertuais quand même à ressortir les écrits de la Mosquée de Paris, en leur disant que, pour le diabète, normalement, ils étaient dispensés de Ramadan. Mais qu'en fait ils voulaient pas du tout l'entendre. Donc en fait moi depuis quatre ans, euh...J'fais comme si euh de rien n'était, je constate. Je démissionne totalement. Je fais plus d'effort de, d'intégration... De... Enfin en plus... J'ai pas à me prononcer sur la vie des gens (...) moi j'trouve que de plus en plus y'a un dévoiement de ce que les gens mangeaient y'a dix ans pendant le Ramadan, et ce qu'ils mangent maintenant quoi. J'trouve que ça devient... délirant quoi, donc on a... On a des glycémies... Bon déjà les gens normaux, enfin qui ont aucun problème de santé, bon j'veux dire euh... Et puis les diabétiques euh bon on a des glycémies qui remontent à quatre, cinq grammes, des hémoglobines glyquées qui sont à neuf, dix, alors qu'on était à six, cinq (...) J'crois que le truc c'est que toute manière c'est la fête, donc on mange le soir, et puis euh... Alors soit en plus ils mangent pas le matin... Euh donc ils ont un ou deux repas du soir qui sont complètement euh... pléthoriques. Et puis la journée ils s'entraînent, ils sont fatigués, et bon euh...</i>
-----------	--

	(...) Expliquer qu'il faut qu'ils se lèvent tôt. Et en plus, on n'arrive pas à ... Enfin... Alors, ça dépend des années hein, y'a des années qui sont plus faciles, quand c'est en hiver... Quand c'est six heures, après à la limite, ils se lèvent. Mais si vous voulez, le problème, c'est qu'ils sont vraiment asynchrones quoi. C'est-à-dire que c'est vraiment tout le soir. Et puis euh... Et alors je crois que l'Algérien est plus têtu que le Marocain... Mais je crois, enfin, c'est aussi une question de culture, enfin, par rapport à ce qu'ils mangent. Disons que le Marocain, c'est un peu plus varié que les Algériens. Donc euh... A la limite, l'Algérien, qu'il y ait un seul repas, ça le dérange pas quoi... Le Tunisien, ça dépend en fait. Mais ils sont assez gourmands, ils aiment bien les gâteaux. J peux vous dire aussi, c'est fonction des gâteaux qu'ils me ramènent aussi. Au mois de Ramadan, c'est le bon test hein. Quand ils amènent des gâteaux, s'ils sont bons, vous vous dites : « ça va être un désastre »... Parce que c'est ceux-là (les patients diabétiques) qui vous amènent des gâteaux hein, c'est pas les autres... (Sourire)
--	---

La question de la motivation du patient diabétique maghrébin au jeûne de Ramadan

Les Docteurs F et C ont deux points de vue différents sur la motivation des patients diabétiques maghrébins à suivre le jeûne du mois de Ramadan.

Le Docteur F estime qu'il n'est pas de son ressort de discuter la motivation spirituelle de pratiquer le Ramadan, en dehors du message médical qu'elle doit faire passer sur ses conséquences sur le diabète.

Docteur F	Est-ce que les patients vous parlent de leur motivation à respecter ce mois de Ramadan, malgré le diabète ? <i>En dehors du fait qu'ils doivent le faire, non. Que ça fait partie de... de ce qu'ils doivent faire. La sensation de devoir, non... Comment dire ? (Hésitation) ... J pense pas que c'est... Enfin si on discutait avec un certain nombre de catholiques, on leur demandait pourquoi ils respectent telle mesure, euh, tel précepte euh, on n'aurait pas plus de réponse. C'est, c'est parce que c'est normal, parce que je dois, parce que... Parce que je suis musulman, ou parce que je suis chrétien. Donc. J pense que... J suis pas sûre, d'abord j questionne pas parce que euh... ça me r'garde pas moi. S'ils m'en parlent, ils m'en parlent, mais... J suis pas censée euh... Et puis d'autre part, j'ai p't-être pas le fondement non plus euh... de la connaissance de la religion pour intervenir.</i>
-----------	--

Le Docteur C tente d'analyser les motivations à la pratique du jeûne de Ramadan et les replacent dans la perpétuation des pratiques sociales de la communauté maghrébine.

Docteur C	Vous avez beaucoup de patients diabétiques qui font malgré tout le Ramadan ? <i>Quasiment tous. Alors (...) moi je me suis un peu désinvesti maintenant de ça, et c'est pas... Hein, c'est, sociologiquement, c'est intéressant parce que ça veut dire que, quelque part, si on est... Parce que finalement, ils sont pas hyper, hyper pratiquants quand même. Mais bon on est dans une tradition inculquée, enfin... qui reproduisent sans savoir, sans savoir vraiment quelle est l'origine quoi.</i>
-----------	--

Le but de perpétuer cette pratique religieuse peut être lié à la motivation des Maghrébins de se retrouver au sein d'une même communauté. Dispersés sur l'ensemble du territoire français, les Maghrébins n'ont pas le sentiment d'appartenir à une communauté, et c'est la référence à une croyance, l'Islam, qui permettrait de donner un contenu à l'idée de communauté. (110)

Dans le contexte d'exercice du Docteur C, lorsque le voisinage est constitué d'autres pratiquants, la rupture du jeûne au soir prend une allure festive, comme ce peut être le cas dans les grands ensembles, où le regroupement par communauté loge tout le monde, c'est le cas de le dire, à la même enseigne.

Dans sa thèse « Représentations du diabète dans une population diabétique originaire du Maghreb », M. Desplats interroge des patients diabétiques maghrébins sur leur sentiment vis-à-vis du jeûne du mois de Ramadan. Les entretiens révèlent que la décision du patient de ne plus faire le Ramadan, pour raison de santé, est très difficile à prendre. « Elle opère comme un véritable déchirement entre deux obligations, médicale et religieuse, et beaucoup se sentent tristes et exclus du groupe social particulièrement soudé lors de ce mois de fête. Ceux qui observent les aménagements permis par la religion, sont souvent perçus comme des mauvais pratiquants. » (114)

M. Khellil écrit dans *L'exil kabyle* « L'émigré a une propension à regagner le village natal (à réintégrer la famille) (...) La notion d'ancêtre joue un rôle important, et l'on redoute toujours la honte que peuvent ressentir les siens si on se fixe définitivement à l'étranger, loin de la terre des ancêtres. C'est pourquoi beaucoup d'anciens émigrés n'ont pas attendu d'être à la retraite pour regagner leurs villages et se consacrer à la pratique religieuse après la parenthèse de la vie en exil où l'on est toujours suspecté d'athéisme. » (122)

Ainsi, le médecin n'a pas autorité en matière de Ramadan ou d'explication du Coran. Pour autant, l'adhésion par la discussion avec le patient, à des aménagements du traitement, et à

une surveillance rapprochée, peut constituer une alternative dans cette relation interculturelle, avec la possibilité d'un jeûne sans répercussions trop sévères sur l'équilibre glycémique.

➤ La primauté du groupe social sur l'individu

Le Docteur E souligne une particularité culturelle rencontrée avec certains patients d'origine maghrébine qui concerne le poids de la fonction sociale chez les immigrés maghrébins.

Docteur E	<i>J'ai un monsieur qui est diabétique... lui c'est un diabète qui est pas très bien équilibré, mais bon euh... sa famille c'est l'essentiel pour lui, donc euh... Il a fait un très beau mariage pour son fils, c'était vraiment somptueux... euh bon... Voilà il a réussi à s'acheter une maison, voilà... Pour lui, c'est ça qui compte... Bon ben son diabète ça va coussi-coussa, mais ça l'empêche pas de dormir, c'est pas sa préoccupation quoi... C'est pas lié, bon y'a pas de problème de compréhension hein, ... C'est... C'est comme ça, bon lui effectivement il est marocain, j pense que sa culture elle est... Elle est importante dans cette histoire là... C'est quelqu'un... C'est sa vie sociale qui prime quoi, par rapport à ses préoccupations personnelles de santé... ça me semble être un petit peu lié à... à la culture maghrébine en tout cas... l'idée que je m'en fais en tout cas... (Sourire) bon je pense que ça pourrait être pareil pour les français bien sûr hein, mais... il a une vision plus sociale qu'individuelle du problème... Donc son corps à lui, ben comment il est ça le dérange pas trop, c'est pas trop grave... Un autre monsieur... lui ça va sur le plan du diabète euh... il est bien équilibré, il fait attention, je pense qu' »il comprend bien les enjeux. La difficulté qu'il a, lui, c'est que... il est assez dépressif, c'est lié au fait qu'il a pas de travail, il a plus de travail. Bon c'est un senior qui a été mis en préretraite... et donc depuis ce temps-là, il se sent inutile, il se demande ce qu'il fait en France... Quand il était chez lui, c'était l'homme qui savait tout faire... polyvalent, très qualifié. Et puis là, il se retrouve euh... considéré comme désormais incapable de quoi que ce soit, donc euh, il le vit très mal...</i>
-----------	--

Il transparaît des exemples cités par le Docteur E que l'homme maghrébin existe avant tout par la fonction sociale ou professionnelle qu'il exerce. Nous avons eu l'occasion de souligner par ailleurs, les particularités des trajectoires migratoires chez les Maghrébins. La cause principale de l'émigration étant d'ordre économique, le migrant ne peut concevoir une situation d'échec économique, et si tel est le cas, c'est le sens même de son parcours qui est remis en cause. D'où cette priorité donnée par le patient à sa fonction de chef de famille, qui passe avant la prise en charge individuelle de son diabète. Pour le second patient, le travail constitue une valeur fondamentale, le sens de sa trajectoire personnelle. A. Sayad écrit, à propos de cette relation de l'immigré maghrébin au travail : « Le travail étant ce qui donne

aux yeux de tout le monde, sens, raison, et justification à cette présence qui, idéalement, n'aurait pas à être ; et aussi comme une présence justiciable d'un travail permanent de légitimation n'ayant pas de légitimité intrinsèque, c'est-à-dire n'ayant pas elle-même sa propre fin... Comment exister hors du travail, quand on n'a d'existence que par le travail et pour le travail ? » (121)

Cette primauté du groupe sur l'individu est également mentionnée par le Docteur A qui relate l'exemple d'un patient diabétique dont la priorité est l'envoi d'argent à sa famille plutôt que le financement d'une mutuelle pour la prise en charge de son diabète.

Docteur A	<i>Il refuse de prendre une mutuelle parce qu'il aide ses enfants au pays, au Maroc, il envoie de l'argent. Il envoie de l'argent parce que c'est comme ça. Et ça passe a-vant sa mutuelle, donc sans mutuelle...</i>
-----------	--

Dans cette priorité donnée au groupe plutôt qu'à l'individu, on retrouve la solidarité, l'hospitalité du pays d'origine, transposées dans les mêmes formes et conditions. L'indivision, la solidarité entre les membres du groupe est garante d'une sécurité d'un point de vue économique et social.

Cela nous amène à analyser plus particulièrement la représentation qu'ont les médecins des patients d'origine maghrébine.

2.2.2. Représentations du patient maghrébin

2.2.2.1. Une structure familiale solide au service du malade diabétique

Les Docteurs A, B, et F expriment l'idée de suivi attentif des patients maghrébins en général, et également la notion d'aide particulièrement attentionnée des enfants à leurs parents, enfin la notion d'entraide communautaire, aussi, au sein des foyers.

Docteur A	<i>J'ai une clientèle qui euh qui comprend des patients venant du Maghreb... et je vais dire que... je sais pas si c'est une question de... qui concerne ces patients en particulier, mais euh... Ils ont un suivi euh... Ils ont vraiment écouté, et ils ont des bons résultats... Je pense qu'il y a une aide aussi de la part de leurs enfants. C'est euh... J'ai trois femmes. Elles sont venues toutes les trois avec leur fille... euh... une avec leur fils, et euh... Il semble qu'elles aient bien compris ce que j'ai transmis au début.</i>
-----------	--

Le Docteur B remarque également un renforcement positif des consignes médicales et un suivi facilité par l'intervention des membres de la famille maghrébine.

Docteur B	<i>J'trouve que la famille, les familles, elles fonctionnent pas, pas comme les familles françaises hein... et euh... J'ai l'impression que ça fait partie de leur... de leurs tâches, et ben d'accompagner leurs parents ou... Voilà, ça, ça les embête pas quoi... Pi ils ont un grand respect mutuel et... effectivement ils restituent bien comme il faut la consultation et... Voilà.</i>
-----------	--

Le Docteur F évoque l'entraide communautaire.

Docteur F	<i>J'me souviens d'un patient qui... qui est algérien (...) Il a tout à fait bien réussi (à équilibrer son diabète). Il a même éduqué, dans son foyer, plusieurs personnes au niveau diététique.</i>
-----------	--

2.2.2.2. La connaissance subjective de la condition de travailleur immigré maghrébin

La plupart des médecins connaissent l'importance du statut de réalisation par le travail chez leurs patients maghrébins. La présence des Maghrébins en France est rattachée à une immigration de travailleurs.

Le Docteur B évoque le cas de ses patients maghrébins venus seuls pour travailler et évoque la permanence des contacts entretenus par ces travailleurs avec le pays d'origine, aux réalisations duquel ils participent à distance : envoi d'argent, séjours réguliers au pays. Ce médecin a la conscience d'un exil douloureux pour ces patients. Le fait d'intégrer cette dimension culturelle, sans la généraliser, dans sa prise en charge enrichit probablement la relation soignante.

Docteur B	<i>Les travailleurs immigrés qui ne faisaient pas venir leur famille, ils étaient complètement dans leur boulot, complètement dans leurs foyers, dans le fait de dépenser très peu d'argent, et puis euh d'envoyer tout leur argent dans leur famille, et puis de repartir le plus vite possible quand c'était les vacances. Ils, ils n'essayaient pas trop de sortir de leur communauté, parce que, parce que le cœur il était ailleurs quoi... Alors que... Enfin. C'est, c'est un peu réducteur ce que je dis là, mais j'ai vé..., j'ai connu des gens comme ça... Et c'est des gens comme ça qui maintenant sont à la retraite et qui savent plus où ils habitent hein...</i>
-----------	---

Le Docteur F évoque ses patients maghrébins issus de la première génération d'immigration des années 60-70, qui appartenaient majoritairement à la classe ouvrière.

Docteur F	<i>Ce sont des gens qui sont là depuis longtemps (...) c'est des gens qui ont travaillé, qui ont été ouvriers, etc.</i>
-----------	---

2.2.2.3. La connaissance de la problématique douloureuse du retour au pays

C'est encore le Docteur B qui soumet son sentiment sur l'exil douloureux de ses patients maghrébins, et sur la question déchirante du retour au pays, processus dont nous avons vu, du point de vue des patients, qu'il était souvent incomplet et à l'origine d'un véritable tiraillement entre les deux pays. La prise en compte des projets de vie de ses patients fait partie intégrante de la prise en charge pour ce médecin.

Docteur B	<i>Moi je leur demande, enfin j'essaie de préparer la retraite des gens. On va dire euh « vous allez être en retraite bientôt ? Vous allez faire quoi ? » Euh parce que ... y'a des gens qui attendent la retraite, y'en a d'autres qui sont effondrés d'être en retraite, puis y'en a d'autres qui pensaient que ça irait, ça va pas du tout, des gens qui pensaient qu'ils seraient venus dans le sud, alors qu'ils ont toujours vécu ici, ils sont très malheureux, ils reviennent parce qu'ils ont vécu... euh, vous voyez ils reviennent parce qu'ils ont vécu ... euh, vous voyez, on a tout ça, donc, je parle volontiers de ça... et, je m'rends compte que ... et bien ... c'est ... les gens maghrébins hein ... Ils avaient toujours pensé qu'ils repartiraient vivre chez eux parce qu'ils sont ici, ils ont rien hein. En foyer ils ont rien. Enfin, ils ont rien. Ils ont le minimum de choses, bon souvent. Et puis en fin de compte, ils restent, parce qu'ils ont toujours travaillé ici, donc ils vont chez eux, mais pas souvent. Même pas forcément tous les ans. Pas plus qu'un mois. J'en connais beaucoup comme ça. Des hommes hein. J'en connais d'autres qui vivent ça très bien, qui vivent soit ici, pi ils vont là bas, et pi c'est très bien, et c'est un choix. Ou alors qui habitent là-bas et puis qui reviennent un p'tit peu ici, même six mois-six mois. Y'en a beaucoup qui vivent ça très bien. Mais y'en a beaucoup aussi qui ... leur période de retraite elle suit un peu leur période active ici, pi qu'ils se posent plus trop de questions, je... je... Puis des fois je leur demande si euh ils sont biens quand ils sont dans leur famille, s'ils sont bien quand ils sont au pays, ils disent oui mais on est là quoi, on habite là euh ... Alors y'a aussi après l'accès aux soins hein qui ... dont il faut beaucoup parler... Mais, souvent c'est pas le problème. C'est souvent c'est pas le problème.</i>
-----------	--

2.2.2.4. Des trajectoires précarisantes de migrants vieillissants

Le Docteur B souligne la blessure que représente l'éloignement familial pour ses patients maghrébins vieillissants vivant en foyer. L'isolement familial est une véritable douleur, qui entraîne pour eux au moment de la retraite, une perte de sens et de repères concernant leur parcours migratoire. La vie dans le « foyer d'immigrés » est une vie de « solitudes », d'isolement domestique à plusieurs qui peut donner lieu à des relais de camaraderie, mais ne peut pas compenser la vie riche d'investissements affectifs d'un vrai « foyer ». Les immigrés qui vieillissent seuls en France sont toujours partagés entre le désir de retourner chez eux et la hantise de ne plus pouvoir se sentir à l'aise auprès des leurs. Les expériences passées des retours temporaires au pays ont pu leur faire sentir la distance qui s'est installée entre eux et ceux qu'ils ont laissés derrière eux.

Docteur B	<i>J'trouve ça un p'tit peu triste. Et c'est souvent des gens qui parlent pas forcément trop le français. Et ... parce qu'ici on a un foyer, le foyer ... un foyer d'hébergement, où c'est d'ailleurs pas très facile parce que ... Y'a beaucoup de gens qui vieillissent, là. Et y'a des jeunes en grande difficulté, sociale hein, qui habitent dans ces foyers. Donc ça fait des mélanges un peu détonants, de bruits, de choses qui sont pas forcément, faciles... euh ... voilà... On sort un p'tit peu du cadre mais (rires) j pense que c'était important que je vous dise ça !</i>
-----------	--

2.2.2.5. Le paradoxe de la maîtrise linguistique chez les patients maghrébins

Nous avons interrogé les médecins sur les difficultés rencontrées pour la prise charge de leurs patients ne maîtrisant pas la langue française, et nous allons consacrer un chapitre sur cette problématique. Cependant, dans ce chapitre consacré à la représentation par les médecins du patient maghrébin, nous voudrions soulever un paradoxe : bien que les médecins nous disent majoritairement ne pas avoir de difficulté liée à la barrière linguistique avec leurs patients maghrébins, ils évoquent la variabilité de niveaux de maîtrise de la langue chez les patients maghrébins, et chez les patientes maghrébines, la consultation est fréquemment conduite avec l'un de leurs enfants, qui relaye les messages médicaux.

➤ « Un bagage linguistique » suffisant ?

Le Docteur D et le Docteur F soulignent que leurs patients maghrébins ont rarement un obstacle de langue en français. Cependant, le Docteur D utilise une restriction de langage dans l'extrait cité où peut être perçue une forme d'accommodation à une barrière relative de compréhension et de communication. Le Docteur F exprime une restriction du même ordre, et cette restriction se traduit dans la construction de sa phrase par une première affirmation exprimée sur le mode indicatif, et le reste de la phrase qui s'exprime sur le mode subjonctif, comme une hypothèse. Elle exprime également l'idée que le « bagage linguistique » des patients maghrébins est suffisant pour communiquer sur le diabète.

Docteur D	<i>Alors, en l'occurrence des patients d'origine maghrébine qui parlent pas français au point de ne pas permettre la communication, c'est très rare.</i>
Docteur F	<i>Je disais, les Maghrébins, c'est rare (avec insistance), sauf quand ce sont des gens qui viennent de... euh, rejoindre leur famille, euh... Mais la plupart du temps, ce sont des gens qui sont là depuis longtemps. Et donc qui ont un bagage linguistique euh... qui leur permette de se débrouiller pour les choses de base (...) La langue me semble pas un gros problème. Parce que c'est des gens avec qui euh... euh on communique facilement sur des choses simples. Et que... le diabète, c'est pas une maladie si compliquée que ça. Enfin... C'est plus difficile pour euh... équilibrer un Parkinson, pour des choses comme ça...Des choses où il faut faire appel à la description.</i>

➤ Des niveaux de compréhension variables

Ce point est souligné par le Docteur E.

Docteur E	<i>Si je reprends... dans mes patients (d'origine maghrébine)... Monsieur X (patient marocain dont il est question dans le chapitre social) ...c'est un peu particulier, lui c'est autre chose... Là y'a pas de problème linguistique. Monsieur Y (patient vivant en foyer) ...y'a quand même beaucoup de difficultés de compréhension... (...) Alors Madame C par exemple, c'est une dame qui est diabétique aussi... et euh... bon ben effectivement elle parle pas français... enfin du moins elle parle très peu... euh... Mais, ce sont ses filles qui font le relais. (...) Ceux qui n' parlent pas du tout français euh... c'est rare, souvent y'a quand même un petit peu de français.</i>
-----------	--

➤ Des hypothèses sur la persistance d'une barrière linguistique chez les patients maghrébins ?

Le Docteur B donne son point de vue et le replace dans la trajectoire migratoire de ses patients. Elle évoque les travailleurs maghrébins venus seuls d'une part, et les familles maghrébines ayant bénéficié du regroupement familial d'autre part, en soulignant la barrière linguistique des femmes maghrébines issues de cette première génération d'immigration.

Docteur B	<i>Les travailleurs immigrés qui ne faisaient pas venir leur famille (...) ils n'essayaient pas trop de, de sortir de leur communauté, parce que, parce que le cœur il était ailleurs quoi (...) et c'est souvent des gens qui parlent pas forcément trop le français. (...) Par contre euh, les travailleurs immigrés qui ont fait venir leur épouse, c'est souvent des gens qui parlent français. Mais pas les dames. Souvent pas les dames hein. (...) Elles viennent avec leurs enfants. (...) Avec leurs filles, ou avec leurs nièces.</i>
-----------	---

➤ Un état de fait cultivé par la complicité entre le médecin et son patient maghrébin ?

Le Docteur A nous explique qu'il existe effectivement une barrière linguistique relative chez la plupart de ses patients maghrébins issus de la première génération, avec laquelle elle s'est accoutumée. La relation s'est construite sur une acceptation tacite de règles de communication tout à fait originales comme nous le voyons dans cet extrait :

Docteur A	<i>Et par rapport aux patients maghrébins qui sont issus de l'immigration du début des années 70, et qui ont un français encore approximatif, malgré plusieurs années passées en France, qu'en pensez-vous ?</i> <i>Ben je pense qu'avec eux, ça va, parce que ... C'est pas avec eux que j'ai le plus de problèmes... c'est l'immigration turque, turque des montagnes, turque des villages... qui sont tellement entre eux, et franchement, on a l'impression que l'extérieur les intéresse pas, et puis si, ces familles qui vivent en famille, et là, même, familles élargies... sans euh ... sans trop de lien avec l'extérieur. Franchement euh, les Maghrébins j'ai quasi pas de problème, il doit y avoir un petit peu de français, j'ai même des ... des vieux retraités qui ont fait venir leur femme, leur femme qui parle pas français, euh ... ni euh ... je sais pas comment dire. C'est jamais lourd. Même si, même si y'a plein de problèmes culturels euh, la douleur des femmes, la demande de médicaments, la demande de piqûres. Ça a un peu diminué là maintenant, venant du Maghreb, euh c'était des piqûres ou rien. Ça c'est passé hein maintenant, c'était vraiment au début de notre travail, hein, on avait tous remarqué ça euh, ils voulaient des piqûres. Maintenant, les traitements se font sans piqûre, mais ces vieilles femmes qui disent pas un mot de français, ne me font pas le même effet. Voilà, parce qu'elles ont leur mari qui traduit, et parce que voilà, même si elles sont là depuis longtemps, même si elles ont pas décroché plus de mots de français, c'est comme si elles comprenaient un peu... Vous voyez ce que je veux dire ? oui, et en tout cas, les messages principaux sont ...</i>
-----------	--

	<i>Oh oui, oui, oui, comment je vais dire ... les hommes qui sont là parlent un français, parlent français couramment, leurs enfants parlent français euh, ... Donc euh, les traductions euh, la confiance aussi, la confiance euh ... ça va. Ils ont confiance... donc euh la consultation en général ça va, c'est, y'a pas de gros coup d'éclat...</i>
--	--

Ainsi, comme nous l'avons envisagé dans l'analyse consacrée aux entretiens avec les patients, la maîtrise variable du français par les Maghrébins a été déterminée par l'histoire migratoire et individuelle, mais conditionnée également par le passé colonial entre la France et l'Algérie notamment.

Si une majorité d'immigrés maghrébins parlent le français avec des niveaux de maîtrise variable, en revanche, peu le lisent ou l'écrivent parfaitement. Certains médecins ont souligné la « discrète courtoisie » de leurs patients maghrébins. Chez les patients maghrébins existe un réel complexe dû à la langue, mais le sentiment aussi, culturel, de rester discret sur ses difficultés.

M. Khellil écrit dans *L'exil kabyle*, à propos de ce complexe linguistique et culturel, « Ce manque de communication réelle entre la communauté des émigrés et la population des autochtones n'a pas toujours été le fait des collègues français. Il faut rappeler que dans notre cas particulier, les émigrés kabyles semblent s'être toujours tenus à l'écart de toute réglementation sociale dont ils n'ont d'ailleurs bénéficié que très tard. C'est pourquoi ils avaient leur propre caisse, alimentée par des cotisations mensuelles, destinées à secourir les chômeurs ou les malades. De même, en cas de décès, une quête est rapidement organisée pour envoyer le corps au village natal, car on ne conçoit pas d'être enseveli en terre étrangère. Il s'agit de tout un système de relations sociales destinées à pallier les carences affectives nées de l'exil. Cette façon de concevoir la vie en commun même au-delà des frontières nationales, a été un obstacle à ce que d'aucuns ont appelé la « mobilité horizontale », dans la mesure où les rapports avec les autochtones se limitent au strict minimum. Les deux communautés vont vivre côte à côte. » (122)

Ces considérations nous amènent à nous interroger sur le vécu, en contexte interculturel, de la relation thérapeutique du médecin avec les patients diabétiques issus du Maghreb. Nous analysons également les particularités de la prise en charge des patients diabétiques maghrébins liées aux trajectoires migratoires de ces derniers.

2.2.3. Les particularités de la relation thérapeutique

2.2.3.1. Une relation originale

➤ Le tutoiement

Le Docteur F, en parlant de l'un de ses patients maghrébins, révèle qu'ils se tutoient au cours de la consultation. Elle l'évoque à peine dans une adaptation paraissant toute naturelle à une culture où le tutoiement n'est ni péjoratif, ni le signe d'un irrespect. De même, le Docteur C nous dit tutoyer ses patients maghrébins et en donne l'explication et la justification.

Docteur F	<i>Quand j'ai commencé à lui dire qu'il était diabétique, il m'a dit : « T'inquiète pas Docteur, tu vas voir. J'vais m'mettre au régime. »</i>
Docteur C	<i>Je tutoyais, par nature, je tutoie plutôt les gens. Et en fait euh, les diabétiques maghrébins, je les tutoie maintenant. Je dis « Tu fais ça, tu fais ça. », et c'est, si vous voulez statistiquement, y'a une amélioration depuis que j'ai pris une certaine autorité directive, de planifier « tu fais ça, tu fais ci, tu fais ça ». Alors que quand je disais « vous ferez ça », même si je donnais les courriers, c'était pas fait. Comment vous expliquez cela ? Ben je pense c'est la perception du, du, enfin du «vous», du «tu», enfin... C'est, j pense que du, du fait que j les tutoie, ils pensent que je suis plus impliqué, parce que entre eux, quand ils se parlent entre eux, ils se tutoient plus facilement, quand ils parlent français qu'ils utilisent « vous » quoi. Donc ils pensent que je suis plus impliqué dans leur vie personnelle en les tutoyant quoi. Et là, comme, si vous voulez, en fait souvent les gens ils disent pas Docteur ... (nom du médecin), ils disent Docteur ... (prénom du médecin). Bon donc euh... Quand ils m'appellent pas carrément par le prénom, mais si vous voulez, y'a des gens qui pensent... Si vous voulez, y'a des courriers, ils disent aux gens, « ben oui c'est le Docteur ... (prénom du médecin), et ça arrive chez le Docteur ... (prénom du médecin) à l'autre bout de la ville qui me les renvoie. Donc euh...Mais bon, depuis que j'ai le tutoiement, ça fait cinq-six ans que je tutoie. Je tutoie plus, pour être euh... Pour être autoritaire.</i>

Le tutoiement se justifie, pour le Docteur C, par un rapprochement culturel dans le but d'améliorer la communication et l'échange thérapeutique. Il est vrai que les émigrés tutoient eux-mêmes d'autant plus facilement que le vouvoiement n'existe pas dans leur langue d'origine. Cependant, on peut noter dans le tutoiement du médecin une forme de « paternalisme », mais inoffensif, et accepté par le patient maghrébin.

➤ La résonance des non-dits

Du fait du complexe linguistique qui caractérise la relation entre le médecin et le patient d'origine maghrébine, le Docteur A, souligne l'importance prise par les expressions non verbales dans la consultation, tandis que le Docteur B, en tant que femme, perçoit les réticences tacites des femmes maghrébines dans les consultations où elles sont accompagnées par leur mari.

Docteur A	Est-ce que vous avez le sentiment que la consultation est bien centrée sur la patiente quand une tierce personne fait la traduction ? Est ce que vous avez l'impression que tout est bien ... <i>Que les choses sont bien traduites ? ...</i> Que tout est bien traduit de votre côté ... <i>Oui. Et que, elle comprend... J'ai, j'ai l'impression que, elle, elle comprend dans euh ... dans des expressions qui sont pas verbales hein... des sourires euh ... je sais pas comment dire euh, des façons de ... de montrer qu'elles acquiescent aux conseils ...</i>
Docteur B	<i>Alors euh ma politique c'est que les dames, parce que j'ai beaucoup de dames, soient le plus autonomes possible (...) J'ai une dame (...) elle était un p'tit peu embêtée de mobiliser ses filles (...) et puis elle voulait plus v'nir avec son mari (en chuchotant) (...) C'est plutôt les femmes qui viennent ensemble... Euh quand c'est les maris, c'est moins simple, j'trouve que c'est moins simple...</i>

2.2.3.2. L'influence de l'histoire migratoire sur le diabète et le parcours thérapeutique

➤ Effets délétères de l'émigration sur le diabète, effets positifs du retour au pays

Le Docteur F et le Docteur B déplorent les effets délétères de l'offre alimentaire pléthorique en France sur l'équilibre diabétique de leurs patients maghrébins.

Docteur F	Est-ce que vos patients vous parlent de leur histoire migratoire ? De comment se passe le retour au pays quand ils y partent en vacances ? <i>Oui. Oui. Ils équilibrent leur diabète beaucoup mieux. Au pays. Y'a pas toutes ces disponibilités alimentaires qu'il y a ici. Beaucoup moins de transports mécaniques. Donc ils marchent. Ils marchent, ils mangent moins, ils mangent mieux. Et euh... En général, ils reviennent en me disant : « eh euh ! Vous voyez ? Mon diabète, il était bien là-bas ! » J'dis qu'c'était l'air du pays, que c'était meilleur ! (sourires)</i> Objectivement, ça se vérifie ? <i>Objectivement, c'est vrai ! C'est vrai. Ils ont perdu du poids souvent. Ils ont</i>
-----------	---

	<i>perdu un peu de poids, et leur diabète est mieux équilibré quand ils rentrent chez eux. C'est évident. Je leur dis après ben qu'il n'y a plus qu'à continuer ici ! (sourires)</i> <i>Et qu'est ce qu'ils vous disent ?</i> <i>On va essayer ! (sourires) Mais ça marche pas ! Y'a trop d'offre ici, y'a trop d'choses...</i>
Docteur B	<i>Si vous reprenez un peu l'histoire culturelle quoi, enfin j'veux dire euh, les oranges au Maroc, c'est 1920 quoi. Hein ? Le couscous tel qu'il est aujourd'hui, c'est, c'est 1930. C'est, c'est pas si vieux que ça. C'est comme le tiramisu en Italie, c'est 1950 quoi. Hein ? Nan mais j'veux dire la prévalence qui est forte c'est, c'est intéressant. La prévalence qui est forte, c'est quand même euh... l'évolution de l'alimentation. Finalement, les gens, ils bouffaient quoi... De la vielle biquette qu'ils faisaient cramer, quand ils n'en pouvaient plus, nan, j'veux dire, comme nous on bouffait les poules hein ! (sourires)</i> <i>Hein, euh, ils mangeaient le méchoui dans le désert et puis des dattes et puis de la galette et puis basta hein ! Euh... Quelques fruits et puis c'est tout, le reste c'est du, c'est avec la colonisation française. Donc euh... Et donc la mutation, probablement que la mutation euh... génétique s'est pas faite aussi rapidement. Enfin chez nous elle a été plus longue quoi...</i>

Le Docteur E nous parle d'une patiente pour qui les douleurs liées à sa neuropathie diabétique disparaissent quand elle retourne au pays, ce qui lui laisse un fort sentiment de perplexité.

Docteur E	<i>Alors, elle, c'est très net, elle me dit : « si, j'ai plein de douleurs, j'ai plein de trucs qui vont pas. » Elle a une neuropathie diabétique qui lui donne des douleurs... assez grave...et elle me dit « quand je suis là bas (au pays), j'ai plus mal nulle part, tout va bien. » alors euh... c'est vraiment miraculeux (souples et sourire)... euh donc c'est vraiment très fort chez elle ... bon ben... sa neuropathie doit bien continuer à exister quand même, j pense pas qu'elle s'évapore d'un seul coup, mais euh...c'est sa représentation et ... c'est tout puissant hein, donc euh ... moi ... j'y peux rien, c'est comme ça quoi !alors je lui dis « c'est comme ça, c'est comme ça quoi ! » ...</i>
-----------	--

Le Docteur G remarque un effet positif général et subjectif des symptômes de ses patients maghrébins lors du retour du pays.

Docteur G	<i>Qu'ils aillent bien, enfin ... mieux, je sais pas, enfin c'est très subjectif hein ... pour ce qui est des problèmes du diabète, toute la pathologie douloureuse, rhumatismale et autre hein, euh, quand ils repartent au pays, c'est vrai qu'ils</i>
-----------	---

	<i>n'y a pas de plainte, ils disent tous « oh on était là-bas c'était super. »</i> <i>Mais bon c'est pas comme chez nous, il pleut y'a du brouillard, c'est quand même plus sain, et puis ... euh je sais pas le fait d'être dans une ambiance familiale, les amis, ils évacuent un peu le stress, et les soucis. Et il y a un effet bénéfique, mais qui n'est pas mesurable, je pense que c'est plus psychique que fonctionnel, c'est de retrouver un p'tit peu là-bas l'ambiance quoi, d'où ils étaient... et ça c'est un effet bénéfique, ça c'est, c'est indéniable...</i> <i>(...) le retour au pays est quand même globalement bénéfique, je pense qu'ils ont besoin de repartir, partir pour eux, c'est, c'est bien... Ils reviennent, on sent que ça a fait plaisir quoi, et toute une partie de la pathologie la souffrance elle est, elle a été évacuée... Ils le disent « quand j'étais là-bas c'était bien. »... bon, c'est propre aussi aux vacances hein, quand on part en vacances, on se sent mieux qu'au boulot tous les jours ! (sourires)...</i>
--	--

En revanche, il note, pour sa part, un effet négatif sur l'équilibre diabétique du retour au pays.

➤ Le retour au pays comme facteur de déséquilibre du diabète

Le Docteur G constate un déséquilibre du diabète au retour du pays, et le Docteur A « met en garde » ses patientes, elle constate souvent une prise de poids, mais pas de sévère déséquilibre du diabète.

Docteur G	<i>Sur le plan purement objectif, sincèrement, les Hba1c qui rentrent après trois mois au pays, (soupirs) quand je les contrôle.... On est passé de 7-8 à 9-10 quoi ! Quand on reste 3-4 mois là-bas, c'est vrai qu'à de rares exceptions près, des gens qui font attention, mais bon, ils le disent hein, ils l'avouent, ils sont invités à droite à gauche, on peut pas refuser, bon, voilà quoi....</i>
Docteur A	<i>Quand elles partent au pays, je leur dit de bien tenir le coup (Sourires) euh... sur le régime, de bien savoir dire non, quand elles sont invitées, ou quand elles reçoivent, etc.</i> <i>Est-ce que les patients vous disent qu'ils se sentent mieux au pays ?</i> <i>Oui, on me l'a dit. Je sais plus qui, mais oui. Ben souvent, les problèmes d'arthrose... les douleurs, ils ont moins de douleurs. Mais, pour le diabète, comme y'a pas de symptômes on ne me dit rien, et sur les douleurs, oui on me dit que ça va mieux. A u niveau du poids, par contre il peut y avoir deux ou trois kilos de pris ...</i> <i>Et les hémoglobines glyquées ?</i> <i>Euh j'ai pas de chiffres en tête, mais y'a pas de grosse, grosse différence ...</i>

➤ Influence des déplacements sur le suivi thérapeutique

Les interruptions de traitement

Les médecins expliquent qu'il peut y avoir des interruptions de traitement liés à des séjours prolongés au pays. Il existe une adaptation pour maintenir le traitement, avec les ordonnances renouvelables, et le relais effectué par les enfants depuis la France.

Docteur G	D'accord... Et est-ce que vous avez des patients qui partent dans leur pays d'origine et qui reviennent en vous disant qu'ils n'ont pas eu forcément tout le traitement nécessaire, mais que ça va bien quand même ? <i>(rires) Oui ! Ça arrive qu'en partant là-bas bon quand c'est renouvelable c'est bon, mais quand le séjour dépasse la durée du traitement, c'est vrai que des fois y'a des interruptions de traitement...</i>
Docteur E	<i>Elle est juste sous metformine...Elle, c'est pas beaucoup suivi non plus, elle est souvent partie aussi ... Elle part, soit dans le Pays Haut dans la famille, ou alors au Maroc, donc c'est vrai que le suivi est très irrégulier, très aléatoire.</i>
Docteur A	Quand vos patientes vont dans leur pays d'origine, est-ce qu'elles prévoient bien pour la durée de traitement ? <i>Oui. En général, oui.</i> <i>Y'a une assiduité ...</i> <i>Oui, y'a une assiduité. Y'a un relais en France par les enfants aussi. Euh, parfois... Là je parle pas seulement pour le traitement du diabète, euh des traitements longs, là on vient me demander des médicaments, des ordonnances pour des gens au pays, et euh, ça se fait volontiers, les pharmacies délivrent volontiers oui ...</i>

Les obstacles à l'insulinothérapie

Le Docteur F soulève la problématique de l'insuline et cette difficulté d'assurer une prise en charge suivie chez des patients « par intermittence en France, et par intermittence au pays ». La mise sous insuline d'un patient diabétique en France peut être compromise et donc différée du fait de l'absence de possibilité de suivi dans le pays d'origine.

Docteur F	<i>Le problème de l'insuline, de la piqûre. J'ai un certain nombre de patients qui sont anciens travailleurs immigrés, et qui, qui ont, avec la retraite, gagné le droit de rentrer chez eux. Mais pas complètement. Et quelque chose qui me touche beaucoup, c'est je crois pour toucher leur retraite, il faut qu'ils passent au moins deux mois en France. Ils viennent, ils viennent tous les six mois ou tous les ans, ça dépend. Donc euh... Passer leur temps de séjour ici. Et puis en même temps, ils en profitent pour voir le docteur. Et ... Et donc une des</i>
-----------	--

	<i>grosses questions, c'est... Pour moi, c'est la, la jonction avec le suivi médical qu'ils ont en Algérie. (...) une des grosses difficultés de passer à l'insuline, c'est « oui d'accord, mais comment je m'en procurerai là-bas ? » Alors les cachets, on les emmène pour six mois, mais l'insuline, c'est... pas si simple. Donc euh... C'est plus cette difficulté d'assurer quelque chose de ... de pérenne, pour des patients qui sont... par intermittence en France, et... par intermittence en Algérie. Oui ça c'est une difficulté que je rencontre euh, beaucoup. Et donc qui me freine un peu dans l'utilisation de l'insuline chez des patients qui, théoriquement, en auraient besoin. C'est... On peut pas avoir le même... Qu'est ce que je voudrais dire d'autre ?</i>
--	--

Le décalage sanitaire avec le pays d'origine

Le Docteur F soumet le problème du décalage dans le suivi thérapeutique entrepris en France, et le relais qui est fait au pays, soulignant un décalage dans les moyens sanitaires entre la France et le pays d'origine.

Docteur F	<i>Et donc une des grosses questions, c'est... Pour moi, c'est la, la jonction avec le suivi médical qu'ils ont en Algérie. C'est ... C'est... On a l'impression qu'y ' a pas la possibilité d'avoir un suivi conjoint quoi. Qu'il y a pas les mêmes points de repère, qu'y a pas les mêmes consignes diabétiques avec des ordonnances qu'ils me montrent avec de la corticothérapie euh... Des trucs euh... Pour des bricoles quoi, pour une angine euh... des piqûres de Rocéphine euh... Enfin, des trucs qui me paraissent complètement incohérents par rapport au suivi... Et puis l'impossibilité d'avoir un suivi biologique euh, par exemple euh là-bas...</i>
-----------	--

➤ L'influence négative de la migration sur la santé des patients

Cette notion de la migration comme facteur étiologique de maladie est mentionnée par le Docteur E. Il évoque une patiente pour qui la migration est subie, et qui impute à cette migration le fait d'être malade.

Docteur E	<i>Elle (Cette patiente) a vraiment, un ... je dirais un ... une représentation liée au fait que, c'est vrai que, pour elle, ce qui est en France c'est mauvais, enfin moi je l'ai pris comme ça en tout cas. Là bas (au pays), elle est bien, et en fait quand elle vient en France, ça ne vas pas. Donc elle est bien au pays, et elle y reste assez longtemps ailleurs euh, ce qui vient de la France; c'est mauvais. Elle pense que c'est du fait qu'elle est venue en France qu'elle a attrapé sa maladie.</i>
-----------	---

	<i>Et euh, et elle est assez rejetante par rapport aux traitements. Donc euh systématiquement quand on lui propose des traitements, elle va les refuser, ou alors elle les accepte quelques jours, elle va les prendre, puis elle va dénoncer un effet secondaire, et qui n'a pas de rapport en fait, qui n'a strictement rien à voir, mais pour elle ce sera l'effet secondaire du médicament. J'ai l'impression que c'est ça, c'est lié à la représentation du fait que ce qui vient d'ici, c'est, n'est pas bon pour elle.</i>
--	---

Le Docteur A évoque également l'influence négative d'un exil subi par l'un de ses patients qui a interrompu son suivi diabétique.

Docteur A	<i>Pour un patient âgé de 66 ans, diabétique depuis 1982, le problème est surtout un problème psychosocial, le problème est lié à la solitude en France alors que toute sa famille vivait au Maroc, et euh il a été licencié brutalement et euh... en conséquence de son licenciement, il a fait une grève des soins. De diabétique insulino-requérant, il a plus eu de soins, et quand je l'ai connu, il était maigre comme un clou, il avait une hémoglobine glyquée à, à, à 16</i>
-----------	---

Ainsi, l'histoire migratoire et les déplacements liés à cette vie « entre deux » influencent la prise en charge des patients diabétiques maghrébins, et doivent être pris en compte par les médecins.

Les médecins interrogés ont conscience de la dimension culturelle de la prise en charge des patients diabétiques maghrébins. Comment alors est vécue la relation interculturelle ? Et plus généralement, dans quelles mesures les médecins gèrent les barrières linguistiques et culturelles en contexte interculturel ?

2.2.4. Le vécu de la relation interculturelle

2.2.4.1. Faire avec la barrière linguistique

➤ Des consultations plus longues

L'existence d'une barrière au cours de la consultation médicale entraîne des adaptations de la part des médecins. La consultation pourra ainsi être plus prolongée.

Le Docteur B et le Docteur F soulignent plus qu'ailleurs l'importance de la reformulation, en particulier si un tiers intervient pour la compréhension.

Docteur B	<i>Donc je dis, et je fais reformuler. Comme je fais avec mes diabétiques qui parlent français, je dis un certain nombre de choses, en général je fais trois messages par consultation, je dépasse pas. Trois messages, une reformulation. C'est-à-dire je dis des choses, en général j'dis trois choses... je fais reformuler chose par chose, élément par élément, puis à la fin de la consultation on se redit aussi ce que ... souvent je demande dans une consultation longue comme ça, je demande toujours aux gens ce qu'ils ont compris, ce que la consultation leur a apporté, voilà, je pose plutôt la question comme ça.</i>
Docteur F	<i>Quand il y a des choses essentielles... On prend le temps de passer par l'interprète... De détailler phrase après phrase, de... de recouper les questions... (La consultation) dure plus longtemps avec interprète. C'est sûr. Toujours.</i>

Le Docteur A insiste sur la nécessité de pouvoir « prendre son temps » en cas de barrière linguistique.

Docteur A	<i>Je fonctionne sans rendez-vous. Et euh ... si ... donc il peut y avoir du monde ou pas de monde. Si y'a pas de monde, on peut faire une consultation lente euh, longue, etc. Si le jour-là, y'a du monde c'est une consultation et j'diffère. C'est-à-dire que je fais revenir un autre jour. C'est comme si c'était sur rendez-vous. Je dis de revenir, je sais à quel moment de la journée, y'a un peu moins de monde. Et euh la consultation peut se faire sur deux temps. Si, si y'a dix personnes, que, que je fais juste euh, renouvellement de traitement, ça va pas compter comme consultation, je fais revenir, mais euh ... très souvent, j'ai une petite clientèle et j'ai du temps.</i>
-----------	--

➤ Des patients qui posent moins de questions

Comme le laissait envisager, en première partie, l'analyse de la barrière linguistique chez les patients, les médecins ont bien constaté le handicap que représente la barrière linguistique pour le patient. Le Docteur B mentionne également l'obstacle de l'écrit pour certains patients, qui ne peuvent donc préparer leurs questions à l'avance pour le médecin. Le Docteur A trouve qu'il découle de cet obstacle linguistique une plus grande passivité du patient dans sa prise en

charge. Pour le Docteur G, l'obstacle linguistique empêche le patient de poser toutes les questions qu'il souhaiterait sur sa maladie, pour lui, les questions restent basiques, « ce qu'il faut faire, et ne pas faire » en matière de régime diabétique par exemple.

Docteur B	Dans les consultations à trois, par rapport à une consultation où il n'y a pas d'obstacle de langue, est-ce que vous avez l'impression que le patient pose plus ou moins de questions ? <i>Euh ... Il pose pas beaucoup de questions ... Ils posent moins de questions, oui, ils posent moins de questions. Et sur les carnets de suivi du diabète je leur demande toujours d'écrire les questions, parce que quand on va chez le médecin, tout le monde hein, on a plein de choses à dire, et puis on a tout oublié quand on est en face du médecin. Donc euh ... ça marche pas trop ça. C'est des choses auxquelles je tiens, mais ça marche pas trop ça. D'écrire les questions ... Alors des fois j'laisse un peu tomber. Mais ça euh ça s'rait un bon outil, mais ça fonctionne pas trop.</i>
Docteur A	Est-ce que vous avez l'impression que la personne qui se fait traduire pose plus ou moins de questions quand justement il y a un intermédiaire ? <i>Il pose moins. Moins de questions, ça c'est sûr... J'ai l'impression que je parle autant, mais que eux, eux parlent moins.... Oui, euh, certainement, l'intérêt du traitement etc. on en n'a pas parlé à fond quoi, ils savent que c'est mieux, mais comme je vous l'ai dit au début, c'est pas eux qui le disent, c'est pas eux qui posent la question...</i>
Docteur G	<i>Ils reposent des questions sur ce qu'ils doivent faire et pas faire, ça c'est assez fréquent, bon des petites fiches ; comme beaucoup de collègues, euh des petites fiches de conseils alimentaires, mais y'a pas de questions directement sur la maladie. Et je pense que ça aussi au, à la euh à la barrière linguistique, il n'y a pas la richesse de vocabulaire ou le... pour poser telle ou telle question ... Chaque fois, c'est ce qu'il faut faire et pas faire au niveau alimentaire, ça c'est principal. Euh ... plus ou moins bien intégré. Donc des fiches. Mais sur le profil évolutif, l'évolution, les complications, euh ... ça c'est moi qui leur dis, mais bon je suis pas sûr que ça soit vraiment intégré quoi...</i>

➤ Des médecins plus directifs

Docteur C	Dans ces consultations, est-ce que vous avez un peu le sentiment des fois que ça va à sens unique, c'est-à-dire que vous donnez des consignes, ou des éléments de conseil, ou de traitement ... <i>Alors, alors moi j'attends la réponse... Je demande la réponse. Je questionne, si je sens que c'est pas traduit, je pose la question, et j'attends euh... J'attends que l'autre personne réponde quoi.</i> Par rapport à d'autres personnes qui n'ont pas d'obstacle de langue, est-ce
-----------	--

	que vous avez l'impression que les patients du fait de l'obstacle de langue, posent moins de questions ? <i>Pas plus ni moins.</i> Pas plus ni moins. La consultation dure plus ou moins longtemps ? <i>Euh, ben à la limite, c'est moi qui décide euh...</i> D'une manière générale, ça prend plus de temps, ou au contraire, c'est plus directif ? <i>C'est plus directif oui. Parce que j'veux que ça dure le même temps quoi.</i>
--	---

➤ Des manœuvres de compensation : des petits points et des petits papiers

Le Docteur F et le Docteur B nous font part de manœuvres ou astuces des patients pour surmonter l'obstacle linguistique, notamment à l'écrit.

Docteur F	<i>Le problème c'est que... l'accès à l'écrit est pas quelque chose, même dans la langue du pays, pour ces populations qui ont cinquante- soixante ans... Y'en n'a pas beaucoup.</i> Effectivement les patients maghrébins qui ne maîtrisent pas l'écrit, est-ce que vous en avez ? <i>Plein. Plein.</i> L'oral, y'a une meilleure maîtrise ? <i>L'oral, y'a une meilleure maîtrise. L'écrit, y'en a plein qui savent pas lire. Ou très peu lire. Qui vous mettent un petit point sur l'ordonnance pour le laboratoire, et deux petits points sur l'ordonnance pour les médicaments quoi. (Sourires) Sans obligatoirement vous avoir dit qu'ils savaient pas lire.</i>
Docteur B	<i>J'ai deux cas où les gens avaient un p'tit papier, un p'tit papier marqué on peut appeler un tel, un tel pour expliquer. Ah ça, c'est pas des, ce sont pas des patients maghrébins ni turcs. Je parle des patients maghrébins et turcs parce que c'est l'essentiel de mes patients étrangers euh ... C'était euh ... des patients asiatiques.</i>

➤ Des mesures d'adaptation : le recours à des soignants de même culture que le patient

Pour faciliter la prise en charge diététique, le Docteur C et le Docteur G font parfois appel à un nutritionniste d'origine maghrébine. Le Docteur G parle aussi d'une remplaçante d'origine turque, avec laquelle les patients turcs avaient pu communiquer plus facilement.

Docteur C	<i>Le problème après, c'est la compréhension du régime. Donc nous, quand même on a quand même à ... (ville d'exercice du médecin interrogé), on a quand même Monsieur ... (Nom d'un médecin endocrinologue d'origine maghrébine) hein. Donc euh les ... Les récalcitrants, je les envoie, c'est, c'est un médecin tunisien, donc euh... (Ce médecin) vient aider quoi.</i>
-----------	---

Docteur G	<i>(...) les surpoids, les gens en surpoids originaires du Maghreb, c'est très difficile à, à prendre en charge aussi, quoi. Parce qu'ils ont euh une alimentation beaucoup à base de semoule, pareil les pâtisseries... Je bosse beaucoup avec monsieur ... c'est un endocrino nutritionniste (d'origine maghrébine).</i> <i>(...) à une époque j'ai eu une remplaçante qui était d'origine turque, qui parlait très bien le Turc, elle a drainé toute une population de ma patientèle qui était d'origine turque. Parce qu'elle pouvait parler, expliquer. Et que ça soit des jeunes, des petits, des grands, des vieux, elle voyait les gens d'origine turque. Y'a encore des gens qui me demandent « la dame turque » (Sourires) ... La dame turque elle est plus là... parce que bon j'crois qu'il y avait la facilité de faire passer l'information, que vous n'avez pas.</i>
-----------	---

➤ Une certaine résignation : simplification et empathie

Face à la barrière linguistique, les médecins expriment une certaine résignation à simplifier les messages médicaux, tant que « l'essentiel du message passe ».

Le Docteur F exprime bien, tout au long de l'entretien, la simplification parfois imposée par la barrière de compréhension linguistique de ses patients.

Docteur F	<i>Tant qu'on est dans les choses concrètes, on se comprend bien. Quand ça commence à être abstrait, j'veux dire, c'est plus des expressions euh... C'est plus des perceptions de leur état psychique que des mots... Hein, mais... (...)</i> <i>(A propos du Ramadan)</i> <i>J'questionne pas parce que euh... ça me r'garde pas moi. Si ils m'en parlent, ils m'en parlent, mais... J'suis pas censée euh... Et puis d'autre part, j'ai p'tetre pas le fondement non plus euh... de la connaissance de la religion pour intervenir euh. Euh... Et puis j'ai pas les mots, ils n'ont p'tetre pas les mots pour exprimer ces choses-là qui sont plus... plus... Comment dire ? Plus théoriques, plus intellectuelles. (...)</i> <i>Le vocabulaire qu'on utilise en consultation, il est quand même assez... assez répétitif... Euh... Y'a quelquefois des freins que je perçois mais...</i>
-----------	---

Pour le Docteur G, la barrière linguistique est un frein plus particulièrement dans la prise en charge de la souffrance morale, qui se trouve amputée de toute la dimension psychologique que le patient ne peut exprimer. L'entretien psychologique avec le patient est donc réduit au minimum, c'est-à-dire l'empathie.

Docteur G	<i>Expliquer une maladie, des problèmes organiques, ou des risques, c'est une chose. Mais des gens qui sont déprimés, qui sont en souffrance</i>
-----------	--

	<i>psychologique, qui n'ont pas la richesse de vocabulaire, voire même le minimum pour s'exprimer, euh à part euh « ça va pas je pleure », enfin, exprimer euh, plus avec des gestes que ... que des paroles, ça c'est terrible, c'est terrible.</i> <i>(...)Y'a beaucoup de gens qui ne parlent pas de leur souffrance psychologique, là on parle du diabète, y'a des tas de gens qui sont déracinés, qui sont arrivés en France pour des raisons politiques, économiques, sociales, et qui sont vraiment pas biens. Ils l'expriment par leurs problèmes de santé, hein, le diabète c'est une chose, enfin les lombalgies, les céphalées, tout ce qui peut être exprimé dans l'ordre du fonctionnel, parce qu'il y a quand même une souffrance psychologique au départ, ils l'expriment pas, et on, on peut rien faire quoi. Quand il y a une telle barrière linguistique euh, on peut pas faire grand-chose hein.</i>
--	---

Le Docteur D paraît résigné, face à cet obstacle de la langue, surmonter cette barrière linguistique constituant un travail de longue haleine.

Docteur D	<i>Dans le contexte où la personne parle pas français... Elle va euh, ben déjà réussir à se faire comprendre, ça lui paraît une montagne, donc souvent elle ne le fait pas euh ... ensuite, derrière le fait de ne pas réussir à parler français, euh ... il se pose aussi le fait de réussir à verbaliser quelque chose y compris dans sa propre langue ... euh, je pense que dans les maladies comme le diabète, où c'est quand même assez complexe, euh le patient qui se représente de manière abstraite bien le diabète et dans sa langue, euh on les voit pas tous les jours. Donc euh ... c'est plutôt touche par touche euh ... au fur et à mesure et au long cours</i>
-----------	--

➤ Une certaine frustration : le manque de retour

Ce sentiment est exprimé par le Docteur A. Il y a de la frustration probablement, et de l'épuisement parfois certainement. Elle admet une incompréhension, après plusieurs années, de la persistance d'une barrière linguistique chez certains de ses patients migrants. Elle reconnaît avoir le propos sévère, mais cela traduit une relation parfois difficile, que peut cristalliser la barrière de communication liée à la langue.

Docteur A	<i>cette femme, au bout d'un certain temps, c'est quand même un manque de volonté d'être un peu autonome quoi, vous voyez ce que je veux dire... les primo-arrivants, je leur donnerais tout. Je leur donnerais des interprètes, j'irais les choisir, je ferais des réunions avec interprètes sur rendez-vous... Au bout de trois ans... euh... il y a quand même, je sais pas si vous comprenez, je perds patience moi. Je perds patience quand y'a pas-le retour-</i>
-----------	--

	<i>c'est-à-dire, le fait que c'est des gens qui ont choisi de vivre ici. De temps en temps, ils pourraient au moins essayer de me baragouiner un mot. Vous voyez ce que je veux dire. Donc euh là, c'est, c'est comme si je jugeais. Je veux pas juger. Mais c'est insupportable. Le manque de progrès. Donc euh ... quand je suis en forme, j'essaie euh- avec un peu d'humour- euh, les aider à dire deux-trois mots, etc. parce que... deux-trois mots sortent, je les félicite, pour avoir un retour etc. Mais franchement quand euh, quand c'est ... ça fait longtemps que la personne est là...</i>
--	---

Pour le Docteur A, la frustration vient aussi du fait que la gestion des conflits qui peuvent survenir entre un médecin et son patient, sont d'une gestion beaucoup plus délicate quand existe une barrière linguistique : malentendu et « mal-comprendre ».

Docteur A	<i>Qu'en plus, il arrive que les gens soient agressifs. Pas seulement parce qu'ils pensent que je ne les comprends pas, mais parce que je ne fais pas les soi-disant examens complémentaires qui sont maintenant exigés par les gens ; vous savez, les gens demandent : une radio. Ils demandent : un scanner. Ils ne savent même pas si c'est la radio ou le scanner mais il faut quelque chose... C'est français, c'est étranger. Il y a des français qui peuvent être frustrés quand ils n'ont pas leur radio, des étrangers peuvent être frustrés quand ils n'ont pas leur radio. C'est beaucoup plus compliqué. Il faut être beaucoup plus explicatif euh ... prendre du temps etc.</i>
-----------	--

Le Docteur G exprime aussi, dans un sens une certaine frustration dans la relation avec barrière linguistique liée à un manque de retour.

Docteur G	<i>(Une patiente) parle vraiment très, très mal, mais elle vient tous les mois toute seule. Et j'étais content, on a parlé avec son fils, euh... l'autonomie qu'elle a pu avoir, elle vient... Bon c'est un p'tit peu limité dans le relationnel. Quand j'ai besoin de demander des examens complémentaires, j'explique que son fils va me téléphoner, j'explique au fils qui prend le rendez-vous en cardio ou autre, qui accompagne sa maman. Pour expliquer. Bon ben elle prend sur elle, elle vient à la consult... C'est assez sympa... puis elle est pas toute jeune, hein, pas toute jeune... Non c'est bien... (...) On est un p'tit peu utile des fois ! On sert un peu à quelque chose (rires)... A la fin de sa journée, on s'dit tiens ! ... Il y a de la frustration ? quand il y a une barrière linguistique ? C'est ... c'est pas de la frustration et euh ... La difficulté et la peine de pas pouvoir euh, de pas pouvoir ... euh, mieux expliciter. La frustration, elle vient euh, quand on fait, et puis que... il n'y a pas de résultat. On essaie de faire en sorte que les gens aillent mieux, et puis parce qu'ils n'suivent pas les traitements, ou autre, euh, y'a pas de résultat. Quelque part, c'est un peu</i>
-----------	---

	<i>frustrant... (...) Mais c'est pas une frustration de pas ... de, de pas , de, de pas avoir de dialogue, c'est plutôt ouais... de, de peine... enfin si, c'est une frustration, tout dépend du sens qu'on donne au mot frustration, le sens dans lequel on l'emploie ... Oui, ça peut être une frustration si on veut ... Mais euh ... bref, c'est pas toujours facile ... résumons ! (rires) :c'est pas toujours facile ! Mais bon ...</i>
--	---

2.2.4.2. Faire avec la barrière culturelle

Les obstacles à la relation interculturelle sont nombreux et de différents ordres : banalisation de la différence culturelle au profit des besoins universels de l'être humain, résistance de certains professionnels qui considèrent qu'il incombe aux immigrants de s'adapter, difficulté à prendre en considération les circonstances migratoires dans l'exercice de planification, moyens insuffisants pour rendre compte de la pluralité ethnique. (64)

Certains des médecins de notre échantillon, travaillant donc avec des patients de culture différente, évoquent la barrière culturelle comme une gêne dans l'exercice de leur profession et le fait de mener à bien leur mission de soins. Sont ainsi décrites des situations où le fonctionnement habituel du médecin est bousculé, où le patient de culture différente ne répond pas aux attentes, ne rentre pas dans le « script biomédical » du médecin.

Le Docteur D décrit des difficultés dans la relation au patient liées au fait que celui-ci n'adhère pas à la prise en charge sur rendez-vous. Ce malentendu du rendez-vous cristallise une certaine amertume de la part de ce médecin. L'insatisfaction est très présente dans son discours. La relation interculturelle apparaît, du point de vue du soignant, plus assimilatrice qu'intégrative.

Docteur D	<i>On prend des rendez-vous et ils viennent pas. Donc quand on prend des rendez-vous une fois, deux fois, trois fois, chez les rares spécialistes conventionnés en secteur I euh... et que les gens viennent pas, ils finissent par en avoir marre... et euh ... si on a pu accès à ces gens là, du fait d'un problème de respect des rendez-vous... qu'est ce qui reste ? Le problème était plutôt là ...C'est un problème d'intégrer le fait que j'ai pris rendez-vous, il faut que j'y aille, et si j'y vais pas il faut que je téléphone. En sachant que pourquoi est-ce que j'ai pas téléphoné par exemple, ben déjà parce que j'ai oublié, et c'est pas du tout dans ma mentalité de me souvenir de faire quelque chose plus tard. C'est tout de suite maintenant, parce que maintenant ça paraît pertinent. Et deuxièmement, c'est que quand bien même j'm'en suis rappelé, c'est pas la peine que j'appelle, moi je parle pas français, et puis la personne qui pourrait le faire, elle est pas</i>
-----------	---

	<i>là. Donc des problèmes de ce genre là qui viennent faire capoter une prise en charge, ou la différer ou la compliquer grandement, oui ... Mais euh ... comment dirais-je ... des problèmes plus d'obstacle de communication, et de réussir à faire comprendre quelque chose euh ... si, faire comprendre qu'il faut appeler quand on peut pas aller à un rendez-vous, oui, mais c'est ... sinon, concernant la représentation de la maladie elle-même là, j'ai pas eu l'occasion d'arriver jusque là parce que les pré-requis n'étaient déjà pas remplis... Voilà ...</i>
--	---

Dans cette optique assimilatrice, le risque, lorsque l'injonction n'est pas respectée, c'est que le malentendu s'installe, et que le patient reste définitivement de l'autre côté de la barrière, catégorisé comme « client difficile » voire impossible.

Le Docteur G exprime également un obstacle culturel, qu'il reconnaît n'être pas parvenu à surmonter, autrement que par des précautions médico-légales. Cette impasse est source de souffrance et d'une insatisfaction qu'il exprime.

Docteur G	<i>Peut-être que j'ai pas fait passer l'information comme quoi c'était, grave... alors donc je leur dis qu'une fois par an, il faut faire le, le, les bilans, non ce que je fais d'ailleurs, mais au niveau médico-légal, pas simplement pour ce type de soucis, mais pour tous les patients, je garde tout en double dans le dossier. D'une lettre qui a été faite au cardiologue, la lettre à l'ophtalmo, une demande de bilan sanguin... de manière à ce que j'ai une trace comme quoi ça a été demandé... mais, c'est pas évident, non c'est pas évident, de motiver les gens, non ça c'est vrai... C'est pas évident du tout ... Et je crois toujours parce que, ils n'appréhendent pas la réalité, euh ... les bilans cardio par exemple oui si c'est celui qui est hypertendu, mais celui qui a aucun signe cardiologique euh, lui faire comprendre que pour démasquer une ischémie silencieuse, il faut qu'il aille pédaler sur un vélo en scintigraphie (Sourires)... Bon déjà pour expliquer l'examen c'est pas facile, faire comprendre que c'est important, c'est, c'est, c'est pas évident quoi... (...)</i> <i>Moi j'en ai qui continuent à manger euh ... A faire absolument aucun effort diététique hein, rien du tout. Ni au niveau physique, pas d'activité, rien, y'en a qui sont retraités... Enfin (...) j'veux dire euh, ou alors c'est moi (rires), c'est moi qui arrive pas à les motiver ! J'ai pas les mots qu'il faut ? Ou je trouve pas les arguments pour les motiver, je sais pas mais ... mais bon, au bout de 20 ans de boulot y'a encore tout à reprendre !</i>
-----------	--

L'insatisfaction, pour douloureuse qu'elle soit, représente l'élément de départ pour une réflexion éthique dans la relation soignant-soigné en contexte interculturel, d'autant plus

nécessaire que la relation est asymétrique. Toutefois, elle n'amène cette dimension éthique que dans la mesure où elle conduit à une remise en question des évidences. Cette posture engage à s'arracher du confort idéologique, générateur de souffrance...

Que faire alors pour sortir de l'impasse, pour répondre à cette souffrance touchant aussi bien le soignant que le soigné ?

Une stratégie pour lutter contre cette malcommunication (125), en grande partie liée aux difficultés linguistiques, est de recourir à un tiers « traduisant », dans l'espoir d'accéder à la parole de l'autre. Parfois dans le sens de faire un pas vers l'autre : tentative d'entrer dans son monde, plus souvent à l'inverse, pour lui permettre l'entrée dans le monde du professionnel de santé, pour surmonter l'obstacle de la différence linguistique.

2.2.5. Le principe acquis du troisième intervenant

Tous les médecins interrogés ont adapté leur pratique, pour surmonter la barrière linguistique, en ouvrant la consultation médicale à un accompagnant traducteur.

2.2.5.1. Vécu positif de l'intervention d'un interprète

➤ Nature des intervenants

Il s'agit principalement d'« aidants naturels », c'est-à-dire d'interprètes issus de la famille du patient, ou de la communauté. Il s'agit d'interprètes adultes, ce qui est important à préciser, car nous allons voir par la suite que les médecins déplorent, voire refusent l'intervention d'un enfant en tant qu'interprète pour les patients. Chez les patients d'origine maghrébine, nous avons eu l'occasion de souligner la prépondérance des accompagnants familiaux, et de la solidarité intrafamiliale et intercommunautaire. Le Docteur E parle d'une collaboration précieuse. Le Docteur G précise une particularité chez les patients d'origine maghrébine qu'il suit depuis plusieurs années, qui étaient accompagnés par leurs enfants, et qui se rendent maintenant seuls et de façon autonome à sa consultation.

Docteur E	<i>Madame ... par exemple, c'est une dame qui est diabétique aussi ... Et euh bon ben elle effectivement elle parle pas français, ... Enfin du moins elle parle très peu.... Euh, ... Mais ce sont ses filles qui font le relais. (...) et euh Surtout une de ses filles qui elle est parfaitement ... intégrée en France Euh je crois qu'elle est née en France et, elle est totalement francophone et intégrée. (...) Je pense à madame ..., elle vient toujours avec une amie qui parle mieux français qu'elle effectivement et qui est une bonne amie, donc ça, c'est vraiment précieux.... Parce que cette amie elle a aussi, elle est aussi diabétique, donc elle a la même maladie, et elle se soigne de façon très très rigoureuse, elle suit très bien son traitement, son régime. Et ça marche bien. Donc pour elle, euh, c'est vraiment une aide importante effectivement.</i>
Docteur F	<i>Les patients qui ne maîtrisent pas ou peu la langue, est-ce qu'ils viennent accompagnés à la consultation ? Qui les accompagnent ? Oui. Ils viennent accompagnés à la consultation. (...) J'ai encore des femmes turques qui euh, qui viennent accompagnées et... et comment ça se passe euh... comme une consultation normale avec interprète, bon on utilise quelques mots qu'on comprend euh... que moi j'comprends euh, en arabe ou en turc, et que eux comprennent en français. Et puis pour le reste, on passe par l'interprète. Et puis quand il y a des choses importantes euh... des choses importantes, ou des questions importantes à expliquer, on passe systématiquement par l'interprète. (...) en fait, y'a des interprètes semi-professionnels. C'est-à-dire que, je sais que dans la communauté turque, une fille qui accompagne, c'est toujours les mêmes. C'est des filles qui ont, entre quinze et vingt ans euh. Qui sont... Comment dire ? Elles sont un peu les porte-parole, et qui accompagnent systématiquement.</i>
Docteur G	<i>vous avez souvent de la famille qui vient pour la consultation ? Alors c'est curieux parce qu'on voit au fil des années où les gens vivent en France. Au début ils viennent avec des, enfin des interprètes pas officiels hein, donc c'est un enfant, souvent qui est scolarisé. Au bout de quelques années ils viennent tout seuls, ils commencent à maîtriser un peu plus le français, ce qui est assez sympa, ils prennent un petit peu d'assurance, comme ça, ils viennent, c'est, c'est, je trouve c'est bien de leur part, mais au début ce sont souvent les enfants qui sont scolarisés, ou bien, quelqu'un de la famille qui euh ... vit en France depuis plus longtemps qu'eux. Ou un ami, oui c'est plus souvent de la famille...</i>
Docteur D	<i>Quand il y a des patients qui ne parlent pas français au point de ne pas pouvoir communiquer, ils sont souvent accompagnés d'un interprète... Que ce soit un membre de la famille ou que ce soit un ami, un proche, une connaissance, il y a toujours un interprète. (...) Sinon euh ... alors les femme (maghrébines)s qui vont passer par l'intermédiaire d'interprètes, par exemple une femme d'une cinquantaine d'années qui est systématiquement accompagnée par sa fille de 20 ans, et qui est en école d'ingénieur, donc là, y'a aucun (avec insistance) problème de traduction</i>

Parfois, des médecins ont fait appel par téléphone à des interprètes qui sont des personnes de la communauté, parfois atteints de la même maladie que le patient pour lequel ils interviennent, pour la traduction.

Docteur C	<i>J'ai déjà fait par téléphone si vous voulez, euh, l'interprétariat par téléphone. Donc là moi, je l'ai pas fait pour des gens du Maghreb, mais par exemple, pour tout ce qui est la Yougoslavie, l'ex-Yougoslavie, ça je préfère. Donc là, j'ai un correspondant, donc euh... je planifie les consultations. Et là il fait... On met les haut-parleurs.</i> Est-ce que vous avez ici pour chaque communauté une personne référente qui ferait éventuellement partie d'une association ? <i>Alors ça juste, j'ai pour les Turcs... Euh... J'ai un ou deux gros malades, qui ont problèmes cardiaques et problèmes de reins, euh... Si ça va pas, ils expliquent quoi. Je les appelle... Enfin, ils sont tellement habitués qu'ils savent... Ils savent expliquer la maladie... Et puis ils expliquent l'un l'insuffisance cardiaque, l'autre la dialyse, l'insuffisance rénale, etc.</i> Ce ne sont pas des personnes qui ont une formation particulière ? Ce sont des personnes volontaires ? <i>Euh non, ce sont des malades. Enfin des malades qui sont là depuis longtemps, qui parlent les deux langues, et qui euh... Qui savent expliquer aux gens...</i>
Docteur E	<i>ça m'est arrivé aussi de faire appel à ... des personnes de la communauté que je connais pour servir d'interprète, et de leur demander d'interpréter pour des gens qu'ils ne connaissent pas. Et ça se fait par téléphone. Donc, euh, je les appelle et je leur demande, voilà, s'ils acceptent d'interpréter pour une consultation tout de suite.... Ça peut fonctionner, ça a bien fonctionné quand je l'ai fait.</i>
Docteur A	<i>Une, elle a 30 ans, je l'ai connue quand elle avait 14 ans, (...) tu peux me traduire, « oui, oui, oui, je veux bien te traduire », mais au téléphone. Ça c'était euh... par contre au téléphone, c'était bien, y'avais suffisamment de distance, les gens se connaissaient pas.</i>

Dans le cas de l'immigration plus récente des pays de l'Est, le Docteur A passe par une association de migrants, avec une interprète semi professionnelle qu'elle rémunère.

Docteur A	Vous parliez de personnes référentes auxquelles vous avez accès, des interprètes ... <i>Pas pour les Marocains... c'est, c'est pour l'immigration tchétchène en ce moment... donc euh pour les immigrés tchétchènes primo-arrivants là comme ça, euh j'essaye de pas ... euh de me faire aider par des gens que moi je choisis. Donc euh, je fais appel à l'interprète qui m'a été présenté par l'association d'insertion, l'ARS (Association Accueil Réinsertion Sociale). Donc cette dame, euh, j'prends rendez-vous, j'la rémunère, j'la paye, donc euh, voilà.</i>
-----------	--

➤ Un renforcement positif du message thérapeutique

Tous les médecins interrogés nous confient être globalement satisfaits de l'aide apportée par les interprètes dans la relation soignante.

Le Docteur A souligne un renforcement positif de ces accompagnants dans la démarche thérapeutique, et un rôle positif pour le patient diabétique.

Docteur A	<i>Je pense qu'il y a une aide aussi de la part de leurs enfants... c'est euh ... j'ai trois femmes. Elles sont venues toutes les trois avec leur fille ... euh ... une avec leur fils, et euh ... il semble qu'elles aient bien compris ce que j'ai transmis au début. Parce qu'après euh, franchement leurs résultats étaient bons. Et leur suivi bien régulier, la prise des médicaments était pas mal, enfin euh, je trouve qu'à la limite il serait presque mieux que certains diabétiques qui se laissent un peu aller euh, français euh enfin qui ont pas de problème de langue, je sais pas si c'est ... particulier à ces familles-là, à ces femmes-là ou si c'est ... c'est général quoi ...</i>
-----------	--

Cet apport positif de l'interprétariat non professionnel tel qu'il est décrit, dans les entretiens, présente cependant des limites que nous allons analyser.

2.2.5.2. Les difficultés liées à l'intervention d'un interprète

➤ Difficultés liées à la nature de l'intervenant : la problématique de l'enfant-interprète

La grande majorité des médecins relate une mauvaise expérience d'une consultation avec un enfant pour interprète.

Docteur B	<i>Je me suis fait avoir entre guillemets, avec des gens qui n'avaient rien compris, parce que j'expliquais en général chez les jeunes, ils comprenaient assez bien euh, et qui disaient au fur et à mesure. Mais c'était pas passé.(...) (L'interprétariat) c'est jamais des enfants, c'est plutôt des jeunes adultes, j'ai jamais eu à faire à des enfants. Je, j'au, j'aurais pas fait, je, j'aurais pas fait. Ou alors j'aurais dit... il faut venir ... il faut, il faut que ta maman, ton papa vienne avec quelqu'un qui est plus âgé que toi. Tu es capable de comprendre beaucoup de choses mais là il faut quand même quelqu'un qui puisse euh bien faire comprendre des choses qui sont pas graves mais qu'il faut bien avoir compris pour pouvoir se soigner après. Voilà. Euh non, je ferais pas avec des p'tits avec des jeunes enfants non, même douze treize quatorze ans, je ferais pas (...) les rares fois où j'ai eu affaire à des enfants (soupirs) qui, qui, qui traduisaient c'était pour des choses vraiment banales, et ça se passait pas très</i>
-----------	--

	<i>bien... Soit les enfants euh ... Ils voyaient pas l'intérêt... Soit ça les gonflait (chuchotant) vraiment d'être là hein... J'emploie vraiment un mot exprès, c'était pffff ... Voilà.</i>
Docteur D	<i>Pour interpréter des problématiques d'un homme ou d'une femme de 40 ans, quand on a 7 ans... ben on n'interprète pas d la même manière, on traduit pas non plus la même chose. Sans compter que, si l'interprète a 7ans, que c'est le petit fils ou la fille, euh ... que euh ... comment dire, l'arrivée en France est récente, ils vont évoluer dans des représentations culturelles qui sont ceux de la campagne profonde d'Afrique du Nord, et ils vont être limités par ... de la bienséance, une étiquette complètement différente, donc y'a des choses qu'ils n'oseront pas dire. C'est pas pareil si l'interprète a 7 ans et que il évolue dans un milieu qui est peut-être d'origine maghrébine mais c'est l'arrière arrière, arrière, arrière grand-père qui est arrivé en France en 1800 et quelque, et euh tout le monde est très bien acclimaté euh aux représentations européennes et que dans ce contexte-là euh ... bon on a récemment accueilli quelqu'un qui venait euh ... qui venait du bled euh ... on va se comporter comme n'importe quel français, mais lui il est du bled on va dire, donc là, l'interprétariat sera pas le même. La limite sera pas des représentations culturelles différentes, ce sera que ben j'ai 7 ans pi y'a des choses qui arrivent aux alentours de 40 ans que j'arrive pas à imaginer ou que je me représente pas, voilà ... euh ... si y'avait une limite, ça serait ça.</i> <i>Vous soulevez le problème d'un interprète qui serait un jeune enfant et qui n'aurait pas la maturité pour euh ...</i> <i>Oui, euh parce que ça par contre c'est courant, par exemple, alors euh je vais prendre un exemple qui n'est pas un exemple maghrébin, qui est un exemple kosovar euh ... Je suis une « laaarge » famille d'origine kosovar et d'ethnie rom ... euh ... qui sont des musulmans et les interprètes, ben ... j'ai le choix entre euh ... 5 ans, 7 ans, 12 ans ... j'ai aussi 19 ans mais c'est comme si y'en avait 13 ... euh et puis de temps en temps effectivement, euh, je vais avoir un interprète de 30 ans, pour euh ... un homme ou une femme d'une cinquantaine soixantaine d'années... voilà. Mais c'est très souvent, très souvent c'est les petits enfants qui accompagnent la grand-mère, par exemple...</i>
Docteur F	<i>L'interprète quand c'est les enfants, et qui m'disent « oui toute façon euh elle dit qu'elle a mangé ça mais c'est pas vrai » euh... (Rire) « elle dit qu'elle mange pas d'gâteaux mais c'est pas vrai » euh... Et on entend l'autre personne qui dit euh « qu'est-ce que tu dis ? » euh (Rire), alors euh... Trouver la juste réponse quoi...</i>

Le Docteur G nous confie son affliction, devant une perte d'autorité parentale, quand l'enfant revêt le statut d'interprète. La « domination linguistique » des enfants scolarisés et lettrés sur leurs parents ne maîtrisant pas la langue, confèrent à ces enfants une autorité complètement hors à propos qui crée un véritable malaise chez ce médecin.

Docteur G	<i>Avoir des fois des enfants qui sont plein de bonne volonté mais qui font peut-être moins bien passer l'information, en tout cas plus difficilement... Et puis ce qu'il y a... Alors c'est quelque chose qui me, qui me touche, c'est ... euh, bon, les parents sont une autorité, et là, ils perdent quelque part leur autorité face aux enfants. Et moi ça m'a marqué plusieurs fois hein, de voir, ben de voir des gens qui viennent, qui sont parents et c'est les enfants qui ont un peu la main mise sur euh les parents au niveau euh, avec moi, mais je pense avec d'autres structures également hein. Les parents perdent un petit peu, ben de leur pouvoirs euh parentaux. Et des fois ce qui me fait mal, c'est quand à plusieurs reprises des enfants qui se moquent un petit peu de leurs parents... parce que bon euh, les parents euh ... enfin des fois ça me choque ... des fois... des enfants... écoute ton papa il a pas appris le français à l'école quoi, j'veux dire, il apprend comme il peut quoi, ça me peine, ça me peine, des fois ça me peine, hein franchement, de voir euh, des gosses, euh, qui se moquent un peu. Ou de l'accent, ou du mauvais français, ou du mot qu'ils comprennent pas, ça me peine, parce que voilà quoi, c'est le père qui se lève, qui va au boulot quoi, qui porte les parpaings sur les chantiers... quelque part ça ...</i>
-----------	---

Le Docteur A relate également de mauvaises expériences d'interprétariat avec les enfants, ce qui l'a amené à ne plus renouveler cette expérience. L'enfant-interprète n'a pour elle pas l'assurance et la neutralité nécessaires pour assurer un bon intermédiaire entre le patient et le médecin. Elle relate donc une expérience de consultation, où elle a eu le sentiment que l'enfant était manipulé par la mère, qui, insatisfaite de sa prise en charge, manifestait son désaccord en se mettant en colère contre son fils.

Docteur A	<i>Alors, les enfants. Ça fait longtemps, longtemps que je sais que c'est un problème pour les enfants la traduction. TRES longtemps. Donc euh ... la plupart du temps, je me débrouille si une mère vient avec son fils, je parle de toutes les langues hein. Je sors le fils, mais vraiment euh... je les sépare, et euh, c'est même un peu parfois euh ... L'autre fois, je l'ai pas fait, et ... y'a encore eu une consultation tumultueuse... C'est-à-dire... Je vous la raconte ? Oui.</i> <i>C'est euh le pays c'est euh ... l'Arménie. Ça fait trois ans qu'elle ne sort pas un mot de français, la mère... qu'elle utilise son fils, pour les traductions, donc euh... elle a une douleur lombaire, pour moi, ben la douleur lombaire, faut attendre trois mois avant de faire un scanner... j'essaie de lui expliquer, elle est pas contente, pas contente de ma prise en charge et euh ... euh ... la consultation se passait, elle-en-gueu-lait son fils qui devait me traduire ça. Vous voyez. Elle voulait me dire qu'elle était pas contente de moi. Mais comme elle pouvait pas me le dire direct, qu'elle était très énervée parce qu'elle avait toujours sa douleur, elle passait par le fils, mais ça a été un psychodrame. Un vrai psychodrame. Donc, vous voyez, moi, je, je crois</i>
-----------	---

	<i>connaître la question, j'essaie de me débrouiller, mais parfois, y'a des vrais psychodrames qui sont liés à la traduction quoi. Vous comprenez ce que je veux dire ? (...) un neutre, elle aurait jamais pu lui parler comme ça, elle aurait dit ses symptômes euh ... on parle à son gosse, donc à son gosse on peut tout dire, hein, vous savez bien euh le gosse était gêné, il osait pas me traduire.</i>
--	--

Le Docteur C nous dit avoir, quant à lui, pris le parti d'enfants interprètes par absence d'une autre alternative possible. Il soulève une particularité de ces enfants interprètes. En toute vraisemblance, le Docteur C a observé que l'enfant de l'émigré, en particulier s'il est l'aîné, ne va pas véritablement connaître d'adolescence. Se faisant l'intermédiaire dans les démarches socio-administratives pour ses parents, il est prématurément initié au monde des adultes, et une maturité précoce s'impose à lui. Sur le plan scolaire, il remarque un échec scolaire paradoxal, chez ces enfants qui auront été très tôt responsabilisés.

Docteur C	Quand vous avez à votre consultation un patient ou une patiente diabétique, accompagné d'un enfant, quelles difficultés vous rencontrez par rapport à ce triptyque ? <i>Je pense que j'ai adapté mon langage à ... à l'enfant quoi...</i> Généralement, c'est des enfants qui ont quel âge ? <i>Six euh... Six-dix ans. Et donc... Et comme j'veus ai dit un peu en préambule, ce sont souvent des gamins très éveillés puisque souvent ce sont eux qui font les papiers de la famille, quoi... Donc ils ont une, une connaissance, ils jouent un rôle euh, de personne d'autorité sur les parents...</i> Est-ce que ça vous choque ? <i>(Soupirs) On fait avec hein...J'veux dire, bon, c'est, c'est le système qui, qui ... qui veut ça. Moi ce qui me choque après c'est de voir que finalement, ces gamins-là... qui sont un peu trop mobilisés par les parents, euh finalement euh... et qui ont un éveil qui pourrait (faire) penser qu'ils ont un potentiel, et en fait euh y'a paradoxalement une lassitude qui doit se créer, et les résultats scolaires etc. ne suivent pas quoi.</i>
-----------	---

➤ Difficultés liées à la neutralité de l'interprète

Le Docteur A relate une mauvaise expérience d'interprétariat, en lien avec les événements politiques qui l'ont amenée à prendre en charge des réfugiés politiques originaires du Kosovo. Les interprètes issus de la même communauté n'étant pas formé à la neutralité, ont été en prise directe avec les souffrances liées aux conditions tragiques de la migration de ces patients.

Docteur A	<i>Pour une famille kosovar... qui venait avec un jeune pour faire interprète, qui savait pas un mot de français, à un moment donné j'ai eu des problèmes, et puis il se trouve que ... j'avais une famille albanaise que ... j'ai demandé à la famille albanaise, bon qui parle français courant, courant euh ; que je connais depuis 12 ans, je leur ai demandé de faire l'interprète, ils m'ont dit oui d'accord, d'accord... donc euh, je les ai laissés cinq minutes ensemble dans la salle d'attente... et quand j'ai ouvert la porte de la salle d'attente, j'ai trouvé euh, les trois personnes en pleurs euh, elles s'étaient raconté leurs vies, c'était affreux, affreux, jamais plus je ferai ça... C'est-à-dire que. Voilà une famille euh, albanaise que je connaissais très bien, bien, bien, oh. Qui venait pour des petits problèmes banals... les autres étaient primo-arrivants, ils sortaient d'une guerre, d'une horreur, de je ne sais quoi, ils n'avaient pas de papiers, enfin c'était l'horreur. J'ai voulu les utiliser comme interprètes, mais ça a trop chamboulé les premiers, vous comprenez ce que je veux dire... Euh j'ai fait une erreur... je me suis bien excusé, et je les ai plus utilisés.</i>
-----------	--

Ce récit souligne l'importance que revêt le caractère de neutralité que doit garder l'interprète en consultation.

Le Docteur E évoque le problème de la neutralité de l'interprète qui se ferait l'allié du médecin, le simple prolongement du conseil médical.

Docteur E	<i>L'interprète bien souvent, il se fait un peu l'allié du médecin, j'ai l'impression, euh ... c'est l'idée qu'ils s'en font, je sais pas en disant : « bon voilà, tu dois bien prendre ton traitement comme ci, comme ça . »... euh, mais, par exemple euh redire les paroles du patient de façon neutre euh, ça c'est difficile pour eux... il va avoir une tendance à intervenir peut être dans la conversation, en disant euh ... enfin intervenir en disant « ben oui, euh tu dois bien prendre ton traitement. » ou des choses comme ça.</i> <i>La neutralité est pas, est jamais</i> <i>C'est jamais une vraie neutralité, oui, souvent l'interprète se met plutôt du côté du médecin...</i> <i>Au détriment de ce que peut vouloir, avoir envie de dire le patient ?</i> <i>Oui, ça fait que euh... enfin du côté du médecin entre guillemets, mais euh ... simplement avoir une vision très ... assez simple des choses, bon euh ... il faut prendre ses médicaments, et puis voilà quoi, c'est tout ...</i>
-----------	--

➤ La passivité du patient dans la consultation avec interprète

Le Docteur D et le Docteur E soumettent des exemples où l'interprète va être au premier plan et le patient devenir passif et spectateur de sa prise en charge.

C'est ainsi le cas chez des patientes accompagnées par leur mari comme l'évoque le Docteur D.

Docteur D	<i>On a le... le cas de figure d'une femme qui, passez moi l'expression, disparaît sous les rideaux ... et c'est monsieur qui parle ... Mais ... rien ne dit ... que madame ne parle pas français ...</i>
-----------	---

Le Docteur E regrette des cas où le patient, accompagné systématiquement lors des consultations médicales, se met en retrait et c'est l'interprète qui occupe le devant de la scène, le rendant spectateur de sa prise en charge.

Docteur E	<i>Pour ce monsieur là, y'a pas de problème de compréhension. Le problème, c'est qu'il ne bouge plus et il est très handicapé par ça Et bon, ça ne s'arrange pas, mais bon euh Son épouse est diabétique aussi, mais elle, elle est ...bien équilibrée, elle comprend bien, elle suit correctement les choses euh, et en fait elle s'occupe de son mari. Son mari est assez passif en fait face à tout ça, il fait ce qu'on lui dit, voilà, sans plus (...) Madame ... par exemple, c'est une dame qui est diabétique aussi (...) elle effectivement elle parle pas français. Enfin du moins elle parle très peu...euh...Mais ce sont ses filles qui font le relais.</i> <i>(...) Et euh ... Surtout une de ses filles qui elle est parfaitement ... intégrée en France ...euh je crois qu'elle est née en France et, elle est totalement francophone et intégrée, mais euh...Je dirais que le ...La relation entre la mère et la fille, c'est un peu ...La fille est assez autoritaire avec sa mère sur ce qu'elle mange et les choses et ...La mère est plutôt dépressive, très passive. Dans ce cas de figure là, la patiente n'est pas au centre de la consultation ? Assez peu oui...</i> <i>C'est la fille qui ...</i> <i>Qui manage ...</i> <i>Qui mène ...</i> <i>Qui comprend bien ... tout ça, mais effectivement, c'est pas la patiente qui est au centre.....</i> <i>Est-ce que ça a tendance à être toujours plus ou moins le cas le fait qu'il y a les enfants alphabétisés, et que les rôles s'inversent ... Et que le patient ne soit plus au centre des décisions pour sa prise en charge et ne soit plus actif dans sa maladie?</i> <i>Oui, ce qui ressort le plus, là on peut reprendre le cas de monsieur ... par rapport à sa femme, ou bien cette dame là avec sa fille ...Ce qui me frappe le plus, en fait, c'est la passivité.</i>
-----------	---

➤ Difficultés liées au caractère approximatif de la traduction.

Les médecins soulignent, dans le recours à des aidants naturels, le caractère parfois approximatif de la traduction.

Docteur F	Quels freins vous avez rencontré dans la communication ? Quand il y a une troisième personne qui intervient ? <i>Que... Que les questions, que mes questions soient pas toujours bien comprises par l'interprète, donc mal traduites. Que les réponses sont pas toujours euh, fidèles. C'est pour ça que j'ai l'habitude... de poser plusieurs fois la même question sous des formes différentes... Et puis, j'me sers de quelques mots que j'connais euh... pour repérer ce qui s'dit. Pour comprendre un peu... J'veux dire, j'essaie de comprendre avant que l'interprète me traduise. Quelquefois ça correspond...</i>
Docteur G	<i>(...) avoir accès à des interprètes officiels où on peut faire appel quoi, oui ça serait bien, parce que des fois, on est un petit peu léger (sur la traduction)</i>
Docteur E	<i>son amie étant là (pour traduire) C'est pas ,c'est pas évident ...Parce que bon ben, elle explique des choses de façon assez élémentaire, immédiate, mais les enjeux sur le long terme, enfin des choses comme ça. C'est quand même pas trop possible.....</i>

➤ Difficultés liées au secret médical et à l'anonymat

Les médecins ont conscience du problème éthique vis-à-vis du secret médical, que sous-tend le recours à un interprète non professionnel.

Docteur F	<i>Quand vous touchez le domaine intime quoi. Là ça d'vient euh... Faut arriver à aller assez dans l'intime pour comprendre c'qui s'passe, et en même temps... Pas mettre le patient... Surtout qu'c'est des interprètes qui sont pas professionnels. Pas mettre le patient euh en situation de se déshabiller d'avant, devant, ses, son, son ami, sa voisine, sa fille euh. Y'a des choses que, qui les regardent pas obligatoirement...</i> Donc les obstacles sont liés à l'objectivité de l'interprète, à son professionnalisme ? <i>C'est ça.</i> Et au secret médical ? <i>(Acquiescement du Docteur F)</i>
Docteur E	<i>l'interprète, quand c'est des amis, euh... je dirais que probablement, y'a peut être une pudeur aussi quand même hein ... je pense.</i>
Docteur B	<i>C'est aussi un droit de chacun d'avoir des éléments sur sa santé, pi pas forcément de les partager avec les siens.</i>

Par rapport à toutes ces limites que représente le recours à des interprètes non professionnels, non formés, les médecins vont accueillir plutôt favorablement, le concept de médiation au travers d'un interprète formé, et nous allons en détailler les modalités.

2.2.6. Avis sur un interprétariat professionnalisé

2.2.6.1. L'interprétariat individuel

2.2.6.1.1. Connaissance de réseaux d'interprétariat par les médecins

Il n'existe pas dans l'agglomération nancéenne d'association ou d'institution d'interprétariat professionnalisé. En revanche, il existe une plate-forme téléphonique d'interprétariat dont le siège est à Paris, mais dont le coût peut, pour la consultation de médecine générale, apparaître comme prohibitif. En conséquence, les médecins en ont une connaissance variable et un recours anecdotique.

Le Docteur E nous dit avoir déjà eu recours à l'interprétariat par téléphone, avec une bonne satisfaction, mais dans le cadre d'une nécessité ponctuelle. Le Docteur F a eu recours à une association quelques années auparavant, mais plus depuis. Le Docteur B n'en a pas notion, mais accueille le principe favorablement, dans le but de relayer et soulager les familles.

Docteur E	Est-ce que vous avez des cas où vous proposez l'intervention d'un interprète issu d'une association ? <i>Alors, ça m'est arrivé de le faire ...Bon, très rarement, je dois dire, vu le coût de l'interprétariat... euh...je l'ai fait plus à titre d'expérience euh... Qu'autre chose... Euh donc ça a bien fonctionné, ça a bien fonctionné.</i>
Docteur F	Est-ce que vous connaissez des associations d'interprètes ? <i>Pas officielles non. Je sais que, au tout début, j'étais installée, j'avais fait appel à Inter Service Migrants qui intervenait à Metz. Et j'veux dire, j'ai plus l'occasion de l'faire, je sais pas si ça existe encore... Et ... C'était une association qui justement, qui... euh... qui permettait d'utiliser un interprète professionnel.</i> Par téléphone ? <i>Non. C'était une personne qui se déplaçait. Mais c'était, oh... Y'a... vingt-cinq ans hein ! Depuis, j'ai plus eu l'occasion.</i>
Docteur B	Est-ce que vous connaissez des réseaux d'interprète dans l'agglomération, ou un numéro de téléphone d'interprétariat ?

	<i>Non. Non. Non, parce que euh j'en vois pas l'intérêt immédiat. Par contre ... j pense que si on m'en propose, des gens qui s'proposent pour faire ça, je, je, je... proposerais volontiers ce relais aux familles !</i>
Docteur G	<i>Est ce que vous connaissez des structures d'interprétariat ?</i> <i>Non... non, je ne sais pas, ... y'a des amicales je pense...(il y a) des associations de Portugais, donc peut-être qu'à ce moment-là y'a peut-être des interprètes, des gens qui sont de, de l'association. En tout cas, des interprètes officiels j'en n'ai jamais vus.</i>

2.2.6.1.2. Un interprétariat individuel pour redonner sa place au patient

Pour les médecins interrogés, les informations recueillies par un interprète professionnel sont jugées plus fiables. L'absence de lien entre patient et interprète, faciliterait, dans la perspective du médecin, l'obtention du point de vue du patient comme individu autonome, sans qu'il soit passé au crible des considérations familiales ou collectives.

En particulier pour les problématiques psychiatriques, l'intervention d'un interprète est jugée intéressante par les médecins.

Docteur B	<i>J'ai une dame, alors elle, elle a bien compris qu'elle pouvait venir toute seule, alors je (rires), j me dis : des fois, c'est un peu compliqué ! Mais elle est ravie de venir seule. Parce que, euh, elle était un p'tit peu embêtée d'mobiliser ses filles qui, maintenant, habitent beaucoup dans l'quartier mais ont des enfants. Et puis elle voulait plus v'nir avec son mari (en chuchotant). Elle avait vraiment envie, et puis franchement elle est contente de v'nir toute seule et ... On prend le temps qu'il faut mais... c'est quand même euh ... (souples) ..., mais euh ... pour euh ... si j'avais besoin de lui dire qu'elle est diabétique, c'est sûr que là on ferait pas toutes les deux... elle le sait aussi que ... quelquefois on pourrait avoir besoin de quelqu'un. Mais moi, je pense que, ça soulagerait un peu les familles de d'avoir un interprète.</i>
Docteur D	<i>Le cas très particulier où j'imaginerais un interprète professionnel pour aider à la conduite d'entretien, c'est dans les entretiens à contenu fortement psychoaffectif, avec une résonance psychiatrique... Mais en dehors de ces cas très particuliers, exemple, syndrome post-traumatique dans un contexte de guerre ou dans un contexte de torture, ou des choses comme ça ... mais euh sinon, en prise en charge globale d'un individu où y'a pas de vécu euh ... de vécu traumatique particulier... là à l'heure actuelle j'en vois pas l'intérêt...</i>
Docteur G	<i>C'est vrai qu'il y aurait quelqu'un d'officiel, de neutre euh... peut-être que les parents retrouveraient un petit peu leur euh... de leur pouvoir et ... ouais, peut-être... Faudrait soulever ça...</i> <i>(...)Je pense que au niveau euh... de la prise en charge des troubles psychologiques, ce serait vraiment bien qu'il y ait des, euh, des interprètes formés, euh, qu'il y ait une neutralité quoi, ce serait vraiment bien...</i>

2.2.6.1.3. Les garanties de qualité et de confidentialité d'un interprétariat professionnalisé

Ce sont les avantages exprimés par le Docteur G.

Docteur G	<i>Il faut avoir accès à des interprètes officiels où on peut faire appel quoi, oui ça serait bien, parce que des fois, on est un petit peu léger(...) ça serait peut-être mieux, dans la mesure où, où ... ça serait des adultes, des gens qui sont formés, donc qui auraient un minimum de connaissances au niveau médical hein, euh, pas des études de médecine loin de là, mais avoir quelques rudiments de connaissances, ce serait peut-être mieux. (...) L'interprète plus officiel, plus neutre, ça serait bien, parce que expliquer à la voisine les problèmes qu'on rencontre avec son mari, avec ceci, cela, autre chose, ça regarde pas le quartier quoi.</i>
-----------	---

2.2.6.1.4. Les réticences à la mise en place d'un interprétariat individuel en Médecine Générale

Les médecins nous font part de réticences liées à une mise en place de l'interprétariat.

➤ La complexité de sa mise en place

Les difficultés liées à la « logistique de mise en place » d'un interprétariat individuel en Médecine Générale sont exprimées par les Docteurs E, D et G.

Docteur E	<i>Est-ce qu'ils (les patients) vous signalent des réticences par rapport à quelqu'un qui viendrait faire l'interprète et qui serait issu d'une association ? Ben j'ai jamais proposé, parce que je ... J'ai même pas entrevu que ce soit possible, ... puisque le seul service d'interprétariat que je connaisse, c'est soit l'interprétariat au niveau national, qui se situe à Paris et qui se fait par téléphone ou alors y'a une association ici ... à Woippy je crois ... ou alors à Strasbourg... mais bon euh ... demander à quelque un d'être présent physiquement pour euh ... des consultations régulières, là je, j'avoue que j'ai même pas envisagé cette possibilité parce que ... Ce serait trop complexe ? Une organisation trop complexe, et comme ça n'existe pas à ma connaissance, j'ai même pas proposé...</i>
Docteur D	<i>Un interprète professionnel qu'est-ce qu'il pourrait faire de plus ? ... ben l'avantage effectivement, il pourrait être là. Déjà. Ceci étant dit, j'imagine très bien qu'on prend rendez-vous avec l'interprète, il est présent et puis le patient ben non (Sourires)</i>
Docteur G	<i>Je limite pas dans mon temps, enfin euh ... J'commence tôt j'finis tard. S'il faut euh enfin tard, relativement... Et euh, ça évite l'attente, pour les gens, pour les gens qui ont des enfants c'est vraiment bien... Si y'avait une tierce personne euh ... ce serait moins évident, pour peu qu'il y ait un rendez-vous, puisqu'il</i>

	<i>faudrait que, et le patient, et le médecin, et l'interprète euh aient le même créneau horaire...</i> <i>(...) Après tout dépend du, tout dépend des ... des structures, du nombre de, d'interprètes... On est quand même sur (ville d'exercice du médecin) déjà neuf ou dix médecins, tous une population quand même assez ... importante, d'ethnies différentes, donc il faut pas un interprète pour euh... Jamais fait le prorata entre les gens d'origine étrangère qui parlent pas le français et ceux qui manient le français hein. Y'a quand même une partie de la consultation où euh les gens parlent pas très très bien le français, donc si y'a un interprète pour tout le coin euh ... Il va commencer le matin à sept heures et finir le soir à vingt-et-une heures ! (rires) ... Il va courir d'un cabinet à l'autre ! C'est les modalités de formation, comment on peut le joindre, euh ... Qui va gérer tout ça, quoi ? ...</i>
--	---

➤ L'interprétariat individuel n'a pas sa place en médecine de ville

C'est le point de vue exprimé par le Docteur D. Selon lui, les aidants naturels, interprètes volontaires de la communauté, suffisent.

Docteur D	Est-ce que vous avez déjà eu recours à un interprète issu d'une association ? ou bien par téléphone ? <i>Pas ici ... j'dirais quelque part que l'interprétariat professionnel par téléphone, c'est une pratique qui apparaît plus courante en institution euh... qu'en médecine de ville, en libéral...</i> ça vous paraît difficile à mettre en place ? <i>Bien sûr...</i> C'est cher ? <i>Et c'est cher, c'est clair et net. L'interprétariat, j'en ai l'habitude parce que je suis praticien hospitalier à l'unité médico-sociale où on s'en sert très régulièrement euh ... si, y'a quand même une certaine facture à la fin du mois... Et enfin, ces problèmes de barrière linguistique euh ... simplement la barrière linguistique, les différences de représentation culturelle, c'est à l'épreuve du temps, à force... petit à petit, on parvient à ... construire un espace de parole où on va s'entendre ... euh ... mais simplement sur la barrière linguistique, y'a pas besoin d'interprétariat professionnel, on peut s'arranger simplement au sein de la communauté pour faire l'interprétariat...</i>
-----------	---

➤ La réticence peut venir du patient

C'est une limite au recours à l'interprétariat posée par le Docteur G. Celui-ci, bien que favorable à l'interprétariat, respecte le choix du patient.

Docteur G	Si vous pouvez avoir recours à un interprète professionnel qui se déplace ? <i>ça ne me dérangerait pas dans la mesure où le patient est d'accord... Celui qui souhaiterait un interprète euh professionnel entre guillemets, oui, ma foi... ben il pourrait venir ici. Celui qui n'en voudrait pas parce que ben il a des problèmes de santé et puis il ne veut pas en parler à une tierce personne, préférera un membre de la famille, même moins bien traduit, mais un membre de la famille, bon ben je respecterai...</i>
-----------	--

2.2.6.1.5. L'alternative : les thérapeutes de même culture que les patients

Voilà le souhait exprimé par certains patients du Docteur E, en particulier pour les problématiques psychiatriques. Le Docteur G évoque également ce recours.

Docteur E	<i>Là où y'aurait besoin parce que là encore c'est souvent des obstacles psychologiques... et là où y'aurait besoin d'un travail vraiment euh psychologique euh ... et en même temps y'a des patients qui sont pas francophones et qui ont besoin d'une psychothérapie... là j'avoue, j'avoue que je ne sais pas quoi leur proposer...</i> Est ce que les patients sont demandeurs ou est-ce qu'ils prennent l'initiative de chercher un interprète disponible ? <i>Non, je pense que non. Des fois, ils demandent si je ne connais pas des thérapeutes qui sont de leur langue. En fait, c'est ça qu'ils voudraient... mais bon ...</i>
Docteur G	<i>ça me revient à l'esprit, j'ai eu deux cas comme ça de ... y'a une jeune femme turque, elle montait à Strasbourg régulièrement parce qu'il y avait un psychiatre, un psychologue, qui était bilingue, qui était d'origine turque et qui parlait le Turc, et comme elle avait des tas de problèmes, elle avait été battue par la police, elle a vécu des histoires terribles en Turquie... enfin elle s'était sauvée, et donc elle allait voir ce psychologue, ce psychiatre à Strasbourg... bon une fois tous les 15 jours, bon c'est pas la porte à côté hein ... c'est pas la porte à côté...</i>

Ainsi, l'ensemble des médecins exprime un avantage certain à recourir à un interprétariat professionnalisé, garantie selon eux d'une meilleure qualité de prise en charge de leurs patients ayant un obstacle de langue. C'est toutefois la problématique de besoins trop disparates, dans le temps et dans l'espace, qui inspire des réticences quant à la possibilité de réalisation concrète de recours à l'interprétariat, et en particulier dans le domaine du diabète de type 2 dans les populations immigrées. L'idée qui semble adaptée, en particulier dans le cadre des patients diabétiques ayant un obstacle de langue, c'est l'organisation d'un interprétariat collectif.

2.2.6.2. L'interprétariat collectif pour la prise en charge diététique des patients diabétiques

2.2.6.2.1. Une structure adaptée pour l'éducation thérapeutique des patients diabétiques ayant un obstacle de langue

Le Docteur F serait plus favorable à une structure d'interprétariat de groupe pour l'éducation des patients diabétiques.

Docteur F	Est-ce que vous pensez que la mise en place de plate-forme d'éducateurs nutritionnels pour le diabète en arabe ou en berbère, dans les quartiers, améliorerait la prise en charge ? <i>Peut-être pas dans les quartiers, mais on pourrait imaginer euh... qu'il y ait possibilité euh... de, d'avoir une éducation thérapeutique pour le diabète dans la langue des, des gens. Oui, ça pourrait être une façon d'apporter un plus. Mais... Le problème c'est que nos, nos besoins sont vraiment très émiettés quoi... Et donc euh... Instaurer une structure comme ça par quartier, ça n'a pas de ... Par contre, ça pourrait se faire... Je pense à la situation à (ville d'exercice du médecin interrogé), y'a une association qui s'appelle F... avec une, une, une Y'a des cours de français quoi. Et on pourrait imaginer euh... dans ce cadre-là faire une information sur le diabète.</i>
-----------	---

Le Docteur A est convaincue de l'intérêt d'un tel support d'éducation diététique pour ses patients diabétiques maghrébins.

Docteur A	Un interprète formé sur les conseils diététiques serait intéressant ? <i>ça, ça pourrait être intéressant. Parce que y'aurait une approche culturelle. Mais aussi parce que ça m'apporterait à moi aussi. Voilà... Moi la diététique j'avouerai que ... à part les grandes lignes... ça m'intéresse pas vraiment ... Mais euh, les grandes lignes sont là quand même hein ... c'est-à-dire euh, ces fameuses boissons sucrées euh, le fait de se resservir, de se resservir encore... du régime lipidique aussi, surtout chez les diabétiques. C'est-à-dire que le cholestérol soit bon et tout ça. Mais bon les grandes lignes y sont. Mais l détail euh... Donc euh, des consultations complémentaires dans la langue, c'est sûr euh, ce serait intéressant...</i>
-----------	--

2.2.6.2.2. Avis sur des modalités pratiques de mise en place de telles structures

C'est le Docteur C qui donne l'avis le plus abouti sur cette question, il a envisagé, en effet, par le passé, la mise en place de « groupes d'éducation diabétique », mais qui n'ont pu aboutir jusqu'à présent, comme il nous l'explique.

Docteur C	<i>Moi, j'avais déjà proposé qu'on ait un certain nombre de gens, de ..., on avait même fait un programme, un projet... Politiquement à l'époque, on n'était pas dans le syndicat qui était en mesure d'accepter le test, donc ils ont pas financé. Donc moi, j'étais pour, si vous voulez, qu'on forme un certain nombre d'éducateurs. Enfin d'éducateurs thérapeutiques. Donc des gens qui ont une formation relativement polyvalente en santé, sur des problèmes-types de suivi de régime, de... d'explication de maladies, etc. Et comme donc, soit arabe, turc... Enfin... Afrique, quoi, et puis... Pays des Balkans... Et qu'on ait à disposition, et qu'on fasse des séances collectives quoi... Où on aborde un certain nombre de trucs, où les gens posent des questions quoi. Et en fait, l'idée c'est type « weight watchers », mais euh, carrément de séances où euh... Il y ait l'éducateur thérapeutique plus le médecin quoi. Et à ce moment-là, si l'éducateur sait pas, il interpelle le médecin... Que ... Parce que faire sur un coup, bon. Parce que soit les gens sont vraiment bénévoles, et ça dure qu'un temps. Parce que les gens au bout d'un certain temps, ils veulent être dédommagés, etc. Et on crée des structures qui sont pas vraiment pérennes. Soit on forme vraiment des gens à ça, qui sont capables bon si vous voulez... Parce que le besoin est quand même pas... énorme, quoi, enfin... Donc euh... Euh... Donc on forme, pour ensuite animer des réunions dans les quartiers. Enfin, moi, c'est ce qu'au début on avait travaillé dans les Maisons du Diabète, c'est ce que je pensais qu'on arriverait à faire quoi. Mais bon euh... en fait euh, ils avaient qu'une idée, c'était de remplir leurs services, donc euh... Si vous voulez, on n'est pas dans un échange de principes quoi... Donc, je, je sais pas ce qui se bricole, mais on n'est pas là quoi. Si vous voulez, je pense que si on avait dix séances collectives, dans un quartier comme le nôtre, donc ici y'a la ... (nom d'une maison associative de quartier maghrébine), à un moment, y'avait des réunions santé, etc. On planifierait sur une année, il y aurait dix séances sur le diabète, et, j'allais dire en arabe, dix en turc, et dix en machin et machin, ça suffirait pour une fois par an, pour... pour déjà re-euh, recalculer les grands principes de la maladie, et puis que les gens échangent quoi. En fait, la difficulté, c'est que les, y'a des gens qui tout d'un coup, bon, si vous voulez, ils ont leur écart, et ils disent « ah oui, je reconnais que j'ai fait des erreurs » et puis finalement... c'est comme en Médecine hein, groupes de pairs. On échange, euh, y'en a deux qui</i>
-----------	---

	<i>pratiquent comme ça, d'autres qui pratiquent comme ça, bon oui, peut-être que... donc c'est ça, le côté « weight watchers », détourné, mais à mon avis c'est ça. Moi j'suis pas trop pour... Le... L'individuel quoi.</i>
--	--

Un interprétariat sous forme de réunions avec éducateurs thérapeutiques, pour l'éducation des patients diabétiques d'origine étrangère serait un support très intéressant pour les patients, et comme l'explique le Docteur C, une piste intéressante qui mériterait des développements.

Il nous apparaît nécessaire d'encourager de telles structures, développer des forums d'éducation où les messages fondamentaux, mais aussi les questions pourraient être soulevées, dans une dimension à la fois culturelle de sensibilisation à l'équilibre alimentaire, et dans une dimension sociale de rapprochement intercommunautaire et d'intégration.

2.2.7. Synthèse

Les médecins s'inscrivent dans une approche biomédicale du diabète.

Toutefois, certains médecins semblent davantage sensibilisés à la diversité des représentations sur la santé, la maladie et les soins, et semblent les intégrer dans leur pratique, dans une interculturalité qui semble profiter à la relation médecin-patient.

Sur le point particulier du Ramadan pratiqué par les patients diabétiques maghrébins, le médecin ne fait pas autorité.

Les représentations plus particulières du patient maghrébin par le médecin sont empreintes là encore d'une certaine interculturalité. Cette relation est originale, de par l'histoire propre de la communauté maghrébine et de son vécu migratoire qui influent sur la relation avec le médecin et sur la prise en charge diabétique.

La relation interculturelle au sens plus général, nous l'avons perçue, n'en est pas moins éprouvante pour les médecins, qui cependant s'en enrichissent culturellement et spirituellement. D'aucuns diront que l'exercice de la Médecine en contexte interculturel revêt parfois plus que jamais un caractère sacerdotal.

Dans cette médiation culturelle, les interprètes de proximité sont une aide précieuse pour les médecins comme pour les patients. Leur avantage principal est que, sans eux, la prise en charge des patients ayant un obstacle linguistique serait sévèrement compromise. Les inconvénients tiennent au manque de professionnalisme, et à la confidentialité, auxquels ils ne sont, par définition, pas tenus.

Les alternatives représentées par l'interprétariat professionnel et les soignants de même culture, se heurtent à des difficultés de faisabilité technique en médecine de première ligne.

La prise en charge des patients diabétiques de culture différente par des éducateurs thérapeutiques lors de consultations collectives pourrait constituer une opportunité pour amplifier et renforcer les messages de médecins qui se sentent parfois seuls dans une prise en charge médicale, sociale, et culturelle complexe.

PARTIE IV

Discussion

1. Les limites de l'étude

1.1. Limites tenant à la réalisation des entretiens

1.1.1. La taille des échantillons reste faible

Nous avons interrogé sept médecins et six patients, ce qui reste faible. Néanmoins nous avons vu qu'en matière d'étude qualitative, ce n'est pas la significativité statistique qui est recherchée, mais bien une démarche davantage compréhensive.

Par ailleurs, au regard des thématiques de recherche initiales, nous constatons que les échantillons étudiés ont tout de même permis d'établir une réflexion très enrichissante sur les notions d'interprétariat, de barrière linguistique, et d'exercice médical en contexte interculturel.

1.1.2. La durée relativement courte des entretiens

Les entretiens ont duré de quinze à trente-cinq minutes pour les patients, et de vingt-cinq à trente-cinq minutes pour les médecins, ce qui reste relativement court.

La variabilité de la durée des entretiens chez les patients de notre échantillon mérite, à cet endroit, une réflexion et une interprétation. Interprétation qui pourrait se rattacher à la problématique même de la barrière linguistique, puisque l'entretien le plus court est celui de Madame E dont, rappelons-nous, la barrière linguistique est la plus forte et qui est accompagnée par une amie, issue de la même communauté qu'elle. Nous pouvons alors mettre en miroir cette constatation avec la réflexion d'un des médecins qui soulignait la faiblesse suivante : en matière d'interprétariat faisant appel à un membre non formé de la communauté, la traduction reste assez sommaire, « élémentaire et immédiate ». Pour autant, nous avons pu, chez Madame E, prendre la mesure de toute la dimension de l'implicite et du non-dit, de l'obstacle linguistique, en prise directe « avec le réel ».

1.1.3. Limites concernant les entretiens avec les patients

1.1.3.1. Les données perdues dans les apartés... et les « mises à part »

Les entretiens menés auprès des patients avec l'aide, certes, précieuse des interprètes, ne s'est pas faite sans parfois des apartés, mettant à l'écart l'interviewer, et à l'origine de pertes de données.

Des données ont également pu être occultées dans certains entretiens où l'interprète partant au devant des réponses, modifiait la spontanéité d'une réponse qui aurait pu être faite par le patient, et en l'occurrence la patiente, dans le cas que nous évoquons, puisque cela a été observé au cours de l'entretien avec Madame M, réalisé en présence de son mari.

1.1.3.2. Influence du lieu de tenue des entretiens avec les patients

Nous pouvons nous interroger sur la variabilité et la nature des informations recueillies selon que l'entretien s'est déroulé au domicile des patients, ou au cabinet médical. Nous avons été accueillie dans une grande hospitalité chez Madame M et chez Madame G. Le choix de l'entretien au cabinet médical pour les autres patients s'est décidé d'un commun accord avec ces derniers sur des critères logistiques et pratiques.

Nous n'avons pas remarqué de retenue particulière dans l'une ou l'autre des configurations. En tout cas, nous n'avons pas ressenti de pudeur, ou retenue dans les propos, plus importante selon que l'entretien se déroulait au domicile des patients ou au cabinet médical, dénotant peut-être le fait que les patients se sentent aussi bien en confiance au cabinet de leur médecin généraliste.

1.2. Limites tenant à la position du chercheur

L'auteur reconnaît un statut complexe de sa double position dans cette étude, qui a pu influencer le recueil des données et leur analyse.

1.2.1. La position de médecin

Nous nous présentions auprès des patients, comme auprès des médecins, en tant que « remplaçante en Médecine Générale en préparation de sa thèse ». Notre position de soignant a pu influencer les réponses et attitudes des patients.

Ainsi, nous avons été, lors de l'entretien avec Madame M, sollicitée par son mari, pour des informations complémentaires sur le régime diabétique. Cela dit, cette intervention a été salubre, pour le chercheur comme pour la patiente. En effet, elle a permis d'alimenter notre réflexion sur l'interprétariat d'une part, et de corriger un contre-sens diététique chez la patiente d'autre part. C'est au travers de cette demande d'information médicale que s'est effectivement révélée une retranscription incomplète des messages diététiques de la part de l'interprète de la patiente. (Cf. en Annexe A, l'entretien de Madame M)

Nous avons également ressenti au cours de certains entretiens, par moment, une relation davantage de médecin à patient. Nous avons été marquée par cette impression lors de l'entretien avec Madame Be. Celle-ci s'est, semble-t-il, davantage attachée à montrer sa bonne compréhension de son diabète et son suivi régulier, mettant au second plan l'évocation avec nous des problématiques plus personnelles soulevées par sa maladie et son parcours migratoire.

Enfin, nous restons réaliste quant au biais possible que représente notre position de soignant sur la question de la satisfaction des patients interrogés envers leur médecin traitant.

1.2.2. La position de chercheur

Débutante dans le domaine de la recherche qualitative, nous souhaitons souligner les limites de notre compétence interprétative dans l'analyse des entretiens, bien que nous ayons étudié de la façon la plus rigoureuse possible les techniques d'analyse qualitative. Nous nous sommes formée à l'interprétation dans une approche de compréhension, et de témoignage de la « réalité du terrain », tout en ayant conscience de notre subjectivité, de notre vécu, mais aussi de notre propre identité, de nos références culturelles, sociales, institutionnelles, et médicales.

2. Intérêt de la prise en compte des représentations en santé

Ecartant toute théorisation des phénomènes migratoires et de la relation interculturelle, nous voudrions discuter quelques aspects qui peuvent venir enrichir la réflexion et le travail en contexte interculturel.

2.1. Représentations étiologiques du diabète

2.1.1. Le stress comme facteur déclenchant

Le stress a parfois été cité comme facteur déclenchant du diabète chez les patients interrogés. S'il est un stress, c'est aussi celui de la migration, comme les patients l'ont relaté dans les entretiens.

Certaines études ont montré le rôle du stress dans la survenue de l'hyperglycémie et dans le déclenchement d'un diabète de type 2. RS Surwit et al suggèrent que le stress pourrait avoir un effet déclenchant chez une personne ayant déjà un terrain à risque de diabète. Ils proposent également la limitation de ce stress comme élément de prise en charge thérapeutique d'un diabète déjà présent. (126)

En 2000, JM Mooy et al ont étudié les liens entre le stress et la survenue du diabète de type 2. Ils ont retrouvé une corrélation positive, et indépendante des autres facteurs de risque, entre la présence d'un diabète et la survenue d'événements traumatisants comme le décès du conjoint ou le changement de domicile. (127)

Des études complémentaires sur ce sujet sont nécessaires.

2.1.2. Le rôle positif de la spiritualité

C Samuel-Hodge et al ont montré, dans une étude qualitative sur la prise en charge du diabète de type 2 des femmes d'origine africaine aux Etats-Unis le rôle positif de la spiritualité dans la gestion de la maladie et des émotions. (128)

Ainsi, sous l'angle principal de la religion, « on la dira : explicative, en ce qu'elle pallie un savoir empirique défaillant ; organisatrice, par l'ordre qu'elle présuppose et vise à sauvegarder dans l'univers ; sécurisante en ce qu'elle ramène à un niveau supportable la peur et les tensions psychiques par la foi et l'espérance d'une justice ; intégrative en ce qu'elle agit comme mécanisme de contrôle social, liée qu'elle est à une morale du respect et de la sanction, mais aussi parce qu'elle crée une communion des croyants. » (129)

2.1.3. Migration et diabète : est-il plus grave d'être malade loin de chez soi ?

Nous posons la question de l'atteinte du corps en exil, qui pourrait modifier les représentations de la maladie. Est-il plus difficile et donc plus grave d'être malade loin de son pays, de sa famille ?

Des auteurs comme Mohand Khellil ont évoqué l'exil des Magrébins comme un mal nécessaire.

Dans *L'Exil Kabyle*, M. Khellil écrit : « L'émigration kabyle est ressentie comme un mal nécessaire (...) Les parents sont toujours inquiets devant une telle entreprise, car l'enfant devenu homme leur échappe. Ils craignent pour sa santé, sa conduite et surtout l'éventualité d'un non-retour au pays. (...) Surtout, on craint que l'exilé ait un accident ou contracte une grave maladie (on dit une « mauvaise maladie », c'est-à-dire un mal incurable) et en meure loin des siens. (...) C'est pourquoi toute une série d'interdits sont observés la veille et le jour du départ : tout y est fait pour ne pas « déranger » les génies protecteurs. Parmi ces interdits, en dehors du fait que nul ne doit prononcer de mauvaises paroles (tout ce qui a trait au Mal) ni élever la voix, nous avons remarqué plus particulièrement qu'il est interdit de balayer « derrière un homme » c'est-à-dire après qu'il ait franchi le seuil vers l'extérieur. Rompre cet interdit, c'est provoquer la mort certaine de l'homme « derrière lequel » on a balayé. (...) Nous le retrouvons dans les rites funéraires : la maison dans laquelle est décédée une personne ne doit pas être balayée pendant trois jours. Ce départ est un moment marquant dans la vie de l'émigré, comme si un cycle de vie était rompu en même temps que la commensalité et le contrat d'alliance qui unissaient tous les membres d'un même groupe familial. (...) Muni déjà de quelques amulettes « porte-bonheur » que la mère a fait faire par un *Ttaleb* (*le Marabout*), le voyageur fera quand même une halte sur la tombe de l'ancêtre commun à la sortie du village, pour y faire une prière et cueillir, comme à Tifrit (*Village de Kabylie*), une

bouture du figuier surplombant cette tombe afin que l'ancêtre étende sur lui sa protection au-delà de la mer. » (122)

Nous l'avons constaté au cours d'entretiens avec les patients et les médecins, de mal nécessaire, la migration peut devenir maladie, emportant avec elle toute la responsabilité de la pathologie qui frappe le patient.

Dans cette approche culturelle, il apparaît donc essentiel, pour le médecin, de ne pas exclure le contexte socioculturel dans lequel apparaît la maladie.

Des études complémentaires dans ce sens pourraient être envisagées, afin de mieux cerner les représentations et enjeux de la maladie chez le patient exilé.

La prise en compte, par les professionnels de santé sensibilisés aux aspects émotionnels et sociaux de la santé, des représentations du diabète peuvent influencer positivement la prise en charge thérapeutique, en créant une passerelle interculturelle dans la relation médecin-patient.

2.2. L'alimentation comme marqueur identitaire

2.2.1. La cuisine maghrébine

La cuisine maghrébine est souvent perçue par les médecins interrogés comme une cuisine riche en sucres et en quantités. Ils ont tous ou presque déjà eu l'occasion de goûter les pâtisseries traditionnelles apportées par leurs patients lors des fêtes et célébrations.

Pour autant, la cuisine maghrébine ne se résume pas à cette seule caractéristique, elle est un marqueur identitaire fort. En effet, la loi musulmane préconise d'entretenir son corps, l'alimentation ayant un rôle conservateur de la santé. La bonne nourriture est celle qui profite.

La cuisine, les manières de la table sont culturellement déterminées. L'acte alimentaire vu comme une construction sociale, est fondé sur un sentiment d'appartenance ou de différenciation. Il est fondateur de l'identité collective. (130)

Le migrant qui quitte son pays, son groupe social, et parfois sa famille, aura besoin de se raccrocher à certaines valeurs identitaires qui vont lui permettre de supporter le vide et le manque créés par l'émigration. L'alimentation traditionnelle pourra ainsi prendre une place

importante dans la vie quotidienne du migrant, témoignant de son attachement à sa culture, mais aussi à ceux qu'il laisse là-bas, et à la notion de migration temporaire.

La délivrance d'un message nutritionnel par le professionnel de santé va donc entrer en résonance avec des habitudes, des traditions et des symboles qu'il serait intéressant de prendre en compte.

2.2.2. Migration et bouleversement alimentaire

Certains médecins ont soulevé la problématique de l'adaptation du régime alimentaire chez leurs patients diabétiques d'origine maghrébine. L'occidentalisation de leurs habitudes alimentaires, dans l'intégration de nouveaux aliments à fort pouvoir énergétique, est à l'origine, d'après l'observation dans leur pratique, d'une augmentation de la prévalence de l'obésité et du diabète de type 2 dans les populations soignées.

Ces observations soumises par des acteurs de santé de première ligne et « aux premières loges », si l'on peut dire, appellent à la réalisation d'études complémentaires sur la question de la prévalence de l'obésité dont il constitue l'un des principaux facteurs de risque du diabète de type 2, dans les populations immigrées en France.

2.2.3. Le message alimentaire dans la relation interculturelle

Nous avons constaté, au cours des entretiens auprès des médecins, des difficultés pour certains à « faire passer les messages alimentaires ». L'attitude de simplification et de résumé diététique, appliquée dans une sorte d'impasse thérapeutique, est apparue comme infructueuse et donc non satisfaisante pour les médecins.

D'autres médecins nous ont paru, au contraire, en prise directe avec le « quotidien alimentaire » des patients à l'origine de messages diététiques adaptés et plus efficaces.

D'une manière générale, il ressort que, pour transmettre un message alimentaire, il faut (134):

- Etre à l'écoute et mettre les intéressés en confiance.
- Aborder des thèmes fondamentaux ayant un rapport direct avec les conduites alimentaires tels que :

- Alimentation, intégration et niveau social : chaque culture a ses bonnes habitudes alimentaires.
 - Les règles culturelles ancrées, telles que : préparer beaucoup à manger en cas de visite inopinée, être persuadé que la bonne nourriture est celle qui profite, apporter des gâteaux lorsqu'on est invité, accepter ce qui est offert, se resservir un plat, l'abondance des mets sucrés servis à des invités preuve de l'honneur qui leur est fait.
- Evoquer les règles ou rites du « bien recevoir » dument codifiés et incontournables selon les cultures.
 - Partir des habitudes alimentaires et des modes de vie du groupe considéré, cibler, sélectionner, et prioriser les messages à faire passer en favorisant ceux concernant les boissons, les pâtisseries, les matières grasses, les modes de cuisson, le pain par exemple.
 - Se donner du temps : les habitudes évoluent lentement mais sûrement.
 - Encourager les ateliers ou forums de discussion sur les thèmes de l'équilibre alimentaire et du régime diabétique.

3. Apports de l'interprétariat en contexte interculturel

3.1. Les interprètes familiaux et de proximité

3.1.1. Les avantages

Les médecins que nous avons interrogés ont tous l'habitude de faire appel, dans leur pratique quotidienne, à des interprètes de proximité, issus de la famille du patient, ou de la communauté.

Les avantages sont nombreux (86), le premier étant le fait que, beaucoup de consultations médicales ne pourraient avoir lieu ou seraient très limitées, en l'absence de recours possible à ces interprètes de proximité.

- La disponibilité : les médecins ont souligné une disponibilité et une accessibilité de ces interprètes de proximité qui sont gratuitement au service du patient, et facilement mobilisable à la demande du patient.

- La proximité culturelle : cet aidant naturel, en particulier s'il est de la famille du patient est en mesure de donner des informations importantes pour le patient en lien direct avec sa vie et ses problématiques quotidiennes.
- Le renforcement de messages de prévention : en particulier, l'explication de règles diététiques à des mères en présence de leurs enfants lorsqu'ils sont venus traduire, renforce l'intérêt de ce qui est dit et favorise la poursuite des échanges au domicile.

De ce point de vue, il serait intéressant, pour la pratique, de consacrer des travaux sur ces aidants naturels. Ces connaissances pourraient être utiles dans l'amélioration de la pratique médicale avec un interprète familial.

3.1.2. Les inconvénients

- L'interprète de proximité n'est jamais lié au secret médical : l'inconvénient majeur est donc l'absence de confidentialité.
- La qualité de la traduction est très variable : de traduction incomplète, nous l'avons vu, l'interprète peut aller jusqu'à répondre à la place du patient.
- Une configuration à laquelle le médecin n'a pas été habitué : il serait intéressant de réaliser des études basées sur l'enregistrement de consultations où intervient un interprète de proximité, afin d'étudier l'adaptation du médecin à cette structure d'entretien à trois. Les médecins sont en effet davantage formés à exercer dans le cadre du colloque singulier. La structure de l'entretien avec interprète peut être plus difficile à construire et à maintenir. Des études sur ce sujet pourraient être utiles pour améliorer la pratique médicale en contexte interculturel.

3.2. Pistes de réflexion pour un interprétariat professionnalisé

3.2.1. L'interprétariat individuel

L'interprétariat professionnalisé en Médecine Générale est un domaine encore peu développé en France, alors même que les médecins de première ligne sont confrontés au quotidien à des difficultés liées à la barrière linguistique dans la prise en charge de leurs patients étrangers.

Des associations telles que Migration Santé tendent à développer des réseaux d'interprétariat, avec des interprètes formés au domaine médical. Mais ce domaine est encore en devenir.

Les médecins généralistes interrogés sont tous favorables à l'intervention d'un interprète professionnel, pour des avantages qui ont été mentionnés par ailleurs.

Il serait toutefois intéressant d'explorer l'influence sur la relation médecin-patient d'une telle intervention. Les médecins ont mentionné les réticences de leurs patients eux-mêmes à l'intervention d'un interprète professionnel, inconnu et quand bien même soumis au secret médical. Une telle intervention en Médecin Générale mériterait des études complémentaires.

3.2.2. Des éducateurs thérapeutiques dans une prise en charge collective des patients diabétiques en contexte interculturel

Au cours de nos entretiens, et au vu des différentes possibilités et aménagements possibles en pratique de Médecine Générale, nous avons émis une piste de réflexion concernant une prise en charge en groupes éducatifs pour les patients diabétiques de culture différente, organisés conjointement par les municipalités et les médecins de ville, avec l'aide d'éducateurs thérapeutiques communautaires, formés à la problématique du diabète et de la diététique.

La formation de tels éducateurs, de même que l'organisation de tels groupes demanderait une réflexion, qui peut constituer la base d'un travail thérapeutique de fond en situation interculturelle.

Conclusion générale

Cette étude a permis de mettre en lumière les difficultés relatives à la prise en charge, par les médecins généralistes, des patients en contexte interculturel, mais également d'établir quelques points de repère pour une formation interculturelle à la santé.

Les médecins confrontés à l'autre culturellement peuvent évoquer une douloureuse impuissance. Ce que j'ai appris ne marche pas, la résistance de l'autre à mes méthodes me prive de mes outils. Nous avons vu que le repli identitaire constitue parfois une réponse à cette remise en question : il conduit à subordonner son intervention au respect des normes, et donc à en exclure ceux qui ne s'y conforment pas. Confrontation vaine, cette stratégie paraît vouée à une utilité limitée. Si dans toute rencontre, les identités des acteurs sont mises en jeu, les problèmes surgissent si les « masques identitaires collent à la peau » et figent la pratique de l'acteur de santé.

Au travers de l'étude plus particulière des représentations de santé chez des patients diabétiques de type 2 d'origine maghrébine, la motivation n'était certainement pas l'établissement d'une connaissance académique des traits culturels relatifs à cette communauté (cela est d'ailleurs impossible !), les connaissances livresques sur l'autre aboutissant généralement davantage à un renforcement des stéréotypes. La motivation était la sensibilisation à la diversité des représentations sur la santé, la maladie, et les soins, pour créer un « espace où les cultures, en se découvrant différentes, se révèlent et se confrontent » (131, 132). La différence culturelle sert alors à décliner son identité, à offrir un espace où peut se négocier la co-construction d'un récit de passage, dans les deux sens.

La finalité de cette étude est donc une invitation au voyage, et à plus d'un titre. Parce que la rencontre de l'autre culturel est un pas vers le voyage, la préoccupation éthique dans la rencontre culturelle entre soignant et soigné met au rendez-vous de devoir quitter à un moment donné le territoire de ses propres évidences. Dépasser, donc, la clôture. Passer et repasser librement la frontière entre ma culture et celle de l'autre, entre ma culture professionnelle, et celle de l'autre.

La médiation culturelle par des interprètes dans la relation culturelle apparaît, à l'issue de cette étude, incontournable et irremplaçable. Les modalités de formation de médiateurs culturels en santé ouvrent un large champ de réflexion, et un domaine en devenir.

La formation des professionnels de santé au travail avec de tels intervenants, traducteurs et/ou interprètes, soulève un champ de recherche tout aussi capital. Un élément nous apparaît également fondamental, celui de la formation des intervenants en santé à la connaissance de soi et de ses propres représentations. « Le fait que la conscience de soi, en nous, et la conscience que l'autre a de nous ne correspondent pas toujours, doit nous pousser à hésiter à prendre la relation comme évidente, seule posture qui convient à la préoccupation éthique du rapport à autrui. » (133)

Bibliographie

1. Le diabète en France, une épidémie et des inégalités sociales de santé. INVS : Communiqué de presse du 14 novembre 2006.
2. Diabetes Atlas, 2^e édition. International Diabetes Federation. Bruxelles, 2003.
3. Carballo M, Siem F. Immigration et diabète : le nouveau défi. Diabetes Voice 2006 ; 51(2) : 31-33.
4. Table ronde sur les inégalités de santé et les populations migrantes organisée lors de l'Assemblée Générale de Migrations Santé Alsace. Bulletin de liaison n°43, septembre 2003.
5. La santé en France. Haut Comité de Santé Publique. La Documentation Française. Paris. 2002 ; p210.
6. Essay. Anthropology in the clinic. The problem of cultural competency and how to fix it ? Arthur Kleinman, Peter Benson. Volume 10, issue 10. Plos Medicine. 2006 ; 3 : 1673-76.
7. Lacroix A. Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? Santé Publique 2007 ; 4.
8. Fassin D. Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. Hommes et Migrations, n° 1225. mai-juin 2000.
9. Gentilini M, Duflo B. Médecine Tropicale, Flammarion, Paris, 1986. 466p.
10. Rapport au ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, La Santé des Migrants, La Documentation Française, Paris, 1986.
11. Hu DJ, Covell RM. Health care usage by Hispanic out patients as a function of primary language. The Western Journal of Medicine. 1986 ; 144, 490- 3.
12. Ghandi TK, Burstin HR, Cook EF, et al. Drug complications in out patients. Journal of General Internal Medicine. 2000 ; 15, 149-54.
13. Lee ED, Rosenberg CR, Sixsmith DM, Pang D, Abularage J. Does a physician-patient language difference increase the probability of hospital admission ? Academic Emergency Medicine. 1998 ; 5(1) : 86-89.
14. Woloshin S, Schwartz LM, Katz SJ, Welch HG. Is language a barrier to the use of preventive services ? Journal of General Internal Medicine. 1997 ; 12 : 472-77.
15. . Avis du Comité Économique et Social européen sur « Santé et Migrations ». Journal officiel de l'Union Européenne.2007/C 256/22.

16. Trends in Total Migrant Stock : The 2003 Revision, ONU. [www. Unfpa.org](http://www.unfpa.org).
17. Rapport de la Banque Mondiale sur les Perspectives Économiques. 2006.
www.banquemondiale.org.
18. . Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Analytic review of migration and health as it affects European Community countries. *Tropical Medicine and International Health*. 1998 Dec ; 12(3) : 936-944.
19. Svedin CG, Back K, Wadsby M. Mental Health Among Immigrant and Refugee Children of Divorced Parents. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1994 ; 22(3), 178-86.
20. Muynck A. Migration and Health in Belgium. In *Country Reports on Migration and Health in Europe*. Wissenschaftliches Institut der Arzte Deutschlands, Bonn. 1997.
21. Janson S, Svensson PG, Gkblad S. Migration and Health in Sweden. In *Country Reports on Migration and Health in Europe*. Wissenschaftliches Institut der Arzte Deutschlands, Bonn. 1997. 379-96.
22. Mirdal GM. The condition of "Tightness": The somatic complaints of Turkish migrant women. *Acta Psychiatrica Scabdinavia*. 1985 ; 71, 287-296.
23. Gaspar OS, Silès D. Migration and Health in Spain. In *Migration and Health in Europe*. Wissenschaftliches Institut der Arzte Deutschlands, Bonn. 1997 ; 316-18.
24. Balajaran R, Bulusu L, Adelstein AM et al. Patterns of mortality among migrants to England and Wales from the Indian subcontinent. *British Medical Journal* 1984 ; 289, 1185-87.
25. De Jong JTVM. Ambulatory mental Health care for migrants in the Netherlands. *Curare* 1994 ; 17, 5-34.
26. Ait Menguellet A. Toxicomanie et immigration maghrébine. In *Les adolescents dits maghrébins de deuxième génération en France*. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, 86è session. Chambéry, juin 1988, Masson, Paris. 351-9.
27. Boylan M. Acculturation et conduites addictives chez les jeunes d'origine maghrébine. *Interventions* 1995 ; 48, 17-19.
28. Yacoub S. Réflexions à propos de toxicomanes maghrébins incarcérés : approches juridique socio ethnique ethno clinique. *Migrations Santé* 1993 ; 74, 21-36.
29. London M. Mental illness among immigrant minorities in the United Kingdoms. *British Journal of Psychiatry* 1986 ; 149, 265-73.

30. Karmi G. Migration and Health in the United Kingdom. In Country Reports on Migration and Health in Europe. 1997 ; 379-96.
31. Premier Rapport épidémiologique européen sur les maladies transmissibles, CEPCM, 2007. www.eur-lex.europa.eu.
32. Prinsze F. Tuberculosis in countries of the European Union. Infectieziektenbulletin 1997 ; 8(2), 25-27.
33. Gliber M. Migration and Health in France . In Country Reports on Migration and Health in Europe 1997 ; 316-378.
34. Carchedi F, Picciolini A. Migration and Health in Italy. In Country Reports on Migration and Health in Europe. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands, Bonn. 1997 ; 258-282.
35. Huismann A et al. Migration and Health in Germany. In Country Reports on Migration and Health in Europe. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands, Bonn. 1997.
36. Baljaraan R. Ethnic differences in mortality from. Ischaemic heart disease and cerebrovascular disease in England and Wales. British Medical Journal 1991 ; 302, 560-4.
37. De Jong J, Wesenbenk R. Migration and Health in the Netherlands.. In Country Reports on Migration and Health in Europe. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands, Bonn. 1997 ; 285-305.
38. Balajaraan R, Botting B. Perinatal mortality in England and Wales : variations by mother's country of birth (1982-1985). Health Trends 1989 ; 21, 79-84.
39. Santé périnatale. Immigration et santé. Document de travail 01-05 sur les politiques de santé. Santé-Canada.
40. . Série de Publications : Santé et Droits de l'Homme. Organisation Mondiale de la Santé. 2003. N°4.
41. L'accès des étrangers en situation irrégulière au système de santé. Les documents de travail du Sénat, n°LC160, mars 2006.
42. Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. Médecins de Monde. Septembre 2007. www.medecins dumonde.org.
43. Da Lomba S. Fundamental social right for irregular migrants : a case study of irregular migrants' right to Health care in France and England, University of Leicester, Royaume-Uni. Conférence « Migrations irrégulières et droits humains », 29 juin 2003.

44. Guasasco C, Heuer LJ, Lausch C. Providing Health care and education to migrant farmworkers in nurse-managed centers. *Nursing Education Perspectives*. 2002 ; 23(4), 166-71.
45. Heuer LJ, Hess C, Batson A. Cluster clinics for migrant hispanic farmworkers with diabetes, perceptions, successes and challenges. *Rural Remote Health*. 2006 Jan-Mar ; 6(1) : 469.
46. Karter AJ, Ferrara A, Darbinian JA, Ackerson LM, Selby JV. Self-monitoring of blood-glucose : language and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes Care*. 2000 ; 23 : 477-483.
47. Brown AF, Ettner SL, Piette J, Weinberger M, Gregg E, Shapiro MF, Karter AJ, Safford M, Waitzfelder B, Prata PA, Beckles GL. Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus : a conceptual framework and review of the literature. *Epidemiol Rev*. 2004 ; 26 : 63-77
48. Romon I, Dupin J, Fosse S, Dalichampt M, Dray-Spira R, Varroud-Vial M, Weill A, Fagot-Campagna A. BEH 45/14 novembre 2006 : Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001.
49. Balsa AI, Macguire TG. Statistical discrimination in health care. *Journal Of Health Economy*. 2001 ; 20(6) : 881-907.
50. Charte de l'ONU. Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. www.un.org.
51. Enquête de la Mission France Médecins du Monde sur le point : « Je ne prends pas ces patients. » Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie universelle et l'Aide Médicale d'État dans 10 villes de France. Paris, Médecins du Monde, novembre 2006, 43p.
52. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity : health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med*. 1995 ; 41 : 819-28.
53. Bowen S. Language barriers in access to health care. Prepared for the Health System Division, Health policy and communications branch. Health Canada. 2001.
54. Erzinger S. Communication between Spanish speaking patients and their doctors in medical encounters. *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 1991; 15, 91-110.
55. Fiscella K, Franks P, Doescher MP, Saver BG. Disparities in health care by race, ethnicity and language among the insured Medical Care. 2002; 40: 52-59.
56. Garet CR, Treichel CJ, Ohmans P. Barriers to Health care for immigrants and non-immigrants : a comparative study. *Minnesota Medicine*. 1998; 81: 52-55.

57. Jackson JC, Rhodes LA, Inui TS, Buchwald D. Hepatitis B among the Khmers : issues of translation and concepts of illness. *Journal of Internal Medicine*. 1997 ; 12 : 292-98.
58. Ferguson WJ, Candib LM. Culture, language and the doctor-patient relationship. *Family Medecine*. 2002 ; 34, 353-61.
59. Meeuwesen L, Johannes AM, Harmsen H, Roos MD, Bernsen R, Bruijnzeels MA. Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients ? *Soc Sci Med*. 2006 ; 63 : 2407-17.
60. Leanza Y. Patients migrants et professionnels de la santé : les enjeux d'une relation interculturelle. *Interdialogos*. 1998 Fev ; 2 : 12-16.
61. Herzlich C. Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale. Paris : Edition EHESS, 1992. 7-118.
62. Tison B. Soins et culture. Paris : Edition Masson, 2007. 244p.
63. El Khayat R, Goussot A. Psychiatrie, culture et politique, essai. *Arabsynet e Journal* 2005 ; 8.
64. Leman J, Gally A. Thérapies interculturelles, l'interaction soignant-soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire. Bruxelles : Editions Universitaires De Boeck, 1991. 159p.
65. Régie Régionales de la santé et des services Sociaux de Montréal-centre. Culture, santé et ethnicité. Rapport synthèse 2000 ; 4 (3).
66. Helman CG. Culture, health and illness. Oxford : Butterworth Heinemann, 1994. 454p.
67. Hjelm KG, Bard k, Nyberg P, Apelqvist J. Beliefs about health and diabetes in men of different ethnic origins. *J Adv Nurs*. 2005 Apr ; 50(1) : 47-59.
68. Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden. *Int J Nurs Stud*. 2003 Aug ; 40(6) : 627-43.
69. Hjelm K, Nyberg P. Beliefs about health and illness essential for self-care practice : a comparison of migrant Yugoslavian and Swedish diabetic females. *J Adv Nurs*. 1999 Nov ; 30(5) 1147-59.
70. Ashton CM, Haidet P, Paterniti DA, Collins TC, Gordon HS, O'Malley K, Petersen LA, Sharf BF, Suarez-Almazor ME, Wray NP, Street RL Jr. Racial and ethnic disparities in the use of health services : bias, preferences or poor communication ? *J Gen Intern Med*. 2003 Feb ; 18(2) : 146-52.

71. Van Ryn M. Research on the provider contribution to race/ethnicity disparities in medical care. *Med Care*. 2002 ; 40(suppl) : 140-51.
72. Burgess DJ, Fu SS, Van Ryn M. Why do providers contribute to disparities and what can be done about it ? *J Gen Intern Med*. 2004 Nov ; 19(11) : 1154-9.
73. Bartlett EE, Grayson M, Barker R, Levine DM, Golden A, Libbert S. The effects of physician communication skills on patient satisfaction, recall and adherence. *J Chronic Dis*. 1984 ; 37 : 755-64.
74. Henbest RJ, Stewart M. Patient-centredness in the consultation. Does it really make a difference ? *Fam Pract*. 1990 ; 7 : 28-33.
75. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, et al. Race, gender and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA*. 1999 ; 282 : 583-9.
76. Roter DL, Stewart M, Putman SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS. Communication styles of primary care physicians. *JAMA*. 1997 ; 277 : 350-6.
77. Mizrahi A, Wait S. Health access and health status of immigrant populations in France. Paris : CREDES ; 1993.
78. Wanner P, Khlat M, Bouchardy C. Lifestyle and health behavior of Southern European and North African immigrants in France. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 1995 ; 43 : 548-59.
79. L'interprétariat et la lutte contre les inégalités d'accès aux soins. *Bulletin de liaison n°47. Migrations Santé Alsace*. Août 2004.
80. Rapport Santé Publique et Maîtrise des langages. Table Ronde de Migrations Santé Alsace. Novembre 2003. www.migrations-sante-alsace.org.
81. Freeman GK, Rai H, Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M. Non English speakers consulting with the general practitioner in their own language : a cross sectional survey. *British Journal of General Practice*. 2002 ; 52 : 36-38.
82. Lipton RB, Losey LM, Giachello A, Mendez J, Giroti MH. Attitudes and issues in treating Latino patients with type 2 diabètes : views of Health care providers. *The Diabetes Educator*. 1998 ; 24(1) : 67-71.
83. Tocher TM, Larson E. Quality of diabetes care for non English speaking patients : A comparative study. *Western Journal of Medicine*. 1998 ; 168 : 504-511.
84. Shapiro J, Saltzer E. Cross-cultural aspects of physician-patient communications patterns. *Urban Health*. 1981 (December) : 10-15.
85. Paroles de l'autre, Manuel de l'interprétariat. *Migrations Santé*. Editions Inca Graphic, 2003. 104p.

86. Ateliers « Rôle de l'interprète ». Journées régionales de l'interprétariat, Inter Service Migrant. Janvier 1999, 52 pages.
87. Parole de l'autre. Migrations Santé. Edition Inca Graphic, 2003. p. 9 à 12.
88. Parole de l'autre. Migrations Santé. Edition Inca Graphic, 2003. p.13.
89. Piret B. La psychothérapie à trois est-elle possible ? In : Psychiatrie, psychothérapie et culture. Strasbourg, Paroles sans Frontières, 1991 ; tome II : 9-27.
90. Parole de l'autre. Migrations Santé. Editions Inca Graphic, 2003. p. 40.
91. Karliner L, Jacobs EA, Chen AH, Muta S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. Health Serv Res. 2007 ; 42(2), 727-54.
92. Rosenberg E, Leanza Y. Travailler avec un interprète en soins de première ligne : pertes et renoncements. Bulletin de l'ARIC. 2007 ; 45 : 30-36.
93. Edwards RT, Bogusia A. Users' experiences of interpreters : the critical role of trust. Interpreting. 2005 ; 7(1), 77-95.
94. Gerish K, Husband C, Mackenzie J. Barriers to communication between health practitioners and service users who are not fluent in English. Nurse Education. 2002 ; 22(6) : 457-65.
95. Carballo M., et Al. The Process of Social Insertion of Migrants, Refugees and Asylum Seekers in the Context of Access to and Use of Health and Social Services. International Center for Migration and Health. Geneva, 2003.
96. Romon I, Dupin J, Fosse S, Dalichampt M, et al. BEH 45/14 novembre 2006 : Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001.
97. Bihan H, Laurent S, Sass C, Nguyen G, Huot C, Moulin JJ, et al. Association among individual deprivation, glycemic control and diabetes complications, the EPICES Score. Diabetes Care. 2005 ; 28(11) : 2680-5.
98. Abate N, Chandalia M. The impact of ethnicity on type 2 diabetes. J Diab abd its Complic 2003 ; 17 : 39-58.
99. Jaber LA, Brown MB, Hammad A, Zhu Q, Herman WH. Lack of acculturation is a risk factor for diabetes in arab immigrants in the US. Diabetes Care 2003 ; 26(7) : 2010-2014.
100. Bachmann MO, Eachus J, Hopper CD, Davey SG, Propper C, Pearson NJ, Williams S, Tallon D, Frankel S. Socioeconomic inequalities in diabetes complications, control,

- attitudes and health service use : a cross sectionnal study. *Diabet Med.* 2003 ; 20 : 921-29.
- 101.Auerbach SM, Close JN, Kiesler DJ, Orr T, Pegg PO, Quick BG, Wagner C. Relation of diabetic patients' health-related control appraisals and physician-patient interpersonal impacts to patients' metabolic control and satisfaction with treatment. *J Behav Med.* 2002 Feb ; 25(1) : 17-31.
 - 102.Harmsen JAM (2003). When cultures meet in medical practice. Dissertation. Rotterdam : Erasmus University Rotterdam.
 - 103.Harmsen JAM, Bernsen R MD, Meeuwesen L, Dorrenboom G, Thomas S, Pinto D, et al. Cultural dissimilarities in general practice : development and validation of a patient's cultural background scale. *Journal of immigrant and minority health.* 2006 ; 8, 115-24.
 - 104.Cowie CC, Port FK, Wolfe RA, Savage PJ, Moll PP, Hawthorne VM. Disparities in incidence of diabetic endstage renal disease according to race and type of diabetes. *N Engl J Med.* 1989 ; 321 : 1074-79.
 - 105.Pugh JA, Sterm MP, Haffnor SM, Eifler CW, Zapata M. Excess incidence of treatment of endstage renal disease in Mexican Americans. *Am J Epidemiol.* 1988 ; 127 : 135-44.
 - 106.Lavery LA, Ashry HR, Van Houtum W, Pugh JA, Harkless LB, Basu S. Variation in the incidence and proportion of diabetes-related amputations in minorities. *Diabetes Care.* 1996 ; 19 : 48-52.
 - 107.Brown et al. Race, ethnicity, socioeconomic position and quality of care for adults with diabetes enrolled in managed care. (The translating research into action for diabetes TRIAD study). *Diabetes Care.* 2005 ; 28(12) : 2864.
 - 108.Karter AJ, Ferrara A, Liu JY, Moffet HH, Ackerson LM, Selby JV. Ethnic disparities in diabetic complications in an insured population. *JAMA.* 2002 ; 287 : 2519-2527.
 - 109.Schneider EC, Zaslovsky AM, Epstein AM. Racial disparities in the quality of care for enrollees in Medicare managed care. *JAMA.* 2002 ; 287 : 1288-94.
 - 110.Khellil M. Maghrébins de France de 1960 à nos jours : la naissance d'une communauté. Paris : Editions Privat, 2004. 173p.
 - 111.Sayad A. L'immigration ou les paradoxes de l'altérité, l'illusion du provisoire. Paris : Editions Raisons d'agir, 2006. 217p.

- 112.Clemence A. Catégorisation sociale et représentation sociale : commentaires sur le texte de Lacassagne, Salès-Wuillemin, Castel et Jébrane (2001). *Papers on Social Representations* 2002 ; 11 (2) : 1-4.
- 113.Lacassagne MF, Sales-Wuillemin E, Castel P, Jebrane A. La catégorisation d'un exogroupe à travers une tâche d'association de mots. *Papers on Social Representations* 2001 ; 10 (7) : 1-11.
- 114.Desplats M. Représentations du diabète dans une population immigrée originaire du Maghreb. Etude qualitative à partir de 21 entretiens semi-directifs. 193p. Thèse Médecine Générale : Strasbourg : 2007.
- 115.Ellrodt A. Urgences médicales. Paris : Ed Estem, 1997. 19.
- 116.Guide Affection Longue Durée. Diabète de Type 2. HAS. 2007.
- 117.Guillou AY. Expérience migratoire et pratiques thérapeutiques des migrants à Rennes, Rapport final. ADDRAS 2005. 58p.
- 118.Blanchet A, Ghiglione R, Massonat J, Trognon A. Les techniques d'enquête en sciences sociales : observer, interviewer, questionner. Paris : Dunot, 1987, 197p, ISBN 2040169016
- 119.Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. Armand Colin, 1996, 127p, ISBN 9782200351564
- 120.Thierry V. Patients et alcool en Médecine Générale : Vécu et représentations des médecins généralistes au travers d'une enquête qualitative.175p. Thèse Médecine Générale : Nancy : 2009.
- 121.Sayad A. La Double absence, des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré. Paris : Editions Seuil, 1999. 437p.
- 122.Khellil M. L'exil kabyle. Paris : Editions L'Harmattan, 2000. 207p.
- 123.Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Paris : Edition Payot, 1986. 411p.
124. Coran. Sourate II, Versets 183 et suivants.
- 125.Graber M, Girod I. Communication entre soignants et patients migrants dans différents services hospitaliers. ARIC, 2001. 6p.
- 126.Surwit RS, Schneider MS, Feinglos MN. Stress and diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1992 ; 15 : 1413-1422.
- 127.Mooy JM, Vriess HD, Grootenhuis PA, Bouter LM, Heine RJ. Major stressful life events in relation to prevalence of undetected type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000 ; 23(2) : 197-201.

- 128.Samuel-Hodge C, Headen S, Skelly A, Ingram A, Keyserling T, Jackson E, Ammerman A, Elasy T. Influences on day-to-day self-management of type 2 diabetes among African –women. *Diabetes Care* 2000 ; 23(7) : 928-33.
- 129.Rivière C. Introduction à l'anthropologie. Paris : Edition Hachette, 1999. 150p.
- 130.Vizcarra Bordi I. Au-delà de l'assiette, l'acte alimentaire dans la société et la culture. *Anthropologie et Sociétés* 1999 ; 23(2) : 145-151.
- 131.La Cecla F. Le malentendu. Paris : Balland, 2002.163p.
- 132.Changkakoti N. A la rencontre de l'autre : poétique du malentendu. *Bulletin de l'ARIC* 2005 ; 41 : 88-101.
- 133.Boula JG. Soins et formation dans les professions de la santé. *Analogie éthique* 2003. www.gfmer.ch/presentations-fr/soins_formation.htm.
- 134.Levy C. Alimentation, précarité et autres cultures. *Migrations santé, Bulletin de liaison*. 2004, 45. 4p.

ANNEXE A : Entretiens

1. Entretiens avec les Patients

a) Entretien avec Madame B

Interviewer : Depuis combien de temps êtes-vous suivie pour les problèmes de diabète ?

Mme B : ça fait dans les trois ans- quatre ans.

Interviewer : D'accord ...

Mme B : Quatre ans, oui ...

Interviewer : Et ça a été découvert comment ?

Mme B : Ben ... avec des vertiges, euh ... Euh, oui, des vertiges.

Interviewer : D'accord.

Mme B : Des vertiges...

Interviewer : Et vous l'expliquez comment ?

Mme B : C'est la fatigue ... Je sais pas si c'est héréditaire ... Mon père l'avait, déjà. Donc euh ... c'est arrivé comme ça, je le savais pas moi. Et puis, d'un seul coup j'ai fait des analyses ... et puis, on m'a dit ... euh ... que « vous avez le diabète ! », moi je le savais pas... j'ai découvert comme ça d'un seul coup.

Interviewer : D'accord ... depuis combien de temps êtes-vous en France ?

Mme B : Oh ben ... ça fait longtemps... Depuis 73, 1973.

Interviewer : D'accord, vous êtes bien adaptée ?

Mme B : ah oui, oui, j'ai été éduquée là-bas chez moi en Algérie... c'est là-bas que j'ai étudié, que j'ai parlé français, c'était la France avant, et puis euh , j'ai appris le français quoi.

Interviewer : Et comment vous avez vécu le...

Mme B : Eh ben ici, j'avais pas le problème puisque je parlais bien le français, j'écrivais et tout ça, donc euh j'avais aucun problème... je me suis adaptée très, très bien ...

Interviewer : D'accord... l'intégration vous avez vécu ... en fin ... de quitter l'Algérie, vous l'avez vécu comment ?

Mme B : Ah non, y'a pas eu de problème, aucun problème...

Interviewer : vous avez votre famille là-bas ?

Mme B : Ah oui, oui, j'ai ma famille, mes sœurs, j'ai perdu mes parents mais ... y'a la famille quoi !

Interviewer : D'accord, et ... dans votre famille, il y a des cas de diabète ?

Mme B : Oui ... mon père, c'est tout... il y avait que mon père qui l'avait.

Interviewer : Oui...

Mme B : Et lui, il l'a eu tard en plus, il avait 66 ans.... Mais, c'était un diabète euh ... grave quoi...

Interviewer : C'est-à-dire ?

Mme B : On a vécu vraiment ... ben après il a eu la gangrène... au pied... il a eu le pied coupé euh ... c'était ... un désastre quoi ... (silence) ... hein ...

Interviewer : Vous la voyez comment pour vous cette maladie ?

Mme B : Je la vois toujours devant moi, malgré que ça fait des années hein...je le vois toujours ... quand son pied il a été coupé, quand il a été hospitalisé euh ... on est cinq sœurs, et c'est moi la seule qui est restée avec lui quand il était à l'hôpital je suis restée pendant quatre mois euh, matin, midi, soir, la nuit euh ... C'est moi qui m'occupais de lui à l'hôpital... oui jusqu'à ... qu'il est mort.... (Silence) donc euh voilà... Lui, il a pas accepté que son pied il a été coupé c'était pire... c'est là qu'il veut plus rien vivre quoi ...

Interviewer : Chez lui la maladie s'est déclenchée comment ?

Mme B : Je me rappelle pas... ça s'est déclenché aussi euh comme ça avec une visite, euh les analyses de sang... voilà, ils ont dit que c'était le diabète et puis ... il était sous insuline euh ... régime, tout ça ...

Interviewer : Pour vous ce qui détermine, ce qui déclenche la maladie c'est quoi ?

Mme B : Ben je sais pas moi ... moi je me suis dit peut être c'est le stress... c'est ce que je me dis toujours...

Interviewer : C'est-à-dire ?

Mme B : Parce que, comme ma fille elle est diabétique à 19 ans, avant moi ... donc le diabète il a déclenché quand elle a ... elle a pas eu son bac ... elle a pas eu son bac, et en plus de ça on a perdu un petit bébé qui est né dans la famille ... pas le nôtre, mais celui de ... sa sœur euh demi-sœur en Algérie.

Interviewer : Oui...

Mme B : On devait y aller et tout ça ... bon c'était la naissance et ... en même temps le même jour on a reçu le, le coup de fil que le bébé il est mort et que elle, elle a raté le bac, alors euh ... voilà Et puis, voilà ...donc moi je m'suis dit ... et puis elle s'est renfermée dans sa chambre en pleurant, pleurant, pleurant, pour le bac pour le bébé, pour euh ... partir en vacances, et puis de là, on savait pas, et d'ailleurs c'est monsieur ... (docteur) qui l'avait découvert... deux fois, ... deux fois de suite il lui a donné un traitement comme quoi c'est une angine blanche... et l'angine blanche euh ... avec tous les traitements qu'il lui a donnés ... ça n'a rien donné Euh, ma fille elle maigrissait, euh elle était pas bien euh ... tout le temps allongée, fatiguée, ... elle partait pas à l'école, euh... elle s'enfermait dans la chambre, les vomissements ... Et puis un jour j'ai appelé monsieur ... (docteur), je lui dis c'est pas possible faut lui faire toutes les analyses, il a fait les analyses il a dit elle a rien du tout sauf qu'il a oublié de lui faire les analyses de ... glycémie ... donc moi euh ... je me suis inquiété encore plus, elle mourait devant moi et j'appelle un autre médecin. L'autre médecin qui est venu, il dit « vous avez fait les analyses ? » j'ai dit oui, je lui ai montré tous les papiers, il dit les analyses ils sont tous faits sauf deux ... deux choses qu'il a pas fait ... la glycémie, le médecin-là, il a dit c'est la première des choses qu'il faut faire il l'a pas fait, deuxièmement il a dit grossesse comme elle est au lycée et tout ça euh ... on a dit euh ... on sait jamais ... Elle buvait beaucoup d'eau, on était inquiet, et puis le médecin euh il a fait faire les analyses de glycémie, les analyses de grossesse, ... c'est une fille qui sort même pas ... donc on était pas inquiets sur le côté-là... et puis euh ... je montais moi les escaliers de chez moi pour aller dans une réunion de classe pour mon petit garçon et je vois le médecin qui courait chez moi, i'm'dit « je viens chez vous madame B ! » J'dis qu'est-ce qu'il y a ? i'm'dit votre fille elle est dans le coma... parce qu'il a reçu les analyses Il rentre chez moi euh, on la trouve toute blanche comme ça, la peau à elle tu la sors comme ça (montre son pull blanc) ... la peau ... et il me dit elle est déshydratée allez, allez ! Tout de suite tout de suite en urgence ! Alors il voulait même pas que c'est moi qui nous qu'on l'amène il appelle l'ambulance ... on l'a fait entrer en urgence à l'hôpital (nom de l'hôpital)... ils ont fait la glycémie ... presque sept grammes ...sept elle était dans le coma Et puis euh tout le monde criait, tout le monde courait une jeune fille une jeune fille une jeune fille, ils ont déclenché ils ont fait les piqûres, ils ont fait tout ce qu'il fallait faire et puis ... voilà, et c'est pour ça moi j'dis toujours, le diabète, c'est le stress.

Interviewer : Pour vous c'est le stress.

Mme B : Oui, voilà, et ben pour moi c'est la même chose ... stressée euh ... je suis trop inquiète pour mes gosses, je suis tout le temps derrière eux tout ça, je me suis dit peut être c'est ça, après je me suis dit peut-être c'est héréditaire... mais comme moi mon père il a eu euh... en vieillesse, donc c'est le diabète- vieillesse quoi ... mais là j'équilibre, tout, je fais attention au sucre, aux graisses... ça a l'air d'aller quoi...

Interviewer : Donc du coup, là, vous n'avez pas besoin de médicaments ?

Mme B : Ah non, non, j'ai pas envie de prendre de médicaments, je fais tout mon possible pour que ... j'ai pas beaucoup de ...

Interviewer : Pour vous ce qui détermine l'équilibre, c'est le régime ?

Mme B : Ah oui ! C'est la nourriture, il faut faire attention, oui, oui, il faut faire attention... le sucre, je tourne pas avec, les gâteaux je mange plus comme avant, de temps en temps ... quand j'ai envie de manger comme ça de temps en temps un petit gâteau arabe comme ça au miel ... et puis euh... le sel je fais attention aussi ... je fais attention à ce que je ... je prends du beurre qui n'est pas, qui n'est pas trop gras à 45%. Je fais attention quand je vais faire les courses quoi... Chez moi, ils veulent pas manger ce que je mange moi mais ... Tout le monde me dispute, tu nous ramènes ça, tu nous ramènes ça, moi j'aimerais bien que tout le monde mange mais ils veulent pas ... Euh... qu'est ce que c'est encore, euh ... Les légumes, les légumes je mange, je mange beaucoup de légumes je fais à la vapeur pour moi et ... voilà quoi...

Interviewer : D'accord.

Mme B : Normalement c'est, c'est l'équilibre de l'alimentation ... ah ça, c'est ... d'ailleurs ma fille je le dis comme elle est jeune ... elle est trop gourmande et tout ...

Interviewer : Je voudrais parler aussi avec vous de l'Algérie, je voudrais savoir si vous retournez en Algérie.

Mme B : Ah oui, oui, je...

Interviewer : Quand vous y retournez ça se passe comment ? Au niveau de la santé, vous vous sentez comment ? Vous vous sentez mieux ?

Mme B : Oh oui, oui ! Je me sens très, très bien là-bas.

Interviewer : Mais c'est quoi qui fait ?

Mme B : Je ne sais pas mais ... C'est la famille ... Je ne sais pas moi ! On est content quand on est avec tout le monde Mais par contre, je peux pas passer plus que un mois là-bas.

Interviewer : Pourquoi ?

Mme B : Je sais pas ... Ah ben parce que peut-être j'ai mes enfants ici, j'ai ma vie ici quoi ... Mais, je peux pas rester plus qu'un mois ... j'arriverais pas...

Interviewer : Qu'est ce que ça vous fait au bout d'un mois où vous êtes partie ?

Mme B : Ben ça me manque ici quoi, ça me manque chez moi, mes enfants euh, ma vie ici euh ... quand je ... ouais c'est pas la même chose du tout ... Mais on est content quand on rentre hein, on est heureux, c'est tout ... Et puis je viens en deux secondes quoi ! Dernière fois je suis restée quinze jours ... Je pouvais pas, et puis voilà ... principalement à cause des enfants, parce qu'ils sont jeunes quoi... mais pour vivre là-bas, je peux plus vivre là-bas, c'est pas possible... c'est pas possible... Y'a des gens qui vont quatre mois, cinq mois ils reviennent hein, ils peuvent pas. On a pris l'habitude, je suis là depuis 73... donc euh, je peux plus hein, je peux plus vivre là-bas... D'ailleurs on a acheté une maison et on regrette de l'avoir acheté... parce que personne ne vit dedans...

Interviewer : en Algérie, vous avez acheté une maison ?

Mme B : Ben oui ! Oui ! On avait acheté, on avait pensé peut-être qu'on retourne, mais on n'a pas pu ...

Interviewer : Pourquoi ?

Mme B : On peut pas vivre là, notre vie elle est ici c'est fini ... Ah oui ... Avant on voulait je disais ben peut-être quand on sera en retraite et tout ça peut être on retourne chez nous mais c'est impossible.

Interviewer : Et la famille là bas, comment ils vous perçoivent du fait que vous êtes entre les deux ?

Mme B : Eux, ils ont pris l'habitude mais moi je sens ... rien ... ils me manquent quand je suis là, mais bon on se téléphone, et puis maintenant y'a l'internet, le webcam on se voit tous les jours ou presque, oui mais y'a aucun problème.

Interviewer : Est-ce que vous ressentez de la culpabilité par rapport à la famille qui est restée là-bas ?

Mme B : Non ... Non, non ... eux aussi ils vont-ils viennent, ils viennent en vacances des fois ici chez nous... nous on y va, et puis il y a aucun problème quoi... non...

Interviewer : Est-ce que vous vous sentez bien intégrée ici en France ?

Mme B : Oh oui ! Oui, oui... Enfin on se sent Français quoi, depuis le temps qu'on est là, et d'ailleurs, j'étais Française déjà avant, on était Français avant ... Moi je suis née en Algérie française quoi ... Donc euh, y'a aucun problème ... Et puis, nous, dans l'Oranais, on vivait beaucoup avec les Français, c'est pas comme euh dans les environs de l'Est par exemple où ils étaient dans les petits villages et tout, nous on vivait en plein centre avec les Français, on n'a vécu qu'avec les Français. Moi je me rappelle que toute ma classe, le plus c'est des Français quoi ... Euh... Mon quartier euh ... Les amis, tous ... Donc euh, quand je suis venue en France, j'avais aucun problème.

Interviewer : D'accord.

Mme B : Voilà.

Interviewer : Et puis j'avais un thème à aborder, c'est le médecin.

Mme B : oui ?

Interviewer : Est-ce que vous êtes satisfaite de sa façon de vous prendre en charge d'une façon générale et puis pour le diabète ?

Mme B : Ah oui, oui ... Franchement ...

Interviewer : Et qu'est ce qui pourrait être amélioré dans les soins ? Dans le suivi ?

Mme B : Ah ben le suivi moi j'ai pas de problème parce que je suis à 100%, c'est bon. J'ai pas de traitement puisque je suis équilibrée, j'essaye d'être équilibrée... Des choses des fois quand j'ai le vertige ou je suis fatiguée ou une grippe ou des trucs comme ça, sinon ... le médecin je l'embête pas trop quoi ! A part des petits trucs euh ... Ben oui euh ... les analyses tous les 3 mois euh ... pour savoir comment il est mon diabète ... je fais attention quoi ... Mais sinon je suis satisfaite du médecin, oui, d'ailleurs c'est chez lui que... on habite à plusieurs kilomètres et on vient toujours chez lui, chez monsieur ... (docteur) quoi ... parce qu'on est satisfait de lui ! Maintenant c'est vous ! Voilà...

Interviewer : merci.

b) Entretien avec Madame Be

Interviewer : Pour vous, votre diabète vient d'où ?

Mme Be : ça vient du sang, la nourriture ... C'est comme euh ... j'avais un problème avec le sucre, c'est pire si on fait pas attention à ce qu'on mange, si y'a des soucis.

Interviewer : Alors c'est les deux, c'est lié à la nourriture, et c'est aussi les soucis ?

Mme Be : Oui, c'est ça, c'est ça que je pensais moi.

Interviewer : D'accord... vous avez du diabète depuis quand ?

Mme Be : ça fait euh ... cinq ans...

Interviewer : ça fait cinq ans...

Mme Be : Oui, et j'ai eu avant le problème avec la grossesse, avec mes enfants, mais bon c'est quand j'étais enceinte, c'était avec les enfants ... et puis ça fait cinq ans que je soigne tous les jours, je prends des médicaments.

Interviewer : Les médicaments ça vous aide à être bien équilibrée ?

Mme Be : oui.

Interviewer : D'accord.

Mme Be : Oui, je fais la prise de sang tous les ... deux mois.

Interviewer : Oui ...

Mme Be : Ben je pique comme ça (montre son doigt) tous les matins et si je suis pas bien et tout, je pique comme ça aussi... chaque fois ...

Interviewer : D'accord... Et c'est quoi qui déséquilibre le diabète pour vous ? Qu'est ce qui fait que, des fois, ça va moins bien ?

Mme Be : ça dépend ... ce que j'ai mangé aussi ... ce que je mange...

Interviewer : C'est surtout, ça dépend de ce que vous mangez en fait ?

Mme Be : Oui, oui.

Interviewer : D'accord.

Mme Be : Parce que moi, j'essaie de pas trop manger ce qui est sucré ou bien où il y a du gras.

Interviewer : ça vous savez que c'est pas bon pour le diabète.

Mme Be : Oui, et quand je bouge pas aussi ...

Interviewer : D'accord. Vous êtes en France depuis combien de temps ?

Mme Be : ça fait euh trente-deux ans.

Interviewer : Trente-deux ans ?

Mme Be : Oui.

Interviewer : Et vous avez combien d'enfants ?

Mme Be : Sept enfants ... j'ai fait un enfant au Maroc et puis six ici.

Interviewer : D'accord ... Vous comprenez bien le français, quand vous parlez avec le médecin, vous comprenez bien les traitements, les explications, il n'y a pas de soucis.

Mme Be : Oui.

Interviewer : D'accord.

Mme Be : Oui, je comprends tout, ça fait vingt-quatre ans, je suis suivie par le Docteur ... (nom du médecin)

Interviewer : Il y a la confiance.

Mme Be : Oui.

Interviewer : Il fait bien son travail.

Mme Be : Il fait bien son travail.

Interviewer : Il écoute ? Ce que vous pensez ?

Mme Be : Oui, il écoute, il est bien, pour moi, c'est mon médecin de famille, il suit moi, mon mari, mes enfants, et tout.

Interviewer : Il vous suit vous, la famille depuis que vous êtes en France ?

Mme Be : Oui.

Interviewer : D'accord... et pour vous, les médicaments et le régime c'est le plus important pour soigner le diabète ?

Mme Be : Oui.

Interviewer : Et par rapport à Madame E qui a besoin de quelqu'un, est ce que vous trouvez que ... il vaut mieux une amie, comme vous êtes pour elle ?

Mme Be : Ah ben oui !

Interviewer : Est ce que vous connaissez d'autres personnes qui ont du diabète et qui ne comprennent pas bien le docteur ?

Mme Be : Oui, ils sont pas suivis chez le (même) docteur.

Interviewer : Oui...

Mme Be : Il y a madame X qui est suivie par le docteur Y et il y a son fils qui va avec elle.

Interviewer : D'accord... Et vous, donc pour madame E, vous faites l'interprète, c'est-à-dire que vous traduisez les paroles de la patiente vers le docteur et du docteur vers la patiente, vous avez ce rôle, c'est-à-dire, c'est ce que vous faites pour madame E ?

Mme Be : Oui c'est ça.

Interviewer : Est ce que vous sentez que ça marche bien comme ça ? Si elle est inquiète, si elle a des questions, vous les expliquez au docteur pour elle ?

Mme Be : Oui.

Interviewer : Est-ce que des fois, quand vous sortez de chez le docteur, vous avez l'impression que vous n'avez pas réussi à tout redire, que le docteur a mal compris ou bien la patiente ?

Mme Be : Si, des fois, y'a des choses on oublie, on n'a pas dit...

Interviewer : Oui... est ce qu'il y a des fois, où madame E vous dit « non ce n'est pas ça que je voulais que tu dises au docteur » ?

Mme Be : Non.

Interviewer : Est ce qu'il y a des fois où madame E n'ose pas vous dire certaines choses, qui toucheraient au corps, où elle serait gênée ?

Mme Be : Non, ça va ...

Interviewer : Elle vous fait confiance totalement ?

Mme Be : Elle a confiance oui, des fois quand elle a un problème, elle me dit, je viens tout de suite, on va voir le docteur.

Interviewer : Bien ... Pour vous, pour améliorer les soins, qu'est ce qu'il faudrait ? est ce que vous pensez qu'il faudrait un suivi plus rapproché ? Quelqu'un qui accompagne régulièrement les personnes qui ont des problèmes pour comprendre le médecin ?

Mme Be : C'est mieux quelqu'un qui connaît.

Interviewer : Pour vous, c'est mieux un ami... Est-ce qu'il y a dans la communauté des gens qui accompagnent chez le médecin pour aider pour comprendre, est ce que vous en connaissez ?

Mme Be : Non ... Je connais personne comme ça, moi, madame E, je la connais c'était ma voisine, je la connais comme ça.

Interviewer : Merci Madame Be.

c) Entretien avec Madame E. Amie interprète

Interviewer : Comment vous représentez-vous la maladie ? Pour vous, d'où vient-elle ? (question retranscrite en Arabe par son amie)

(Long aparté entre Mme E et son amie).

Amie : Elle dit qu'elle a dû venir en France, elle a dû être opérée.

Mme E : J'ai été opérée trois fois.

Interviewer : Vous pensez que le diabète est dû à vos opérations ?

Amie : Ah non ! C'est le sucre. Je crois que ça vient du sang

Interviewer : Demandez à Madame E.

Mme E : (après traduction par son amie) ça fait pas longtemps le diabète, c'est de rester en France, mon fils resté au Maroc, je sais pas, je sais pas pourquoi c'est venu...

Interviewer : Et les médicaments que vous prenez pour le diabète, pour vous, ça marche bien ?

Mme E : Oui... c'est, c'est bien, le matin, l'après midi, le soir, ça va ... seulement quand je pars au Maroc, y'a pas de médicaments, ça y est, fini, je sens plus rien...

Interviewer : Si vous ne comprenez pas tout, dans les explications du Docteur, celle qui vous accompagne, elle fait bien ? C'est-à-dire, elle dit ce que vous voulez dire ?

Mme E : (retranscription par son amie) : Oui.

Interviewer : ça va ? (Sourires), comme ça, c'est bien pour vous (Rires et acquiescements de la patiente à son amie et moi)

Mme E : Si elle dit tout bien ...

(Aparté entre Mme E et son amie).

Interviewer : Comme ça, ça passe bien...

M : Elle apprend le français à moi, avant le français rien du tout.

(Aparté entre Mme E et son amie).

Interviewer : Et si c'est quelqu'un qui vient avec vous chez le docteur, c'est son métier de parler l'arabe et le français pour expliquer les choses, ça vous irait ou vous préférez quelqu'un que vous connaissez ?

(Traduction de l'interprète, suivi d'un long aparté entre Madame E et son amie)

Mme E : Non...

(Long aparté entre Mme E et son amie).

Interviewer : Vous n'avez pas confiance ? (Hochement de tête de Madame E). Même si le docteur dit c'est son métier d'expliquer, il vient et garde les secrets ?

(Traduction de l'interprète)

Interviewer : Vous préférez comme ça ?

Mme E : Oui, oui.

Interviewer : D'accord.

Mme E : Ah oui.

Interviewer : Et le docteur, est ce que vous êtes contente de lui ? De son travail pour soigner ? Vous trouvez qu'il vous soigne bien ?

Mme E : Oui, ça va ...

Interviewer : Et c'est bien, mais qu'est ce qu'il y aurait de mieux à faire ?

(Traduction de l'interprète)

Mme E : Je sais pas ... (Sourire gêné)

Interviewer : Merci madame E.

d) Entretien avec Madame G. Fille interprète

Interviewer : Quel âge avez-vous ? (Traduction de la question par sa fille, Madame G répond en arabe en me regardant)

Fille : Soixante ans... Elle est en France ça fait cinq ans...

Interviewer : Vous êtes venue en France pour rejoindre votre famille ?

Madame G : Oui, ma fille...

Interviewer : Vous êtes de quelle origine ?

Madame G : Maroc. Marocaine. Marrakech.

Interviewer : Pourquoi vous êtes venue en France ?

Madame G : Pour rester avec ma fille, elle est divorcée.

Interviewer : Au Maroc, il y a de la famille qui est restée ?

Madame G : Oui, y'en a la famille, mais tout marié. Y'en a une jeune homme avec une fille, et j'ai une autre fille divorcée.

(Madame G parle à sa fille en arabe puis sa fille traduit)

Fille : Elle a dit elle est venue pour soutenir sa fille, mais comme elle est venue, elle avait pas l'intention de rester, mais finalement, elle est restée.

Interviewer : C'est la première fois que vous venez en France ?

Madame G : Non, j'étais déjà venue.

Interviewer : Vous n'êtes jamais restée pour habiter ?

Madame G : Non, non...

(Madame G parle à sa fille en arabe, puis sa fille traduit)

Fille : En fait elle deux ou trois mois, après elle repart. Mais cette fois-ci, elle est restée plus longtemps.

Interviewer : Et le diabète, vous l'avez depuis quand ?

Fille : Huit ans ça fait.

Interviewer : Il a été découvert ici ou au Maroc ?

Madame G : Au Maroc.

Interviewer : D'accord. Vous avez eu besoin tout de suite de l'insuline ? Ou pour le moment c'est des cachets ?

Madame G : Euh...

Fille : Ben en fait elle prenait des cachets jusqu'à cette année, mais après elle était en train de faiblir, elle a maigri. A cause de ça, ils ont dit les cachets, ça fait rien du tout. Et cette année là, elle a commencé l'insuline. Au mois d'octobre.

Madame G : Voilà. Au mois d'octobre, j'ai commencé avec l'insuline.

Interviewer : C'est le docteur qui vous suit ici, vous allez régulièrement ?

Madame G : C'est tous les mois pour aller chercher les médicaments, et l'infirmière, elle vient trois fois par jour.

Interviewer : C'est votre fille qui vous accompagne chez le docteur ? Comment ça se passe ?

Madame G : Oui, ça va !

(Madame G parle en arabe et sa fille traduit)

Fille : Si je suis pas là, elle peut pas y aller, parce qu'elle comprend rien !

(Madame G parle en arabe et sa fille traduit)

Fille : Peut-être elle va comprendre un petit peu, mais elle peut pas répondre ! Elle dit qu'elle arrive pas à répondre.

Interviewer : D'accord. Est-ce que quand vous allez chez le docteur, vous voulez poser des questions, ou il y a des choses que vous n'avez pas comprises, et vous n'avez pas eu le temps ?

Madame G : Non, c'est toujours avec ma fille.

Interviewer : C'est jamais... Quand vous sortez...

Madame G : Non, je, je raconte à ma fille. Après elle parle avec le docteur.

Interviewer : Et ça se passe bien comme ça ?

Madame G : Oui, ça se passe bien comme ça.

(Madame G parle en arabe, elle n'est pas sûre d'avoir compris la question, sa fille lui retraduit la demande)

Fille : Oui, y'a des fois, elle oublie de demander des trucs.

Interviewer : Pour vous, comment c'est venu le diabète ?

(Madame G parle en arabe et sa fille traduit)

Fille : Ah, c'est le choc ! Oui, c'est le choc, c'est un choc. C'est les nerfs qui ont lâché... Donc elle a en fait deux chocs. Le premier, y'a un de la famille qui est venu lui dire « debout, debout ! Ton fils il a un accident ! » Donc ma mère elle est en train de trembler, elle est sortie, elle a attrapé le sucre. Tu vois, elle a attrapé le diabète. Et elle, c'est ça le premier choc. Pour elle. Et le deuxième choc, je crois que le mariage de son fils qui n'était pas bien passé.

(Madame G regarde attentivement sa fille pendant la traduction).

Madame G : Voilà, c'est pour ça.

Interviewer : D'accord.

Madame G : C'est *Mektoub*...

(Madame G parle en arabe et sa fille traduit)

Fille : Et elle a dit, y'a la vue. Elle a commencé à perdre la vue un petit peu, ils l'ont emmenée, le laser, les deux yeux. Avec ça, ça s'améliore un petit peu.

Madame G : Oui, *Hamdoullah*.

Interviewer : Quand vous repartez au Maroc, Est-ce que vous avez les médicaments, ou bien c'est dur...

(Madame G parle et sa fille traduit au fur et à mesure en français)

Fille : J'crois que au Maroc ça va, il y en a des médicaments.

Interviewer : Et pour l'insuline au Maroc, vous savez si, c'est possible ?

Madame G : Pour l'instant, je reste avec ma fille en France.

Interviewer : Alors comment vous vous sentez en France ?

(Madame parle à sa fille en arabe et elle me traduit)

Fille : Elle te dit ici c'est bien, mais, comment dire, elle est divisée, tu vois. Elle est là, et les gosses, ils sont au Maroc. Tu vois, le cœur, il est divisé sur deux. Donc euh...

Madame G : Ici *Hamdoullah*, mais manque l'autre que j'ai pas vu euh...

Fille : Depuis longtemps

Madame G : Depuis longtemps. Si... Y'a l'internet !

Fille : Ah oui, y'a l'internet.

Interviewer : Le docteur, il vous demande si vous avez bien compris ? Si vous préférez être vue toute seule ?

Madame G : Non, il connaît ma fille, qu'il habite avec moi.

Interviewer : Alors comment ça se passe ?

Fille : Il parle avec moi ! Toujours moi !

Madame G : Oui, avec ma fille (Madame G serre le bras de sa fille en lui souriant).

Interviewer : (à sa fille), Quand il y a des prises de sang, des examens à faire, vous faites en sorte de l'accompagner, toujours ?

Fille : Oui.

Interviewer : La maladie, comment vous l'acceptez ? C'est-à-dire, au quotidien...

Madame G : *Mektoub*, c'est comme ça. (Madame G me sourit)

(Madame G poursuit sa réponse en arabe en regardant sa fille, puis sa fille me traduit)

Fille : C'est une croyante, alors elle a dit tout ce qui vient de Dieu euh... Mais... Ben parfois elle va s'énerver ! Ben de temps en temps, elle va s'énerver. (Rires entre madame G et sa fille) Parce que, malgré tout va bien ici, elle a laissé un qui n'est pas marié au Maroc, elle a une fille qui est divorcée, et y'a deux euh... qui ont des soucis avec les enfants. Qu'est ce qui l'inquiète, c'est la, la, son fils qu'il est pas marié.

(Madame G parle en arabe et sa fille traduit)

Fille : Elle a dit, c'est pour ça que le diabète, il monte. Elle a laissé le fils au Maroc, alors il est tout seul. Elle a peur qu'il fait les bêtises, tu vois. Un célibataire, tu le laisses tout seul, euh... Tu sais pas qu'est-ce qu'il va faire !

Madame G : Il a, va fait, rien, mais, quand même j'ai peur que (madame G poursuit sa phrase en arabe, et sa fille traduit, s'en suit un assez long aparté entre Madame G et sa fille)

Fille : Elle a peur que quelqu'un le prend... Et il lui manque...

(Madame G parle en arabe, puis sa fille traduit, mais la traduction semble incomplète cette fois-ci)

Fille : Elle a dit qu'elle a une maison tout bien au Maroc...

(Madame G et sa fille parlent entre elles en arabe)

Fille : Elle a dit euh... A part celle-là il lui manque rien du tout...

(Madame G et sa fille parlent entre elles en arabe)

Fille : Elle dit l'autre fille, elle habite en Allemagne, et elle a pris la mentalité euh... Donc euh, elle vient pas au Maroc...

(Madame G parle en arabe à sa fille, elle semble aborder un sujet qui l'énerve)

Fille : C'est les soucis de la vie, ça ! (Traduction incomplète !)

Interviewer : Le diabète, est-ce qu'il est bien équilibré ici ?

(Traduction de la question par sa fille à madame G, puis madame G répond en arabe en regardant sa fille)

Fille : Elle a dit ici c'est mieux, toute façon, ici c'est mieux. Ici en fait, elle a encore, comment dire ? Tout pris en charge. Au Maroc, elle paye.

Madame G : Oui...

Fille : Les médicaments, pour les médicaments, ici c'est mieux. Voilà.

(Madame G parle en arabe et sa fille traduit)

Fille : Elle dit son mari, il était très, très sévère... Elle travaillait à la maison pour aider son mari...

Interviewer : Comment ça se passe avec le docteur ici, vous en êtes satisfaite ?

(Traduction de la question par sa fille, madame G répond en arabe à sa fille puis parle en français en me regardant)

Madame G : Quand j'arrive, à Médecins du Monde, ah... Très gentil avec moi !

Fille : Au début quand elle est arrivée, elle était à Médecins du Monde, mais c'est loin Médecins du Monde. Donc euh, puisque c'est loin, tu vois elle est avec le médecin ... (nom du médecin), derrière la pharmacie.

Interviewer : Est-ce que vous aimeriez plus pouvoir parler, vous ?

(La fille traduit à madame G, puis elles parlent entre elles)

Fille : Euh le diabète, c'est chronique. Il faut le régime. Il faut le régime et le poids, c'est très important !

Interviewer : Est-ce qu'elle est d'accord ?

Fille : Oui, oui, oui, elle est d'accord.

Madame G : Oui, il faut le régime.

Interviewer : (à sa fille) Demandez-lui si elle arrive à limiter le sucre ...

Fille : Pas le sucre oui, comment s'appelle... Les, les sucrettes...

Interviewer : Oui.

Fille : Oui ...

Madame G : Non, je fais attention, là... Je mange pas les gâteaux... J'ai été à l'hôpital...

Interviewer : Oui ?

Madame G : Pour l'insuline...

Interviewer : Comment ça s'est passé à l'hôpital ? (à sa fille) Demandez-lui bien à elle pour qu'elle réponde ce qu'elle pense, elle. Est-ce qu'elle se sentait seule ?

(La fille traduit à madame G)

Madame G : Non, non, non, non. Y'en a une femme avec moi, la chambre. Je parle avec elle. Y'avais les choses que j'comprends pas. Après je parle avec elle, et l'infirmière, il explique à elle. L'infirmière, il est très gentil. Je suis très contente.

Interviewer : D'accord.

Madame G : Je suis très malade, mais après je suis... Il est très gentil, tout.

Interviewer : Est-ce que, si une personne, c'est son métier, elle sait traduire avec le docteur, le français et l'arabe, et elle est dédiée vous ... C'est-à-dire, si votre fille n'a pas le temps, c'est une personne de confiance, elle va venir pour vous...

Madame G : Chaque fois je venais toute seule...

Interviewer : Est-ce que...

Madame G : Là, j'avais le même qui restait à l'hôpital, Maroc ou l'Algérienne ?

Fille : Algérien.

Madame G : Une Algérienne, elle parle arabe français, qui, qui reste avec moi. Mais moi chez le docteur, toujours avec ma fille.

Interviewer : Cette personne-là à l'hôpital c'était qui ? Une infirmière ?

Madame G : Oui, oui, oui, oui. Il dit tout, même français...

Interviewer : Très bien, je vous remercie.

e) Entretien avec Madame M. Epoux de Madame M intervenant en tant qu'interprète

Interviewer: Madame M, nous allons parler de votre diabète...

Monsieur M : Juste pour moi, on vous demande... c'est quoi qu'on mange ici ? Quand vous avez un diabète, on mange quoi sur le ... ce... comment dire, sur euh les fruits ? ... des desserts... comme les bananes, comme les pommes ... ça on le mange ça, y'a pas de sucre là ?

(Madame M sert des verres de thé à son mari, à l'interviewer, puis à elle.)

Interviewer : Oui euh ça c'est sucré oui. C'est sucré quand même. C'est à manger plutôt à la fin du repas, il ne faut pas en manger trop, surtout s'il y a du diabète.

Monsieur M : Même les pommes ?

Interviewer : Les pommes aussi. Tous les fruits contiennent du sucre. C'est mieux de manger des fruits que du sucre pur, mais c'est quand même du sucre.

(Madame M sucre les thés servis à son mari et l'interviewer.)

Monsieur M : Ah oui ! Ah c'est tous les fruits, y'a le sucre quand même ?

Interviewer : Voilà ! Il ne faut pas en manger trop, un seul à la fois, à la fin du repas.

(Monsieur M retranscrit en Arabe le dernier conseil diététique à son épouse.)

Interviewer : (en regardant madame M). Dites-moi, depuis quand a été découvert votre diabète ?

Monsieur M : Ben ça fait ... ça fait depuis à peu près quatre ans, cinq ans ...

Interviewer : D'accord...Euh ...

(Monsieur M demande en Arabe à Madame M de lui confirmer cette dernière information, Madame M répond en arabe en regardant l'interviewer.)

Monsieur M : Oui, c'est ça au moins trois ans, quatre ans comme ça...

Interviewer : Oui. Demandez-lui s'il vous plaît comment c'est venu pour elle, comment elle explique la maladie, pour elle...

Monsieur M : Y'avait rien, y'a pas de maladie.

Madame M (en regardant l'interviewer) : Non (acquiesçant à ce que dit son mari) *Hamdoullah* (signifiant que ça va pour elle, il n'y a pas de maladie).

Monsieur M : Non, y'a pas de maladie, c'est elle, c'est la dame qui dit, parce qu'elle a passé la prise de sang... Elle a dit le sang, ça commence euh ... diabète (madame M regarde l'interviewer tout en acquiesçant à ce que dit son mari et en me souriant, elle montre des yeux le verre de thé qu'elle a servi à l'interviewer pour l'inviter à le boire). Autrement jamais malade, y'a pas de problème.

Madame M : Non ...

Monsieur M : Non ...

Interviewer : Et vous prenez quand même les médicaments, pour réguler le diabète ?

Monsieur M : ah ben oui, oui, oui. Oui, il ramène. Toujours.

Madame M : Oui, j'ai l'insuline.

Interviewer : D'accord. Est-ce que vous suivez, vous faites attention, le régime madame M ?

Monsieur M : Ah ben parce que elle, elle, elle mange beaucoup des fruits hein ! C'est pas ... mais il faut faire attention alors, il faut pas manger beaucoup des fruits. Oui c'est ça, il faut pas manger beaucoup de desserts, beaucoup de ... voilà...

(Madame M ressert un verre de thé à l'interviewer en lui souriant.)

Monsieur M : Alors des choses qui n'ont pas beaucoup de sucré, c'est quoi madame ?

Interviewer : Madame M, vous pouvez manger des choses sucrées mais en petites quantités, une portion, ou un fruit mais de préférence à la fin du repas...

Monsieur M : Oui ...

Interviewer : Madame M, vous pouvez manger du sucre, mais en petites quantités, au cours d'un repas.

Monsieur M : Une portion, un seul quoi, ça veut dire faut pas manger beaucoup.

(Madame M acquiesce de la tête, en regardant l'interviewer, puis son mari.)

Interviewer : Voilà... Monsieur M, demandez à votre femme Quand vous allez chez le docteur (en regardant madame M...)

Monsieur M : Oui ?

Interviewer : Est-ce qu'elle arrive à poser les questions qu'elle veut...

Monsieur M : Ah c'est moi qui va traduire !

Interviewer : D'accord, alors... Demandez-lui si ça lui convient comme ça.

Monsieur M : Ah oui, oui, oui ! Elle est contente !

Interviewer : Demandez-lui, demandez-lui ! Demandez-lui à elle, comme ça, c'est elle qui répond !

(Monsieur M traduit à sa femme en arabe la question suivante : Est-ce qu'elle est satisfaite du docteur)

Madame M: Ah oui, *Hamdoullah*.

Monsieur M : non, non, ça va ! Il est pas malade. Si tu veux... Parce que le diabète, ça se voit, le diabète ? C'est... Je connais moi des gens qui ont du diabète, qui fait dix piqûres par jour, il fait des ça par jour. Pourquoi ? Il faut faire attention pour qu'il arrive pas ça.

(Madame M regarde son mari parler en acquiesçant, puis regarde l'interviewer.)

Interviewer : Votre femme, elle accepte bien de faire le régime ?

Monsieur M : Ah ben oui ! C'est normal ! C'est obligé.

(Madame M me ressert un verre de thé.)

Monsieur M : seulement le sucre, c'est pas bon ? Le sucre, c'est pas bon. Dans le thé, c'est pas bon aussi ?

Interviewer : Non c'est pas bon non plus !

(L'interviewer remercie madame M pour le thé servi.)

(Madame M parle en arabe à son mari, elle lui propose du thé)

Monsieur M : Alors moi je bois beaucoup le thé sucré, elle, elle boit pas sucré !

Interviewer : (à madame M) Alors vous vous ne le buvez pas sucré ? (elle acquiesce en regardant l'interviewer et en lui souriant) C'est bien ! Dans votre famille, les frères, les sœurs, est-ce qu'il y a du diabète ?

Monsieur M : Ah oui ! Y'a les diabètes dans sa famille.

Interviewer : Y'a du diabète aussi dans la famille.

Monsieur M : Moi non, moi je mange tout, dans la famille la nôtre, nous non.

Interviewer : D'accord. (En regardant madame M) Alors pour vous ça vient comment le diabète ?

(Madame M répond en arabe que sa mère a aussi eu du diabète.)

Monsieur M : Sa mère oui, y'a ses sœurs, et un frère aussi. (Monsieur M traduit effectivement au fur et à mesure que sa femme parle)

Interviewer : Ils vivent ici ?

Monsieur M : Ils sont au pays, ils sont au Maroc.

Interviewer : Et les médicaments, ils arrivent à suivre les traitements ?

Monsieur M : Ah ben oui, ben oui, oui. Mais les médicaments, pas gratuits quoi ! Parce que... Y'a des gens qui sont diabète, moi je connais beaucoup qui sont diabète, ils font des piqûres tous les jours, tous les jours, tous les jours. Faut faire attention (monsieur M redit en arabe à sa femme ce qu'il vient de dire)

Madame M : Oui...

Monsieur M : Si tu veux manger les choses, mange moins. Et tu manges sans le sucre. Parce que elle des fois, il aime bien, elle mange, il veut manger tout !

(Madame M rit en me regardant, à ce que vient de dire son mari)

Interviewer : Quand vous rentrez au Maroc, vous voyez la famille ?

Madame M : Oui !

Monsieur M : Ah ben oui ! Y'a pleins de choses, y'a le sucre, y'a...

Interviewer : (à madame M) Vous arrivez à dire non ?

Monsieur M : là ça fait trois ans, elle dit « je peux pas manger trop », alors ils regardent, ils disent c'est bizarre

Madame M : Oui.

Monsieur M : Parce que dans ma famille, il y a toute ma famille, nous, on mange le sucre. Alors mon père, il boit beaucoup de thé. Ça fait soixante kilos par euh, beaucoup, beaucoup de thé, sucré.

Interviewer : D'accord. (À madame M) Depuis combien de temps vous êtes arrivée en France ?

Monsieur M : Depuis 1996, oui 96...

Interviewer : En 96, (en regardant madame M) D'accord (Sourire triste de Madame M à l'interviewer). (En regardant monsieur M) Vous êtes venu vous d'abord ?

Monsieur M : Oui, moi 70.

Interviewer : D'accord. Et... Demandez à Madame M comment ça s'est passé quand elle est venue en France ?

(Monsieur M traduit la question à son épouse, elle commence à répondre, puis son mari ré-intervient en français)

Monsieur M : Mais c'est pas pareil parce que...

(Madame M reprend la suite de sa réponse en arabe, son mari l'écoute)

Monsieur M : (Traduisant au fur et à mesure ce que dit Madame M) Parce qu'il y a trois enfants au Maroc : deux filles et un garçon.

Interviewer : Qui sont restés là-bas.

(Madame M acquiesce de la tête en regardant l'interviewer.)

Monsieur M : Eh... Voilà (regard triste) C'est...C'est difficile. Y'a trois ici. Y'a une fille...

Madame M : trois au Maroc...

Interviewer : D'accord... Et quand vous rentrez, vous prenez bien les médicaments ? Combien de temps vous restez quand vous allez au Maroc ?

(Madame M semble vouloir préparer une réponse, puis son mari répond et elle le regarde en l'écoutant)

Monsieur M : Et ben, on reste un mois. On a les médicaments, ça va.

Interviewer : Demandez à madame M comment ça se passe pour elle, est-ce qu'elle se plaît ?

(Monsieur M traduit la question en arabe à sa femme)

Madame M : (parle un peu en arabe à son mari, puis me regarde) il est bien.

Monsieur M : oui, France, il est bien... Mais, c'est pas pareil quand t'as pas les enfants tous. Ensemble.

Madame M : Oui.

Monsieur M : Tu penses à là-bas, tu penses à ici. Tu vas là-haut... Elle, il dit toujours, s'il est là, il pense à les autres là-haut...

Madame M : Oui...

Monsieur M : Si il est là-bas, il pense à les autres ici, voilà !

Interviewer : (En regardant Madame M). C'est dur.

Madame M : Oui.

Monsieur M : C'est dur ! Mas c'est bon, qu'est-ce tu veux ? C'est comme ça la vie !

Madame M : *Hamdollah*

Monsieur M : *Hamdollah*... Quand t'as la santé, t'as tout !

Madame M : *Hamdollah*...

Monsieur M : Non le Maroc, c'est pas loin, d'une minute tu vas au Maroc, d'une minute ici, avec l'avion trois heures ! C'est bon y'a pas d problème !

Interviewer : (A madame M) Donc j'ai l'impression que votre mari, il vous explique, il vous accompagne chez le docteur tout le temps ?

Monsieur M : Tout l'temps, tout l'temps !

(Monsieur M traduit à sa femme ce qui a été dit à l'interviewer et sa réponse.)

Monsieur M : Ben qu'est-ce tu veux, c'est obligé. Quand tu connais pas bien la langue, c'est obligé !

Interviewer : Demandez à madame M si elle a essayé d'aller à des cours du soir pour apprendre le français...

Monsieur M : Elle est là l'école, elle est juste là. Seulement, il veut pas y aller !

Interviewer : Pourquoi vous ne voulez pas madame M ?

Monsieur M : Ben moi elle dit moi je travaille pas. Déjà. Elle dit je vais pas tout seul (Madame M acquiesce à ce que dit son mari)... Ben elle dit « je vais ici jusqu'à ce que les enfants ils sont mariés, après je vais partir au Maroc, je reste là-haut... Six mois ou quatre mois après je viens ici. » Pourquoi il ferait ? Elle voulait pas.

Interviewer : D'accord.

Monsieur M : Elle voulait pas hein, elle dit non... (En regardant sa femme) C'est comme ça la vie madame, ah mademoiselle ! Ah ça va, elle est en bonne santé, il s'débrouille bien, c'est pas une femme qui fait la gueule ou...

Madame M : Oui.

Monsieur M : Dans la vie, si tu veux rester en bonne santé, faut rigoler ! Il faut rigoler avec ses enfants, il faut... Non ça va, quand elle va rentrer au Maroc là-bas, c'est notre soleil !

(Monsieur et madame M se regardent et se sourient)

Interviewer : Quand vous allez au Maroc, vous êtes mieux ? Vous sentez moins la fatigue ?

Madame M : Si ça va ! Oui !

Monsieur M : Oui, y'a pas d problème.

Madame M : Oui ça va, *Hamdollah* !

Monsieur M : Tout à l'heure, il m'a dit, surtout, il faut pas de sucre, pas beaucoup.

Interviewer : Oui, donc ça c'est bien compris, c'est...

Monsieur M : Tous, il fait du bon à manger, ici, on mange bien, ici. Là-haut, on mange bien aussi. C'est ça que ça grossit, c'est devenu grosse...

Madame M : Oui !

Monsieur M : Mais mes enfants, moi, y'en a une qui veut pas manger beaucoup, il dit, on mange beaucoup, on est grosse, on est grosse... Ben euh, on mange beaucoup... Des gâteaux, du couscous...

Interviewer : Quand vous êtes invités, votre femme, elle a du mal à dire non ?

Monsieur M : Ah si ! Il mange, mais des fois, il doit faire attention pour pas avoir du sucre beaucoup. Il mange de la viande d'agneau, il faut qu'il mange de la viande chèvre. Y'a pas de sucre dans la viande chèvre ? C'est vrai ?

Interviewer : Euh, c'est plus les graisses dans la viande, où il faut faire attention...

Monsieur M : Ah d'accord... Les légumes ça va...

Madame M : Et les pommes ?

Monsieur M : Ah les pommes, il mange beaucoup des pommes !

Interviewer : Pas trop quand même !

Monsieur M : Oui une normalement...

Interviewer : Alors pour le diabète, vous avez combien de médicaments à prendre ?

Monsieur M : A chaque repas.

Interviewer : Les prises de sang, vous faites quand ?

Monsieur M : C'est tous les six mois, elle fait en juin, après on part.

Interviewer : Vous faites le contrôle, après vous êtes tranquille pour partir ?

Madame M : Voilà. *Inch' Allah*.

(Je remercie Madame et Monsieur M)

f) Entretien avec Monsieur Z

Interviewer : Depuis combien de temps avez-vous du diabète ?

Monsieur Z : à peu près dans les ... six ans à peu près par là ...

Interviewer : ça a été découvert comment ? Comment ça a commencé ?

Monsieur Z : C'est le docteur qui me l'a dit, c'est-à-dire, il a dit « vous avez du diabète » euh... Du sucre... Et puis ... la tension, celle là en même temps, ben y'a plusieurs trucs quoi !

Interviewer : D'accord...

Monsieur Z : Bon alors euh ... pfff (Soupirs) J'suis obligé de rester là parce que les traitements ... il me donne les traitements, bon ... ça m'allait bien comme ça, bon, pour l'instant ça va, la santé ça tourne bien...

Interviewer : D'accord...

Monsieur Z : Qu'est-ce qu'il y'a sinon, la tête ça tourne un petit peu, si je fais faire les machins trop, trop vite, comme ça, si j'ai la tête trop vite, ça commence à me tourner quoi, ou sinon, ça va, euh, pour l'instant...

Interviewer : Vous surveillez le diabète avec les piqûres ? (mime sur l'index la réalisation d'une glycémie capillaire)

Monsieur Z : Les piqûres ? Non. C'est-à-dire, non. Parce qu'il m'a donné des, des traitements, des traitements qui ... y'a cinq cachets par jour, euh trois cachets par jour ... Du, du sucre... Y'a ... la tension, le, y'a le machin pour la goutte aussi, en même temps y'avais le problème de goutte aussi...

Interviewer : D'accord...

Monsieur Z : Euh... ben y'a que ça pour l'instant, donc euh ...

Interviewer : La maladie, le diabète, pour vous ça vient d'où ?

Monsieur Z : A mon avis ça vient du ... C'est ... du machin, du sang ... De ... Du sang qui fait trop ... gras, ou comment on appelle ça ? Euh oui ... c'est ça c'est du gras. Ben, il faut pas manger des choses trop gras. La viande euh ... du ... ou sinon des choses euh ... C'est pas le ... sucre euh, le truc euh trop dur. Ça, ça fait durcir l'estomac, l'estomac ça marche pas, ça marche pas l'estomac, ça va plus vite quoi...

Interviewer : Oui ...

Monsieur Z : Ben si tu fais attention le sucre euh, ben tu seras tranquille quoi...

Interviewer : Vous avez les médicaments pour diminuer le diabète, qu'est ce que vous faites d'autre pour faire attention au diabète ?

Monsieur Z : Y'a que ça, y'a que ça pour l'instant.

Interviewer : D'accord... D'où est-ce que ça vient ce diabète pour vous ?

Monsieur Z : Ben, qu'est-ce qu'il m'a dit le docteur, docteur euh ... comme je t'ai dit euh il faut pas manger des trucs trop gras, euh la viande, euh trop gras quoi ... Ben parce que là, ça vient beaucoup plus, le sucre ça monte tout de suite...

Interviewer : Dans votre famille, il y a des gens qui ont aussi des problèmes avec le sucre ?

Monsieur Z : Ah non, ah ici ? C'est-à-dire, ma famille ici, non. Je suis tout seul, quoi... Y'a que, enfin, ici on a les jeunes, quoi...

Interviewer : Vous avez combien d'enfants ?

Monsieur Z : J'en ai quatre. J'en ai un qui était handicapé, c'est pour ça que je l'ai amené. Il est né là-bas, mais pour démarrer, marcher, il marche plus...

Interviewer : Vous êtes venu en France il y a combien de temps ?

Monsieur Z : Moi, j'ai venu... Y'a longtemps, depuis 62 je suis là...

Interviewer : D'accord. Vous êtes venu travailler ...

Monsieur Z : Oui, j'ai travaillé, pi après, euh, j'avais les jeunes que c'était mal démarré, alors j'ai dit je préfère l'amener ici, j'ai l'assurance, j'ai tout ce qu'il faut ici. Et puis ... Je l'ai amené ici pour euh, pour le soigner tout. Le docteur il a dit ça vient du sang, de la tête quoi, c'est ...

Interviewer : Et vous avez arrêté de travailler, vous êtes en retraite ?

Monsieur Z : Je suis en retraite, oui.

Interviewer : Depuis combien de temps ?

Monsieur Z : Euh trois ans.

Interviewer : Et ça se passe bien ?

Monsieur Z : Ah... (Soupirs) Pour l'instant ça se passe bien, je prends comme ça vient ! (Sourires.)

Interviewer : Est-ce que vous regrettez le pays ? Vous aimeriez rentrer ? Ou vous vous dites ici c'est bien ?

Monsieur Z : Ah non, je crois, comme j'ai amené les jeunes ici, ils sont malades, ils sont à l'hôpital, ils sont placés, enfin, ils sont handicapés quoi, alors je peux pas partir, rester là-bas, pi, laisser ici quoi... Donc je suis obligé de rester avec eux ici.

Interviewer : Mais vous, vous préféreriez quoi ?

Monsieur Z : (Soupirs.) Ben moi, je préfère de rester, qu'est ce que tu vas faire plus... Si on trouve à vivre, on reste hein, et ... C'est ... (soupirs) Je préfère là-bas, ça d'accord. Par la chaleur, par la famille, par ci, par ça, par la famille beaucoup plus. Ici, beaucoup, y'a pas beaucoup de famille... Mais les jeunes, ils sont malades, alors je peux pas partir comme ça quoi...

Interviewer : Et oui...

Monsieur Z : Hein ! (Sourires.)

Interviewer : C'est les deux, vous êtes entre les deux.

Monsieur Z : Voilà ! Entre les deux ! C'est obligé de faire comme ça, qu'est-ce qui faut faire plus ?

Interviewer : Et quand vous allez au pays, vous êtes invité, vous voyez la famille ?

Monsieur Z : Si, je vois toujours la famille, je vais les voir là-bas, je vois la famille de ma femme aussi, je vais faire tout, machin, je rentre...

Interviewer : Alors vous êtes beaucoup invité ? Il y a toujours du thé, des gâteaux ?

Monsieur Z : Ah oui ! (Sourires.)

Interviewer : alors par rapport à la maladie, vous savez que ...

Monsieur Z : Ben, ben ... avant de ... on fait tout, mais après ... le docteur il dit ça va pas, il faut pas manger beaucoup de trucs, qui sont pas biens, donc obligé d'arrêter la chose hein ... mange pas trop, trop gras, mange pas trop ... vite, il faut pas manger ...

Interviewer : Surtout le sucre ?

Monsieur Z : Oui, oui ... il faut pas manger trop de sucre, il faut pas faire les machins, les gâteaux, les trucs comme ça... ça monte le sucre tout de suite, c'est ça ?

Interviewer : Voilà.

Monsieur Z : Il faut faire, on est obligé de faire attention maintenant. C'est pas comme, c'est quand on sait pas, alors on fait tout, et pi après... On fait tout une fois, une fois y'a longtemps de ça, j'ai parti en Algérie, là-bas aussi, je n'sais pas, je, j'ai bu le coca, les machins comme ça... Pi après quand j'arrive ici, j'avais mal aux yeux, alors j'ai été à l'hôpital, et ben j'ai resté au moins quinze jours là-bas...

Interviewer : Les docteurs, ils ont découvert que ...

Monsieur Z : Ah ils ont tout ouvert, ils ont tiré le sang comme ça, ils ont dit y'a du sucre trop, et ben tu bois toujours le ... (Marque d'une boisson gazeuse sucrée), du machin comme ça, ils ont dit du sucre là-bas. Et ben ça monte tout de suite... Là, il faut pas qu'on s'amuse avec des machins sucrés hein...

Interviewer : Et là vous êtes équilibré ? C'est-à-dire, avec les médicaments c'est mieux ?

Monsieur Z : Ah j'ai équilibré maintenant c'est bon, docteur il me voit tous les mois, si j'ai quelque chose qui va pas, je vais toujours le voir. Non pour l'instant ça va, il tire le sang, mettons tous les mois quinze jours il tire les machins de prise de sang pour voir au juste euh... si ça va.

Interviewer : D'accord... Vous, vous parlez le français, vous comprenez bien aussi ?

Monsieur Z : Ben ... Ah ben, je comprends beaucoup plus, c'est-à-dire que je parle bien, parce que nous, tu sais, même malgré que je suis là depuis longtemps, j'ai... Quand on sait pas dire, c'est-à-dire parler français comme les jeunes, euh... Ils parlent bien français parce que, ils prennent à l'école comme ça en plus... Nous on prend comme ça. Nous ça vient de... de dehors quoi (Rires.)

Interviewer : De l'habitude ?

Monsieur Z : Voilà, de l'habitude, oui les gars, ils parlaient, on discute au travail, les machins comme ça, donc je suis obligé de l'apprendre...

Interviewer : Et au début, quand vous êtes arrivé en France, vous aviez du mal à...

Monsieur Z : Rien du tout ! Je comprends rien du tout !

Interviewer : C'était difficile.

Monsieur Z : Je venais de l'Algérie, je venais comme un seul hein, de rien !

Interviewer : Et quand vous alliez chez le docteur, ça se passait comment ?

Interviewer : Ah, le docteur, le docteur, je prends quelqu'un qui connaît un petit peu, ou sinon, je suis malade, je suis ici, le toubib il comprend ! (Rires) hein ?

Interviewer : Oui. Et au niveau de la compréhension, vous comprenez ce que le docteur il vous dit ?

Monsieur Z : Ah ben oui, il me dit « tu prends les médicaments », je vais les chercher à la pharmacie, pi euh, la pharmacie, il donne tout ce qu'il a marqué le docteur...

Interviewer : Le régime, vous comprenez, quand le docteur vous explique les aliments qu'il faut éviter ...

Monsieur Z : Ah ben je comprends bien... Les jeunes, maintenant, ils comprennent bien, ils écrivent, ils me réexpliquent bien.

Interviewer : C'est vos enfants qui vous aident ?

Monsieur Z : Oui, y'a mon jeune, il est parti en Algérie, il va chercher une femme...

Interviewer : D'accord. Vous avez travaillé dans quel domaine ?

Monsieur Z : J'ai travaillé à l'usine.

Interviewer : Dans la métallurgie ?

Monsieur Z : Dans la fonderie à Pont à Mousson, tu sais, les gros tuyaux, les machins... Voilà mon travail, ben c'est ... Donc ici ...

Interviewer : C'était un travail difficile ?

Monsieur Z : C'est à dire ben avant oui, mais maintenant, c'est ... Avant c'est plus dur, avant, avec les poussières, et tout le bazar, maintenant c'est amélioré un petit peu, tu vois. Y'a plus de poussière, même les machins, tu lèves pas beaucoup, tu prends des ponts, tu prends ci, tu prends ça, c'est pas comme dans le temps avant, il faut prendre à la main. Y'a deux personnes, trois personnes, ils prennent comme la table quoi, là avec le pont sur la chaîne, et pi sur le poteau il monte...

Interviewer : Pour vous, qu'est ce qu'il faudrait de mieux ? Qu'est ce qu'il faudrait pour bien prendre en charge le diabète ? Pour que vous compreniez encore mieux le traitement, le régime ?

Monsieur Z : Ben, je sais pas, parce que ... docteur, il m'a passé déjà en 100% déjà pour le, pour le diabète. Y'a deux choses, y'a le diabète, et puis encore euh ... Je me rappelle plus...

Interviewer : Pour le cœur ?

Monsieur Z : Pour le cœur voilà ! Voilà, y'a le cœur, et puis le diabète, il m'a fait 100%, voilà, après le reste euh je ... Je sais pas.

Interviewer : comment ça se passe quand vous retournez au pays ?

Monsieur Z : Ah pour l'instant on est loin. On est loin de partir là-bas, parce que, comme je t'avais dit, y'avais le jeune, il est handicapé, il reste toujours, toujours à l'hôpital, je veux pas le quitter, pour euh ... pour partir comme ça. Le jeune, il est handicapé 100%, c'est pas ... C'est handicapés mentaux, qu'on appelle, c'est-à-dire ils sont à l'hôpital sans arrêt, sauf quand je vais le chercher... Alors donc je l'ai placé.

Interviewer : Alors vous êtes toujours avec lui ?

Monsieur Z : Ben oui, le jeune il faut le conduire...

Interviewer : ça vous fait beaucoup de soucis...

Monsieur Z : Ah oui.

Interviewer : Est-ce que vous pensez que le stress, les soucis, ça pousse la maladie ?

Monsieur Z : Ben pour moi, ça n'a rien à voir, je vis toujours ma vie presque ici... Ben le docteur il m'a dit ça vient du sang... Quand tu fais pas attention le diabète il vient ! Quand tu fais pas attention le premier coup, pi une fois que c'est parti, c'est parti, c'est toujours là quoi. Même s'il est diminué, il est toujours pas guéri. Mais qu'est ce qu'il y a, c'est diminué.

Interviewer : Alors pour vous c'est venu comment, le diabète ?

Monsieur Z : C'est le docteur, moi je le savais pas... Presque tout le monde, il est touché par le diabète, mais y'en a qui sont plus, y'en a qui sont moins ...

Interviewer : Pour vous qu'est ce qui fait que le diabète est plus ou moins grave ?

Monsieur Z : Ah alors là, je ne sais plus ... Je pense c'est les médicaments qui le diminuait un petit peu. Ou sinon euh ... C'est quand t'as pas de soucis, quand tu penses pas beaucoup trop sur les choses, ça diminuait un petit peu, sitôt que tu commences à un petit peu énerver, ça monte, euh ... Si tu te mets en colère, tu parles de choses qui sont plus graves, ça monte... C'est ça.

Interviewer : Et l'alimentation, ce que vous mangez ?

Monsieur Z : Oui, il faut faire attention. Si tu fais pas attention... Si tu dis à manger, à boire, il faut faire attention. Même le café le matin, il faut faire attention. On peut boire un café ou deux, y'en a assez. Si tu bois cinquante cafés ...

Interviewer : C'est votre femme qui fait à manger ? Elle fait moins sucré ?

Monsieur Z : Oh moins sucré, pas beaucoup de sucre, le sel aussi il faut diminuer un petit peu. Faut pas faire beaucoup de sel, faut pas faire le sucre. Les gâteaux déjà presque plus. Les bonbons, les machins euh ...

Interviewer : ça, vous évitez ...

Monsieur Z : Voilà, il faut toujours faire attention. Si tu fais pas attention euh... Là tout de suite il revient, il monte euh...

Interviewer : Quand vous allez chez le docteur, vous êtes accompagné de votre épouse ? Vous venez tout seul ?

Monsieur Z : Non je viens tout seul, mais je l'amène quand c'est pour elle, ben on vient comme ça en famille de temps en temps. Ou sinon les traitements, y'a les différents, chacun, il prend les traitements tout seul.

Interviewer : D'accord. Quand vous êtes à la consultation, vous arrivez à poser les questions comme vous voulez, ça va ?

Monsieur Z : Non le docteur, il fait la tension, il fait le cœur, il regarde, voilà, et puis bon, il demande la prise de sang ...

Interviewer : Vous, vous posez des questions facilement ?

Monsieur Z : Non, non, moi, je pose pas beaucoup de questions, le docteur il save à peu près quoi.

Interviewer : Il vous connaît.

Monsieur Z : Oui, il me connaît, c'est-à-dire ma maladie, il me connaît, ben c'est pour ça ...

Interviewer : Vous êtes satisfait, vous êtes content du docteur ?

Monsieur Z : Ah ben oui, qu'est ce tu veux faire plus ?

Interviewer : Alors qu'est ce qu'il y aurait de plus à faire ? Si il y a quelque chose à faire de plus ?

Monsieur Z : Ben ... (Rires.) Docteur tout seul, si il faut faire plus, il dit à l'hôpital, y'a que ça si il faut faire plus. Si vous voyez vraiment c'est trop, trop, ben c'est l'hôpital hein ? Il va faire tout ce qu'il faut, il va faire les radios, les machins...

Interviewer : Pour le diabète, vous avez dû aller à l'hôpital ?

Monsieur Z : Ah non. J'ai pas été pour le diabète. J'ai été pour les yeux, d'accord. Le cœur. Et ... quand c'est trop malade, voilà. Y'a beaucoup de choses de maladies hein ?

Interviewer : Vous surveillez avec le carnet, ou pour l'instant y'a pas besoin ?

Monsieur Z : Non j'ai pas de carnet. C'est bien comme ça.

Interviewer : D'accord. Je vous remercie.

2. Entretiens avec les médecins

a) Entretien avec le Docteur A

Interviewer : Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de vos patients diabétiques d'origine étrangère, en particulier ceux qui sont issus du Maghreb ?

Docteur A : Euh ... je sais pas par quoi commencer ... En tout cas, euh j'ai une clientèle qui euh qui comprend des patients venant du Maghreb... et je vais dire que... je sais pas si c'est une question de ... qui concerne ces patients en particulier, mais euh ... ils ont eu un suivi euh... ils ont vraiment écouté, et ils ont des bons résultats... je pense qu'il y a une aide aussi de la part de leurs enfants... c'est euh ... j'ai trois femmes. Elles sont venues toutes les trois avec leur fille ... euh ... une avec leur fils, et euh ... il semble qu'elles aient bien compris ce que j'ai transmis au début. Parce qu'après euh, franchement leurs résultats étaient bons. Et leur suivi bien régulier, la prise des médicaments était pas mal, enfin euh, je trouve qu'à la limite il serait presque mieux que certains diabétiques qui se laissent un peu aller euh, français euh enfin qui ont pas de problème de langue, je sais pas si c'est ... particulier à ces familles-là, à ces femmes-là ou si c'est ... c'est général quoi ...

Interviewer : D'accord...

Docteur A : Pour le suivi, pour les examens complémentaires, euh ... il faudrait que j'aille regarder dans les dossiers pour voir s'ils font moins d'examen complémentaires, mais il semble que non... En tout cas, celles que j'ai, c'est des patientes chez qui j'ai découvert moi le diabète, euh ... certainement euh ... elles devaient avoir une ... alimentation ... bien sucrée, avec tout ce qu'on sait des desserts sucrés des gens des pays du Maghreb etc. Elles ont fait attention à la fois aux boissons, aux desserts, et après, c'est des diabètes de type 2... Elles sont euh, à part les problèmes de poids, d'obésité euh ... elles ont un suivi régulier. Voilà, une prise en charge médicamenteuse régulière ...

Interviewer : Ce sont des patientes qui sont accompagnées par leurs enfants en général ?

Docteur A : Euh oui... l'une soit par le mari, ou les enfants... alors j'en ai dont je me rappelle ... (reprend un dossier informatique) ... euh, deux parlent très bien français, la troisième euh non. Elle doit se faire traduire tout, elle sait pas parler français du tout... Euh, pour deux, c'est moi qui ait découvert le diabète, pour la troisième, elle avait changé avec toute sa famille de médecin, donc elle est venue ici... Et c'est vrai que ... elle semble avoir compris l'intérêt d'une bonne prise en charge... Alors, sur les problèmes de traduction, de compréhension ?

Interviewer : Oui, pour cette patiente qui doit se faire tout traduire ...

Docteur A : Le mari parle français et ses fils aussi

Interviewer : Donc elle est systématiquement accompagnée ?

Docteur A : Elle vient toujours accompagnée. Peut-être elle est venue une fois seule, mais la plupart du temps elle vient toujours accompagnée.

Interviewer : Est-ce que vous avez le sentiment que la consultation est bien centrée sur la patiente quand une tierce personne fait la traduction ? Est-ce que vous avez l'impression que tout est bien ...

Docteur A : Que les choses sont bien traduites ? ...

Interviewer : Que tout est bien traduit de votre côté ...

Docteur A : Oui. Et que, elle comprend... J'ai, j'ai l'impression que, elle, elle comprend dans euh ... dans des expressions qui sont pas verbales hein... des sourires euh ... je sais pas comment dire euh, des façons de ... de montrer qu'elles acquiescent aux conseils ... parce que bon ça s'est pas fait du jour au lendemain, il a fallu changer des habitudes... et euh, oui j'ai eu l'impression que ... alors, sur toute la maladie avec ses complications rénales euh... artérielles etc. franchement je fais pas. Ni pour les Français, ni pour les Maghrébins. Je dis c'est mieux pour vous de, mais alors je veux pas mettre le spectre d'une cécité, d'un rein artificiel et de jambes coupées, voilà, c'est comme ça. Mais ça c'est moi. Donc je fais pas différemment pour elles non plus. Je dis c'est mieux pour elles, pour leur santé, plus tard. Comme ça... Bon et euh, je montre bien les chiffres, l'hémoglobine glyquée, voilà, j'explique bien ça, ça doit être à tel niveau, etc. et euh que c'est pas le jour où elles viennent que je m'aperçois que le régime est bien suivi, mais c'est bien les trois mois avant donc c'est bien ... et si y'a un écart euh, qu'elles reviennent du pays... quand elles partent au pays, je leur dit de bien tenir le coup (Sourires) euh... sur le régime, de bien savoir dire non, quand elles sont invitées, ou quand elles reçoivent, etc.

Interviewer : Quand vos patientes vont dans leur pays d'origine, est-ce qu'elles prévoient bien pour la durée de traitement ?

Docteur A : Oui. En général, oui.

Interviewer : Y'a une assiduité ...

Docteur A : Oui, y'a une assiduité. Y'a un relais en France par les enfants aussi. Euh, parfois... Là je parle pas seulement pour le traitement du diabète, euh des traitements longs, là on vient me demander des médicaments, des ordonnances pour des gens au pays, et euh, ça se fait volontiers, les pharmacies délivrent volontiers oui ...

Interviewer : Est-ce que les patients vous disent qu'ils se sentent mieux au pays ?

Docteur A : Oui, on me l'a dit. Je sais plus qui, mais oui. Ben souvent, les problèmes d'arthrose... les douleurs, ils ont moins de douleurs. Mais, pour le diabète, comme y'a pas de symptômes on ne me dit rien, et sur les douleurs, oui on me dit que ça va mieux. A u niveau du poids, par contre il peut y avoir deux ou trois kilos de pris ...

Interviewer : Et les hémoglobines glyquées ?

Docteur A : Euh j'ai pas de chiffres en tête, mais y'a pas de grosse, grosse différence ...

Interviewer : D'accord... Quand un membre de la famille accompagne, est-ce que la patiente paraît satisfaite de l'interprétation de ses paroles ?

Docteur A : Oui, j'ai l'impression qu'on prend le temps, que la personne traduit... qu'il y a un retour... par des mimiques aussi qui font que la personne a compris... Oui j'ai l'impression qu'elles sont contentes, oui ...

Interviewer : Est-ce que vous pensez que pour certains patients, il serait préférable d'avoir un interprète qui soit neutre, c'est-à-dire qui ne soit pas de la famille ?

Docteur A : D'autres problèmes de santé... pas forcément pour le diabète. Pour tout ce qui est problèmes psy, tout ce qui est gynéco, contraception, tout ce qui est plus intime. Là j'y fais attention, franchement, j'y fais attention. J'ai pour certains pays, je connais des traducteurs professionnels, pour d'autres euh, j'me débrouille pour pas avoir des gens proches... et euh ... surtout pas les enfants, mais euh ... pour les trois cas que je décris, les enfants sont des adultes, donc euh ... ils comprennent euh ... l'intérêt du suivi, le diabète, euh, ça va. Mais ... euh... j'ai pas l'impression que pour le diabète, ça apporterait quelque chose, un traducteur différent, mais peut-être que j'me trompe... je ne sens pas, moi, le besoin, en tout cas...

Interviewer : Pour des patients diabétiques, alors pour des hommes, par exemple pour des problèmes d'impuissance liés au diabète ...

Docteur A : Alors j'ai déjà eu le cas, ben c'était un homme d'origine maghrébine, ben il m'a décrit son problème, j'l'ai envoyé faire des examens complémentaires... Il a pas eu de traitement, et puis voilà, et puis ... le problème n'est pas résolu, mais euh ... il a essayé de voir si euh... un traitement était possible. Il en a bien, parlé. Enfin avec ses mots à lui, mais j'ai compris euh. Je l'ai envoyé faire un bilan et puis une lettre est revenue comme quoi euh, ... voilà...

Interviewer : D'accord. Pour le régime alimentaire, est-ce que les difficultés de compréhension linguistique entravent le respect du régime diabétique ?

Docteur A : Alors là, certainement. Parce que euh... déjà, je sais pas très bien ce qu'ils mangent eux... euh ... et puis euh le temps de la traduction est long, mais surtout moi ... personnellement... c'est difficile. La prise en charge diététique, bon mis à part des généralités qui sont vite traduites. Vite traduites, vite transmises. C'est pas euh vraiment un travail de fond. Et encore moins j'dirais chez un diabétique de langue étrangère.

Interviewer : Un interprète formé sur les conseils diététiques serait intéressant ?

Docteur A : ça, ça pourrait être intéressant. Parce que y'aurait une approche culturelle. Mais aussi parce que ça m'apporterait à moi aussi. Voilà... Moi la diététique j'avouerais que ... à part les grandes lignes... ça m'intéresse pas vraiment ... Mais euh, les grandes lignes sont là quand même hein ... c'est-à-dire euh, ces fameuses boissons sucrées euh, le fait de se resservir, de se resservir encore... du régime lipidique aussi, surtout chez les diabétiques. C'est-à-dire que le cholestérol soit bon et tout ça. Mais bon les grandes lignes y sont. Mais l détail euh... Donc euh, des consultations complémentaires dans la langue, c'est sûr euh, ce serait intéressant...

Interviewer : Une question un petit peu pratique, vous fonctionnez en horaires libres ou rendez-vous ? Et dans ce cas, pour les populations qui ne sont pas alphabétisées ...

Docteur A : Non moi, je fonctionne sans rendez-vous. Et euh ... si ... donc il peut y avoir du monde ou pas de monde. Si y'a pas de monde, on peut faire une consultation lente euh, longue, etc. Si le jour-là, y'a du monde c'est une consultation et j'diffère. C'est-à-dire que je fais revenir un autre jour. C'est comme si c'était sur rendez-vous. Je dis de revenir, je sais à quel moment de la journée, y'a un peu moins de monde. Et euh la consultation peut se faire sur deux temps. Voilà comment je fonctionne.

Interviewer : D'accord.

Docteur A : Si, si y'a dix personnes, que, que je fais juste euh, renouvellement de traitement, ça va pas compter comme consultation, je fais revenir, mais euh ... très souvent, j'ai une petite clientèle et j'ai du temps. Quand c'est sans rendez-vous, il peut y avoir comme ça ... euh...

Interviewer : Je pose cette question par rapport au suivi, à la régularité des suivis mensuels, trimestriels chez les diabétiques.

Docteur A : Je ne les fais pas à l'avance, les gens viennent...

Interviewer : Vous vous adaptez ...

Docteur A : Je m'adapte à eux, à leur demande, oui.

Interviewer : D'accord.

Docteur A : Oui.

Interviewer : Je voulais savoir, vous avez fait le diagnostic de diabète pour deux patientes, est-ce qu'elles vous parlent de ce qu'elles pensent de l'origine de leur maladie, et si elles resituent dans leur histoire migratoire la survenue de leur diabète ...

Docteur A : Euh, non ...

Interviewer : C'est plus vous qui expliquez les facteurs alimentaires ou génétiques à l'origine de la maladie...

Docteur A : Je m'arrête surtout à l'alimentation, moins à la génétique. Deux personnes sont marocaines, euh trois sont marocaines, mais euh elles connaissent pas les causes de décès de leurs proches, pères, mères... Donc c'est pas quelque chose sur lequel je vais insister quoi...

Interviewer : Et cependant elles ont bien compris les facteurs de risque environnementaux qui sont à l'origine de la maladie ?

Docteur A : Oui. Enfin je crois... Vous voulez dire l'alimentation ?

Interviewer : Voilà ... l'alimentation, l'exercice physique, tout ce qui va améliorer ou nuire à l'équilibre du diabète.

Docteur A : Oui, oui, oui...

Interviewer : Donc vous parliez de personnes référentes auxquelles vous avez accès, des interprètes ...

Docteur A : Pas pour les Marocains... c'est, c'est pour l'immigration tchétchène en ce moment... donc euh pour les immigrés tchétchènes primo-arrivants là comme ça, euh j'essaye de pas ... euh de me faire aider par des gens que moi je choisis. Donc euh, je fais appel à l'interprète qui m'a été présenté par l'association d'insertion (nom d'une association de quartier). Donc cette dame, euh, j'prends rendez-vous, j'la rémunère, j'la paye, donc euh, voilà. Pour les choses compliquées, même pour les consultations hospitalières... C'est des gens que je peux emmener à l'hôpital, assister à la consultation avec interprète euh ... pour euh ... pour une famille kosovar euh... Je vous raconte une histoire ?

Interviewer : Oui, oui !

Docteur A : Alors pour une famille kosovar... qui venait avec un jeune pour faire interprète, qui savait pas un mot de français, à un moment donné j'ai eu des problèmes, et puis il se trouve que ... j'avais une famille albanaise que ... j'ai demandé à la famille albanaise, bon qui parle français courant, courant euh ; que je connais depuis 12 ans, je leur ai demandé de faire l'interprète, ils m'ont dit oui d'accord, d'accord... donc euh, je les ai laissés cinq minutes ensemble dans la salle d'attente... et quand j'ai ouvert la porte de la salle d'attente, j'ai trouvé euh, les trois personnes en pleurs euh, elles s'étaient raconté leurs vies, c'était affreux, affreux, jamais plus je ferai ça... C'est-à-dire que. Voilà une famille euh, albanaise que je connaissais très bien, bien, bien, oh. Qui venait pour des petits problèmes banals... les autres étaient primo-arrivants, ils sortaient d'une guerre, d'une horreur, de je ne sais quoi, ils n'avaient pas de papiers, enfin c'était l'horreur. J'ai voulu les utiliser comme interprètes, mais ça a trop chamboulé les premiers, vous comprenez ce que je veux dire ?

Interviewer : Oui.

Docteur A : Euh j'ai fait une erreur... je me suis bien excusé, et je les ai plus utilisés, ou si ... parfois au téléphone. Je les ai utilisés au téléphone, sans dire qui c'était etc. Des familles que je connais. Je ... oh euh ... une elle a 30 ans, je l'ai connue quand elle avait 14 ans, elle s'appelle M.... M... tu peux me traduire, oui, oui, oui, je veux bien te traduire, mais au téléphone. Ça c'était euh... par contre au téléphone, c'était bien, y'avais suffisamment de distance, les gens se connaissaient pas. Mais quand les gens se sont vus là. C'était une erreur... On pense pas hein ... Pourtant j'avais l'impression de ... un peu de connaître tous ces problèmes de, de traduction. Alors, les enfants. Ça fait longtemps, longtemps que je sais que c'est un problème pour les enfants la traduction. TRES longtemps. Donc euh ... la plupart du temps, je me débrouille si une mère vient avec son fils, je parle de toutes les langues hein. Je sors le fils, mais vraiment euh... je les sépare, et euh, c'est même un peu parfois euh ... L'autre fois, je l'ai pas fait, et ... y'a encore eu une consultation tumultueuse... C'est-à-dire... Je vous la raconte ?

Interviewer : Oui.

Docteur A : C'est euh le pays c'est euh ... l'Arménie. Ça fait trois ans qu'elle ne sort pas un mot de français, la mère... qu'elle utilise son fils, pour les traductions, donc euh... elle a une douleur lombaire, pour moi, ben la douleur lombaire, faut attendre trois mois avant de faire un scanner... j'essaie de lui expliquer, elle est pas contente, pas contente de ma prise en charge et euh ... euh ... la consultation se passait, elle-en-gueu-lait son fils qui devait me traduire ça. Vous voyez. Elle voulait me dire qu'elle était pas contente de moi. Mais comme elle pouvait pas me le dire direct, qu'elle était très énervée parce qu'elle avait toujours sa douleur, elle passait par le fils, mais ça a été un psychodrame. Un vrai psychodrame. Donc, vous voyez, moi, je, je crois connaître la question, j'essaie de me débrouiller, mais parfois, y'a des vrais psychodrames qui sont liés à la traduction quoi. Vous comprenez ce que je veux dire ?

Interviewer : Qui sont liés au fait que l'interprète n'est pas neutre ?

Docteur A : Ah toute façon, un neutre elle aurait jamais pu lui parler comme ça, elle aurait dit ses symptômes euh ... on parle à son gosse, donc à son gosse on peut tout dire, hein, vous savez bien euh le gosse était gêné, il osait pas me traduire, enfin c'était... J'suis sûre qu'un interprète professionnel, elle se serait pas adressée au professionnel de la même façon, elle aurait été beaucoup plus humble...

Interviewer : à Strasbourg, il y a l'association ...qui tente de professionnaliser l'interprétariat, à ..., il n'y a pas ...

Docteur A : En même temps, c'est un petit peu compliqué. C'est des consultations de Médecine générale... ah j'vais dire, le problème là, c'est pas tellement l'interprétariat, cette femme, au bout d'un certain temps, c'est quand même un manque de volonté d'être un peu autonome quoi, vous voyez ce que je veux dire... les primo-arrivants, je leur donnerais tout. Je leur donnerais des interprètes, j'irais les choisir, je ferais des réunions avec

interprètes sur rendez-vous... Au bout de trois ans... euh... il y a quand même, je sais pas si vous comprenez, je perds patience moi. Je perds patience quand y'a pas-le retour-c'est-à-dire, le fait que c'est des gens qui ont choisi de vivre ici. De temps en temps, ils pourraient au moins essayer de me baragouiner un mot. Vous voyez ce que je veux dire. Donc euh là, c'est, c'est comme si je jugeais. Je veux pas juger. Mais c'est insupportable. Le manque de progrès. Donc euh ... quand je suis en forme, j'essaie euh- avec un peu d'humour- euh, les aider à dire deux-trois mots, etc. parce que... deux-trois mots sortent, je les félicite, pour avoir un retour etc. Mais franchement quand euh, quand c'est ... ça fait longtemps que la personne est là. Qu'en plus, il arrive que les gens soient agressifs. Pas seulement parce qu'ils pensent que je ne les comprends pas, mais parce que je ne fais pas les soi-disant examens complémentaires qui sont maintenant exigés par les gens ; vous savez, les gens demandent : une radio. Ils demandent : un scanner. Ils ne savent même pas si c'est la radio ou le scanner mais il faut quelque chose... C'est français, c'est étranger. Il y a des français qui peuvent être frustrés quand ils n'ont pas leur radio, des étrangers peuvent être frustrés quand ils n'ont pas leur radio. C'est beaucoup plus compliqué. Il faut être beaucoup plus explicatif euh ... prendre du temps etc. Et à mon avis, c'est pas seulement le problème de ... de ... du traducteur. Le traducteur il est hyper nécessaire en primo ... Au bout de quatre-cinq ans, vous allez pas faire venir un traducteur pour euh, une fièvre, pour ci, pour ça, à chaque fois. J'veux dire, on peut pas avoir le traducteur... Vous voyez ce que je veux dire ?

Interviewer : Oui. Et par rapport aux patients maghrébins qui sont issus de l'immigration du début des années 70, et qui ont un français encore approximatif, malgré plusieurs années passées en France, qu'en pensez-vous ?

Docteur A : Ben je pense qu'avec eux, ça va, parce que ... C'est pas avec eux que j'ai le plus de problèmes... c'est l'immigration turque, turque des montagnes, turque des villages... qui sont tellement entre eux, et franchement, on a l'impression que l'extérieur les intéresse pas, et puis si, ces familles qui vivent en famille, et là, même, familles élargies... sans euh ... sans trop de lien avec l'extérieur. Franchement euh, les Maghrébins j'ai quasi pas de problème, il doit y avoir un petit peu de français, j'ai même des ... des vieux retraités qui ont fait venir leur femme, leur femme qui parle pas français, euh ... ni euh ... je sais pas comment dire. C'est jamais lourd. Même si, même si y'a plein de problèmes culturels euh, la douleur des femmes, la demande de médicaments, la demande de piqûres. Ça a un peu diminué là maintenant, venant du Maghreb, euh c'était des piqûres ou rien. Ça c'est passé hein maintenant, c'était vraiment au début de notre travail, hein, on avait tous remarqué ça euh, ils voulaient des piqûres. Maintenant, les traitements se font sans piqûre, mais ces vieilles femmes qui disent pas un mot de français, ne me font pas le même effet. Voilà, parce qu'elles ont leur mari qui traduit, et parce que voilà, même si elles sont là depuis longtemps, même si elles ont pas décroché plus de mots de français, c'est comme si elles comprenaient un peu... Vous voyez ce que je veux dire ?

Interviewer : Oui... Et en tout cas, les messages principaux sont ...

Docteur A : Oh oui, oui, oui, comment je vais dire ... les hommes qui sont là parlent un français, parlent français couramment, leurs enfants parlent français euh, ... Donc euh, les traductions euh, la confiance aussi, la confiance euh ... ça va. Ils ont confiance... donc euh la consultation en général ça va, c'est, y'a pas de gros coup d'éclat...

Interviewer : Au niveau de la durée de la consultation, pour des patients diabétiques qui ne parlent pas français couramment, est-ce que c'est plus long, est-ce qu'il y a moins de questions ?

Docteur A : Pas forcément, ça peut être euh plus long bien sûr si il y a le temps de la traduction, et si y'a des choses à corriger, mais euh ... si ça roule comme on dit, c'est pas plus long qu'une autre consultation ... une tension normale, l'examen clinique euh je tourne autour de la personne, euh ça va, j'encourage p'tetre un p'tit kilo de moins, euh c'est pas plus long.

Interviewer : est-ce que vous avez l'impression que la personne qui se fait traduire pose plus ou moins de questions quand justement il y a un intermédiaire ?

Docteur A : Il pose moins. Moins de questions, ça c'est sûr... J'ai l'impression que je parle autant, mais que eux, eux parlent moins.... Oui, euh, certainement, l'intérêt du traitement etc. on en n'a pas parlé à fond quoi, ils savent que c'est mieux, mais comme je vous l'ai dit au début, c'est pas eux qui le disent, c'est pas eux qui posent la question... Mais, franchement, j'ai été étonné de ... comment on dit, du bien, du suivi médicamenteux chez ces femmes là... J'étais bien contente hein... parce que, j'ai d'autres pays, j'ai Mayotte là, ça suit pas du tout, je suis obligée de courir derrière... C'est pas une question de compréhension... j'ai un vrai problème... aucune compliance, parce que vraiment, aucune envie, ou ... aucune compréhension j'en sais rien, j'ai des problèmes avec certains... mais pas avec les maghrébins.

Interviewer : Est-ce que vous voulez soulever d'autres problèmes liés à la présence d'une tierce personne à la consultation ?

Docteur A : Euh... une autre fois, c'était dans la communauté turque. Euh, Une femme vienne faire interprète pour quelqu'un d'autre, et quand elle veut me demander quelque chose, elle fait comme si elle comprenait pas le français, et elle vient avec une autre interprète... en faisant euh, voilà ... et là ça s'est ... ça s'est mal passé parce que j'ai l'impression d'être utilisée dans cet espèce d'imbroglio de problèmes de parole, de langue euh... etc. Et euh ... Oh elle voulait des examens complémentaires en plus et ... c'est ... les gens qui ont pas ... qui adhèrent pas dans la prise charge, qui tout à coup, ils comprennent plus. Donc ils utilisent aussi euh quelqu'un qui traduise, et en traduisant, ils comprennent pas non plus, vous voyez ce que je veux dire ? Mais ils ont compris que je voulais pas donner, ou je voulais pas aller dans le sens des, de, de, vous savez c'est une négociation et parfois, nous parfois en tant que médecin faut qu'on tienne (sourires) ... sur les examens complémentaires essentiellement, sur euh une reprise de travail etc. parfois il faut qu'on tienne ... Voilà, une seule fois ça s'est produit, mais alors ça m'a marquée parce que ... toute la famille m'a quittée après ça...

Interviewer : Concernant les patients diabétiques maghrébins vous êtes globalement satisfaite ?

Docteur A : Oui, on peut regarder les dossiers ... Pour un patient âgé de 66 ans, diabétique depuis 1982, le problème est surtout un problème psychosocial, le problème est lié à la solitude en France alors que toute sa famille vivait au Maroc, et euh il a été licencié brutalement et euh... en conséquence de son licenciement, il a fait une grève des soins. De diabétique insulino-requérant, il a plus eu de soins, et quand je l'ai connu, il était maigre comme un clou, il avait une hémoglobine glyquée à, à, à seize. On a obtenu avec son fils de le ré-intéresser à son traitement, de le déclarer à 100 %, de remettre la prise en charge en route. Et il s'y est mis. Il s'y est mis, mais il commence à être multi compliqué, il commence à avoir une hypertension artérielle avec une insuffisance rénale qui est pas euh tellement accessible au traitement, et il commence à avoir des troubles de la vue, alors qu'il m'a pas avoué tout de suite, mais je me suis aperçue qu'il arrivait pas à lire son lecteur de glycémie... au bout d'un certain temps, comme il y arrivait pas, avec sa loupe etc. il a accepté une infirmière à domicile, maintenant ça se passe bien, l'infirmière vient tous les jours, elle l'aide à regarder euh son dosage d'insuline en fonction de son résultat, mais ... une chose qui est vraiment, vraiment importante c'est de refuser, il refuse de prendre une mutuelle parce qu'il aide ses enfants au pays, au Maroc, il envoie de l'argent. Il envoie de l'argent parce que c'est comme ça, il l'a toujours fait et c'est comme ça. Et ça passe a-vant- sa mutuelle, donc sans mutuelle... je l'ai envoyé une fois à l'hôpital, il avait une prise en charge de mille euros, d'ailleurs j'ai jamais compris, comment, pour une semaine d'hospitalisation, avoir mille euros à sa charge. Je lui ai demandé d'aller revoir à l'hôpital etc. si vraiment ils s'étaient pas trompés, et depuis, euh effectivement, maintenant, il y a pas de réponse, y'a pas de réponse à ces mille euros, ça s'est passé y'a plusieurs années ; et depuis, la fameuse prise en charge hospitalière annuelle des complications ne peut pas être fait, il refuse. Et euh ... voilà, donc je me sens vraiment un peu seule dans cette prise en charge, une hypertension lourde, mais bon ... Je crois qu'on peut pas vraiment faire autrement ... Voilà pour lui. Pour le régime, je ne sais pas si il est bien suivi, parce qu'il a un problème de poids, une obésité, mais, il marche, il marche pas très vite, mais il marche. Je le vois souvent dans mes déplacements personnels marcher, même assez loin de chez lui, mais euh voilà ... Je sais pas si c'est l'insuline qui le fait grossir, mais euh, il a pris près d'une vingtaine de kilos... Bon ben voilà... Le problème est donc euh ... lié à l'immigration, et lié au problème de société. Voilà tout ce que j'ai à dire pour lui... Celui qui m'a parlé de ses problèmes d'impuissance, je sais plus comment il les a formulés, mais il m'en a parlé très simplement, il a demandé si il y avait quelque chose à faire. J'avais prescrit immédiatement, euh ma réponse a été immédiatement consultation hospitalière auprès du Professeur ... euh donc j'ai eu euh ... Il était content d'y aller, et euh, ... Il a donc été vu par madame ... qui est spécialiste chez ... et le Docteur ... qui ont repris des explorations, euh, tout était négatif. Ils ont proposé la fameuse prescription de Cialis® au quotidien, mais j'suis lectrice de Prescrire®, et Cialis® au quotidien, c'est pas conseillé, donc j'ai pas poussé euh ... J'ai pas poussé cette médicalisation, ... et euh on lui a proposé aussi des injections d'Edex®, intra caverneuses, mais il a pas souhaité euh ... s'en, l'utiliser. Donc j'ai répondu à sa demande, est-ce qu'on peut faire quelque chose, la réponse était : non. Donc euh ... Voilà...

(Regard sur dictaphone, interrogateur : on arrête ?)

Interviewer : C'est très intéressant, on va s'arrêter là, je vous remercie.

b) Entretien avec Docteur B

Interviewer : Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de vos patients diabétiques d'origine maghrébine ?

Docteur B : Alors deux types de difficultés, déjà, la difficulté de faire comprendre que le diabète est une maladie, c'est déjà compliqué quand il y a pas de barrière de langage, donc c'est difficile à expliquer parce que

c'est une maladie qui est cachée, elle n'existe pas pour les gens. Euh ... souvent ça fait pas peur, et puis après y'a toute l'explication du suivi, du diagnostic, le diagnostic, c'est pas très compliqué, et après le suivi qu'on met en place, et un certain nombre de consignes qu'on doit donner aux gens, qu'ils doivent s'approprier. Donc y'a beaucoup de choses en entretien au niveau du diabète. Voilà...

Interviewer : Quand il y a une barrière linguistique, est-ce que pour l'annonce du diagnostic et l'explication du suivi, vous avez un interprète qui accompagne le patient ?

Docteur B : Oui, je demande toujours. Alors euh ma politique c'est que, que les dames, parce que j'ai beaucoup de dames, soient le plus autonomes possible, et euh on arrive toujours à se comprendre pour un certain nombre de choses. Bon il est bien évident que quand il faut annoncer un diabète, ou annoncer tout ce qu'on mettra en place dans le suivi du diabète, euh là je leur demande toujours d'être accompagnés. Et je demande toujours, à la personne qui vient avec, de restituer au fur et à mesure la ... les choses, et puis de faire reformuler. C'est-à-dire que Je me suis fait avoir entre guillemets, avec des gens qui n'avaient rien compris, parce que j'expliquais en général chez les jeunes, ils comprenaient assez bien euh, et qui disaient au fur et à mesure. Mais c'était pas passé. Donc je dis, et je fais reformuler. Comme je fais avec mes diabétiques qui parlent français, je dis un certain nombre de choses, en général je fais trois messages par consultation, je dépasse pas. Trois messages, une reformulation. Et donc, ça fait, on fait pareil quand il y a un interprète. C'est-à-dire je dis des choses, en général j'dis trois choses... je fais reformuler chose par chose, élément par élément, puis à la fin de la consultation on se redit aussi ce que ... souvent je demande dans une consultation longue comme ça, je demande toujours aux gens ce qu'ils ont compris, ce que la consultation leur a apporté, voilà, je pose plutôt la question comme ça.

Interviewer : Et généralement, l'interprète, c'est plutôt quelqu'un de la communauté, quelqu'un de la famille ?

Docteur B : Alors pour les patients marocains, algériens, c'est plutôt de la famille, euh proche, en général c'est les enfants euh, c'est essentiellement les enfants. Et puis euh pour les communautés turques, de toute façon y'a quelqu'un, petit cousin, ou en tout cas quelqu'un de la communauté, euh voilà. C'est toujours eux qui trouvent un interprète.

Interviewer : Et dans le cas où ...

Docteur B : Ah si, si ! J'ai deux cas où les gens avaient un p'tit papier, un p'tit papier marqué on peut appeler un tel, un tel pour expliquer. Ah ça, c'est pas des, ce sont pas des patients maghrébins ni turcs. Je parle des patients maghrébins et turcs parce que c'est l'essentiel de mes patients étrangers euh ... C'était euh ... des patients asiatiques euh ... qui maintenant parlent couramment le français et euh... au début ils avaient des interprètes, donc qu'on pouvait avoir au téléphone ou ... quelquefois qui pouvaient se déranger, euh des fois c'est quand même mieux quand on a les gens de vive voix, et c'était aussi deux diabètes. Voilà. Euh, j'parle aussi de la communauté maghrébine parce que ... y'a beaucoup de diabètes dans la communauté maghrébine, donc voilà, quand j'pense aux ... aux étrangers diabétiques, je pense à ... aux, vraiment essentiellement aux Marocains...

Interviewer : D'accord. Et quand vous avez des enfants qui viennent remplir le rôle d'interprètes, est-ce que vous avez des difficultés ? Est-ce que vous assistez à une inversion des rôles parent-enfant ?

Docteur B : Non, c'est jamais des enfants, c'est plutôt des jeunes adultes, j'ai jamais eu à faire à des enfants. Je, j'au..., j'aurais pas fait, je, j'aurais pas fait. Ou alors j'aurais dit... « il faut venir ... il faut, il faut que ta maman, ton papa vienne avec quelqu'un qui est plus âgé que toi. Tu es capable de comprendre beaucoup de choses mais là il faut quand même quelqu'un qui puisse euh bien faire comprendre des choses qui sont pas graves mais qu'il faut bien avoir compris pour pouvoir se soigner après. » Voilà. Euh non, je ferais pas avec des p'tits avec des jeunes enfants non, même douze treize quatorze ans, je ferais pas.

Interviewer : D'accord.

Docteur B : Et pi, et pi c'est pas... les rares fois où j'ai eu affaire à des enfants (Soupirs) qui, qui, qui traduisaient, c'était pour des choses vraiment banales, et ça se passait pas très bien... Soit les enfants euh ... Ils voyaient pas l'intérêt... Soit ça les gonflait (chuchotant) vraiment d'être là hein... J'emploie vraiment un mot exprès, c'était pffff ... Voilà. Donc euh, par contre les gens qui viennent avec des jeunes adultes, euh, en plus en matière de diabète, c'est rare que... moi je fais du diabète de type 2 essentiellement hein. Exclusivement. Autrement diabète 1 euh c'est plutôt du relais, euh, de spécialiste. C'est quand même des gens, qui sont plutôt d'âge mûr. Donc leurs enfants, ce sont plutôt de jeunes adultes, voilà.

Interviewer : Et généralement ça se passe bien ? La consultation reste bien centrée sur le patient ou des fois vous avez l'impression qu'il y a un transfert du centre d'intérêt que représente le patient, qu'il est peut-être moins actif ?

Docteur B : Y'a un bon transfert. Y'a un bon transfert. Euh ... Y'a un bon transfert. Franchement.

Interviewer : Et si vous aviez à votre disposition pour le suivi de patients diabétiques, par exemple une fois par mois, à l'occasion d'une consultation plus longue, notamment pour le suivi diététique, l'intervention d'un interprète ? Est-ce que vous feriez appel...

Docteur B : Ah oui ! bien sûr. Volontiers. Volontiers. C'est pour ça que je vous disais au début, puisque là on parle de diabète, mais ... J'essaie toujours de dire aux gens de venir seuls, parce que, on peut prendre le temps de se comprendre. Y'a beaucoup de choses, moi je, j'ai une dame, alors elle, elle a bien compris qu'elle pouvait venir toute seule, alors je (rires), j'me dis : des fois, c'est un peu compliqué ! Alors elle, elle a, elle est, elle prend du préviscan. Et il, il faut adapter les doses. Alors moi j'ai mes comprimés en carton, et on coupe en quatre et on surveille les dessins et on note les jours et ça va tout seul. Mais elle est ravie de venir seule. Parce que, euh, elle était un p'tit peu embêtée d'mobiliser ses filles qui, maintenant, habitent beaucoup dans l'quartier mais ont des enfants. Et puis elle voulait plus *v'nir avec son mari* (en chuchotant). Elle avait vraiment envie, et puis franchement elle est contente de *v'nir toute seule* et ... On prend le temps qu'il faut mais... c'est quand même euh ... (soupirs) ... C'est presque de la routine. Elle a une insuffisance cardiaque, elle a compris ce qu'il fallait, ce à quoi il fallait faire attention, elle est dans un réseau, mais euh ... pour euh ... si j'avais besoin de lui dire qu'elle est diabétique, c'est sûr que là on ferait pas toutes les deux... elle le sait aussi que ... quelquefois on pourrait avoir besoin de quelqu'un. Mais moi, je pense que, ça soulagerait un peu les familles de d'avoir un interprète. Sauf que j'trouve que la famille, les familles, elles fonctionnent pas, pas comme les familles françaises hein... et euh... J'ai l'impression que ça fait partie de leur... de leur tâches, et ben d'accompagner leurs parents ou ... voilà, ça, ça les embête pas quoi... pi ils ont un grand respect des gens, enfin j'trouve qu'ils ont un grand respect mutuel et ... effectivement ils restituent bien comme il faut la consultation et ... voilà. Alors... euh en matière de diététique, c'est un p'tit peu embêtant parce que, vous savez comment c'est hein, ... on est tous prêt à ... quelque soit notre culture et notre niveau de compréhension à comprendre plein de choses, pi après on fait un peu comme on veut hein ... (soupirs) donc euh ... faut pas mettre trop la pression sur la diététique, c'est très important, mais il faut aussi que les gens s'approprient ... le, le but des consignes diététiques, alors je... pour deux familles, j'ai eu un p'tit peu peur qu'il y ait trop de pression quoi, hein c'est pas de sucre, c'est pas de sucre. Ben, bon ben, on sait bien, c'est pas de sucre, mais... euh il faut que les gens s'approprient ça. Si c'est de la privation pour être privé, c'est pas... Donc y'a une famille où c'était un p'tit peu, ça a été un p'tit peu plus compliqué euh... ou j'dis on va prendre un p'tit peu son temps et pi euh ... il faut que les gens comprennent alors on n'a pas parlé du sucre, des gâteaux, de tout en même temps hein, on n'a pas parlé de tout en même temps. On a fait un p'tit peu progressivement, et ... ceux, ceux-là étaient un p'tit peu plus vite agacés par ... euh une maman qui voulait pas forcément tout comprendre, qui voulait continuer à faire la cuisine comme elle, comme elle l'entendait, mais ... voilà...

Interviewer : Est-ce que des fois vous avez l'impression que le membre de la famille qui accompagne prend la suite du médecin, c'est-à-dire appuie les consignes du médecin auprès du patient ?

Docteur B : Eh ben c'est euh ... justement pour cette famille-là, ça a été un p'tit peu ça, un p'tit peu trop. Autrement euh, euh ... je trouve que les patients retrouvent vite leur autonomie par rapport aux choses qu'ils ont entendues. Et ... ça c'est bien, ça.

Interviewer : Dans les consultations à trois, par rapport à une consultation où il n'y a pas d'obstacle de langue, est-ce que vous avez l'impression que le patient pose plus ou moins de questions ?

Docteur B : Euh Il pose pas beaucoup de questions ...

Interviewer : Vous trouvez qu'ils posent moins...

Docteur B : Ils posent moins de questions, oui, ils posent moins de questions. Et sur les carnets de suivi du diabète je leur demande toujours d'écrire les questions, parce que quand on va chez le médecin, tout le monde hein, on a plein de choses à dire, et puis on a tout oublié quand on est en face du médecin. Donc euh ... ça marche pas trop ça. C'est des choses auxquelles je tiens, mais ça marche pas trop ça. D'écrire les questions ... Alors des fois j'laisse un peu tomber. Mais ça euh ça s'rait un bon outil, mais ça fonctionne pas trop.

Interviewer : Est-ce que vous connaissez des réseaux d'interprète dans l'agglomération, ou un numéro de téléphone d'interprétariat ?

Docteur B : Non. Non. Non, parce que euh j'en vois pas l'intérêt immédiat. Par contre ... j pense que si on m'en propose, des gens qui s'proposent pour faire ça, je, je, je... proposerais volontiers ce relais aux familles !

Interviewer : C'est vrai qu'il n'y a pas d'associations d'interprétariat ici...

Docteur B : Non. Non, non. Du tout. Y'a l'association ... là qui fait un gros travail sur le langage avec les femmes euh, avec le respect de la culture euh, avec euh, euh, mais ils font pas d'interprétariat, et en tout cas pas chez les médecins.

Interviewer : D'accord...

Docteur B : Des fois c'est un peu lourd hein ... j'aime bien, j'adore c'que j'fais hein, je, j'suis là c'est pas un hasard, on s'installe pas ici comme on s'installe euh, au centre ville (rires)... mais des fois, oui, quelquefois c'est un peu lourd quand même... mais j'ai l'impression qu'c'est, c'est même pas en barrière de langue, ben j'ai une dame, elle veut pas comprendre parce que, ... elle a pas envie de comprendre un certain nombre de choses hein... Voilà. C'est aussi la personnalité de gens qui, qui est en jeu, c'est pas uniquement ... euh...

Interviewer : Comment vous percevez pour ces patients qui sont en France depuis une trentaine d'années qu'il puisse exister des difficultés de compréhension encore, comment vous percevez, comment vous expliquer cette barrière à maîtriser la langue ?

Docteur B : Alors on sort complètement du cadre hein ! (sourires)

Interviewer : c'est vos hypothèses ... (sourires)

Docteur B : Ben. Parce que, à l'heure actuelle, on propose aux gens d'apprendre la langue. On le proposait pas forcément euh ... moi j'ai fait euh ... Moi j'ai fait moi ça quand j'étais étudiante, et euh... mais c'était vraiment les gens qui avaient envie de venir, ils venaient apprendre le français, c'est ils en avaient envie euh ... donc euh ... Y'a eu ... les travailleurs immigrés qui ne faisaient pas venir leur famille, ils étaient complètement dans leur boulot, complètement dans leurs foyers, dans le fait de dépenser très peu d'argent, et puis euh d'envoyer tout leur argent dans leur famille, et puis de repartir le plus vite possible quand c'était les vacances. Ils, ils n'essayaient pas trop de, de sortir de leur communauté parce que, parce que leur cœur il était ailleurs quoi... Alors que... Enfin. C'est, c'est un peu réducteur ce que je dis là, mais j'ai vé..., j'ai connu des gens comme ça... Et c'est des gens comme ça qui maintenant sont à la retraite et qui savent plus où ils habitent hein...

Interviewer : Est-ce qu'ils resituent leur maladie par rapport à leur histoire migratoire ? A leur intégration en France ? Est-ce qu'ils vous donnent leur représentation de la maladie mais de façon plus subjective, est-ce qu'ils resituent tout ça dans la rupture avec leur pays ? Est-ce qu'ils vous en font part ?

Docteur B : Moi je leur en parle parce que les gens qui sont juste, juste retraités là, qui continuent à habiter au foyer, qui euh ... moi je leur demande, enfin j'essaie de préparer la retraite des gens. On va dire euh « vous allez être en retraite bientôt ? Vous allez faire quoi ? » euh ... Parce que... y'a des gens qui attendent la retraite, y'en a d'autres qui sont effondrés d'être en retraite, puis y'en a d'autres qui pensaient que ça irait, ça va pas du tout, des gens qui pensent qu'ils seraient venus dans le sud, alors qu'ils ont toujours vécu ici, ils sont très malheureux, ils reviennent parce qu'ils ont vécu ... euh, vous voyez, on a tout ça, donc, je parle volontiers de ça... et, je m'rends compte que ... et bien ... c'est ... les gens maghrébins hein ... Ils avaient toujours pensé qu'ils repartiraient vivre chez eux parce qu'ils sont ici, ils ont rien hein. En foyer ils ont rien. Enfin, ils ont rien. Ils ont le minimum de choses, bon souvent. Et puis en fin de compte, ils restent, parce qu'ils ont toujours travaillé ici, donc ils vont chez eux, mais pas souvent. Même pas forcément tous les ans. Pas plus qu'un mois. J'en connais beaucoup comme ça. Des hommes hein. J'en connais d'autres qui vivent ça très bien, qui vivent soit ici, pi ils vont là bas, et pi c'est très bien, et c'est un choix. Ou alors qui habitent là-bas et puis qui reviennent un p'tit peu ici, même six mois-six mois. Y'en a beaucoup qui vivent ça très bien. Mais y'en a beaucoup aussi qui ... leur période de retraite elle suit un peu leur période active ici, pi qu'ils se posent plus trop de questions, je... je... Puis des fois je leur demande si euh ils sont biens quand ils sont dans leur famille, s'ils sont bien quand ils sont au pays, ils disent oui mais on est là quoi, on habite là euh ... Alors y'a aussi après l'accès aux soins hein qui ... dont il faut beaucoup parler... Mais, souvent c'est pas le problème. C'est souvent c'est pas le problème. J'trouve ça un p'tit peu triste. Et c'est souvent des gens qui parlent pas forcément trop le français. Et ... parce qu'ici on a un foyer, le foyer ... un foyer d'hébergement, où c'est d'ailleurs pas très facile parce que ... Y'a beaucoup de gens qui vieillissent, là. Et y'a des jeunes en grande difficulté, sociale hein, qui habitent dans ces foyers. Donc ça fait des mélanges un peu détonants, de bruits, de choses qui sont pas forcément, faciles... euh ... voilà... On sort un p'tit peu du cadre mais (rires) j'pense que c'était important que je vous dise ça !

Interviewer : Oui, tout à fait.

Docteur B : Par contre euh, les travailleurs, les travailleurs immigrés qui ont fait venir leur épouse, c'est souvent des gens qui parlent français. Mais pas les dames. Souvent pas les dames hein.

Interviewer : Vous avez le cas de dames diabétiques qui sont accompagnées par leur mari ?

Docteur B : très peu. Elles viennent avec leurs enfants. Elles préfèrent venir avec leurs enfants. Avec leurs filles, ou avec leurs nièces. Ou ... Elles viennent plutôt euh ... Pourtant ici je distingue bien la partie examen de la partie entretien hein. Toujours. Mais, elles préfèrent venir euh ... Elles préfèrent venir avec leurs filles... J' pense qu'il y a une compréhension plus ... enfin les choses sont un p'tit peu plus douces, on peut prendre un peu plus son temps ... je réfléchis à qui je pense ... Sauf je, j'ai un jeune garçon qui, qui travaille dans le bâtiment, qui a 23 ans, c'est le dernier de la famille, ils ont une très grande famille. Et ils habitent quasiment tous au Maroc, sauf deux ou trois, pas forcément ici, lui il vit avec sa mère. Donc c'est lui qui parfois accompagne sa mère à 18 heures 30, je vois bien que c'est un peu lourd, mais ... bon. C'est un peu lourd, parce qu'en plus elle entend pas bien, elle a un appareil qu'on a du mal à régler, donc y'a une barrière de langue, la barrière aussi d'audition, enfin, c'est, c'est compliqué. Et puis elle est assez revendicatrice -gentiment- elle revient toujours sur les mêmes choses, mais ce que je voudrais faire passer, c'est (rires) ça va pas. Donc c'est, c'est... Il s'en plaint jamais, je vois, il souffle pas, il est ... mais je vois qu'il est un p'tit peu lourd, donc c'est ... c'est le seul garçon qui vient quasiment avec sa mère. Bon autrement c'est plutôt les femmes qui viennent ensemble... Euh quand c'est les maris, c'est moins simple, j'trouve que c'est moins simple...

Interviewer : Si vous aviez accès à un interprétariat professionnel, vous le proposeriez à vos patientes, en expliquant la confidentialité, et que cela faciliterait le suivi ?

Docteur B : Oh oui ! Volontiers, oui, oui. Oh oui.

Interviewer : Et vos patients ...

Docteur B : Parce que j'trouve que c'est bien de... d'avoir chacun de... d'avoir chacun des données sur sa santé. Alors évidemment quand ça se passe bien avec les enfants, c'est ben c'est super. Mais euh ... C'est aussi un droit de chacun d'avoir des éléments sur sa santé, pi pas forcément de le partager avec les siens hein.

Interviewer : Donc d'avoir la neutralité ...

Docteur B : Ah oui ! Ah oui, ce serait bien. Je pense que ce serait bien. Voilà. (Sourires)

Interviewer : Je vous remercie.

c) Entretien avec Docteur C

Interviewer : Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de vos patients diabétiques, en particulier ceux qui sont issus du Maghreb ?

Docteur C : Alors y'a ... La... La difficulté, elle est ... enfin, majoritairement, si vous voulez, elle est pas d'ordre linguistique hein. Elle est d'ordre culturel. Disons qu'il y a deux phases. Y'a la problématique du Ramadan. Euh ... C'est-à-dire que ... y'a une vraie problématique... Puisqu'un mois de Ramadan, ça fait, euh ... cinq mois de diabète non équilibré. A peu près. Et puis euh oui les évolutions de l'alimentation quoi. Le changement d'habitudes alimentaires, et de réorganisation de la planification. C'est vrai que la, le ... le fondement de la barrière, c'est à dire, quelque soit les origines, en fait, c'est relativement rare. Puisque en fait les gens, soit ... ils viennent, moi j'trouve qu'ils gens, ils viennent plutôt avec des jeunes enfants. Pour faire euh la traduction. Et euh ... Et souvent des enfants qui paraissent précoces, et à l'usage, en vieillissant, on se rend compte que ces enfants, qui ont été très tôt immer-, ceux qui ont huit neuf ans, qui paraissent vachement dégourdis, en fait, à vingt ans, ils ont rien fait. Par rapport au reste de la fratrie... Qui s'est développée normalement, dans le système scolaire etc. Ça c'est ... un des constats que j'ai fait quelquefois, Albanais, euh ... Maghreb euh ... Kosovo. Enfin, etc. Euh ... Bon alors, ça c'est moins présent que chez les familles africaines. Parce qu'on a quand même maintenant des Africains qui parlent pas français ici. Alors qu'avant on en avait pas quoi. Euh ... Alors pour le diabète euh, euh bon, population du Maghreb, oui, alors vraiment, la problématique de barrière de langue est faible en fait... C'est plus, enfin moi, une barrière culturelle euh ... Faut changer des habitudes et comprendre l'intérêt d'un régime et d'une planification des prises alimentaires... Que tous les aliments sont pas équivalents, voilà... Là c'est plus le problème euh ... numéro un. Et puis bon, après la problématique, si ils sont pratiquants, pas pratiquants. Et puis voilà. Donc en clair, moi j'ai une ... J'ai une remplaçante turque, donc qui était ... de culture islamique, donc qui m'avait fait part des remarques des patients. Donc en fait euh ... euh... Si vous voulez en clair, moi je m'évertuais quand même à ressortir les écrits de la Mosquée de Paris, en leur disant que, pour le diabète, normalement, ils étaient dispensés de Ramadan. Mais qu'en fait ils voulaient pas du tout l'entendre. Donc en fait moi depuis quatre ans, euh... J' fais comme si euh de rien n'était, je constate. Je démissionne totalement. Je fais plus d'effort de, d'intégration... De ... Enfin en plus, ... J'ai pas à me prononcer sur la vie des gens, mais à titre personnel, moi j'trouve que le ... la ... On verra après

la crise, mais moi j'trouve que de plus en plus y'a un dévoiement de ce que les gens mangeaient y'a dix ans pendant le Ramadan, et ce qu'ils mangent maintenant quoi. J'trouve que ça devient... délirant quoi, donc on a... On a des glycémies... Bon déjà les gens normaux, enfin qui ont aucun problème de santé, bon j'veux dire euh... et puis les diabétiques euh bon on a des glycémies qui remontent à quatre cinq grammes, des hémoglobines glyquées qui sont à neuf, dix, alors que on était à six, cinq...

Interviewer : D'après vous, c'est plus lié aux obstacles culturels ?

Docteur C : Oui, oui, et puis la compréhension, j'crois que le truc c'est que toute manière c'est la fête, donc on mange le soir, et puis euh ... alors soit en plus ils mangent pas le matin.... Euh donc ils ont un ou deux repas du soir qui sont complètement euh ... pléthoriques. Et puis la journée ils s'entraînent, ils sont fatigués, et bon euh ...

Interviewer : Quand vous avez à votre consultation un patient ou une patiente diabétique, accompagné d'un enfant, quelles difficultés vous rencontrez par rapport à ce triptyque ?

Docteur C : Je pense que j'ai adapté mon langage à ... à l'enfant quoi...

Interviewer : Généralement, c'est des enfants qui ont quel âge ?

Docteur C : Six euh... Six-dix ans. Et donc... Et comme j'veus ai dit un peu en préambule, ce sont souvent des gamins très éveillés puisque souvent ce sont eux qui font les papiers de la famille, quoi... Donc ils ont une, une connaissance, ils jouent un rôle euh, de personne d'autorité sur les parents...

Interviewer : Est-ce que ça vous choque ?

Docteur C : (Soupire) On fait avec hein... J'veux dire, bon, c'est, c'est le système qui, qui ... qui veut ça. Moi ce qui me choque après c'est de voir que finalement, ces gamins-là... qui sont un peu trop mobilisés par les parents, euh finalement euh... et qui ont un éveil qui pourrait penser qu'ils ont un potentiel, et en fait euh y'a paradoxalement une lassitude qui doit se créer, et les résultats scolaires etc. ne suivent pas quoi.

Interviewer : Dans ces consultations, est-ce que vous avez un peu le sentiment des fois que ça va à sens unique, c'est-à-dire que vous donnez des consignes, ou des éléments de conseil, ou de traitement...

Docteur C : Alors, alors moi j'attends la réponse... Je demande la réponse. Je questionne, si je sens que c'est pas traduit, je pose la question, et j'attends euh... J'attends que l'autre personne réponde quoi.

Interviewer : Par rapport à d'autres personnes qui n'ont pas d'obstacle de langue, est-ce que vous avez l'impression que les patients du fait de l'obstacle de langue, posent moins de questions ?

Docteur C : Pas plus ni moins.

Interviewer : Pas plus ni moins. La consultation dure plus ou moins longtemps ?

Docteur C : Euh, ben, à la limite, c'est moi qui décide euh...

Interviewer : D'une manière générale, ça prend plus de temps, ou au contraire, c'est plus directif ?

Docteur C : C'est plus directif oui. Parce que j'veux que ça dure le même temps quoi. J'ai déjà fait le... Alors à l'inverse, j'ai déjà fait le... Donc euh, ... J'ai déjà fait par téléphone si vous voulez, euh, l'interprétariat par téléphone. Donc là moi, je l'ai pas fait pour des gens du Maghreb, mais par exemple, pour tout ce qui est la Yougoslavie, l'ex-Yougoslavie, ça je préfère. Donc là, j'ai un correspondant, donc euh... je planifie les consultations. Et là il fait... On met les haut-parleurs.

Interviewer : Est-ce que vous avez ici pour chaque communauté une personne référente qui ferait éventuellement partie d'une association ?

Docteur C : Alors ça juste, j'ai pour les Turcs... Euh... J'ai un ou deux gros malades, qui ont problèmes cardiaques et problèmes de reins, euh... Si ça va pas, ils expliquent quoi. Je les appelle... Enfin, ils sont tellement habitués qu'ils savent... Ils savent expliquer la maladie... Et puis ils expliquent l'un l'insuffisance cardiaque, l'autre la dialyse, l'insuffisance rénale, etc.

Interviewer : Ce ne sont pas des personnes qui ont une formation particulière ? Ce sont des personnes volontaires ?

Docteur C : Euh non, ce sont des malades. Enfin des malades qui sont là depuis longtemps, qui parlent les deux langues, et qui euh... Qui savent expliquer aux gens...

Interviewer : D'accord. Généralement, quand ça se passe par téléphone, y'a un anonymat...

Docteur C : Ah ils savent pas qui sait. J'appelle et puis euh ... Bon j'avais vous dire, y'en a un ou deux, ils se doutent, enfin pour l'insuffisance rénale, j'en ai deux, bon ils se doutent qui sait quoi.

Interviewer : Ah ils se connaissent ?

Docteur C : Oui, ils se connaissent quoi.

Interviewer : D'accord... Est-ce que vous avez des difficultés pour les patients diabétiques maghrébins, à faire respecter le suivi ? Euh Le bilan annuel ? Sachant que parfois, ils partent dans leur pays pour quelques mois, est-ce que vous arrivez à tenir...

Docteur C : Oui, alors ça, c'est euh... ouais ça, c'est euh... Globalement pour les... En, en, en clair, le euh... je tutoiais, par nature, je tutoie plutôt les gens. Et en fait euh, les diabétiques maghrébins, je les tutoie maintenant. Je dis « tu fais ça tu fais ça », et c'est, si vous voulez statistiquement, y'a une amélioration depuis que j'ai pris une certaine autorité directive, de planifier « tu fais ça, tu fais ci, tu fais ça ». Alors que quand je disais « vous ferez ça », même si je donnais les courriers, c'était pas fait.

Interviewer : Comment vous expliquez cela ?

Docteur C : Ben je pense c'est la perception du, du, enfin du «vous», du «tu», enfin... C'est, j pense que du, du fait que j'les tutoie, ils pensent que je suis plus impliqué, parce que entre eux, quand ils se parlent entre eux, ils se tutoient plus facilement, quand ils parlent français qu'ils utilisent « vous » quoi. Donc ils pensent que je suis plus impliqué dans leur vie personnelle en les tutoyant quoi. Et là, comme, si vous voulez, en fait souvent les gens ils disent pas Docteur ... (nom du médecin), ils disent Docteur ... (prénom du médecin). Bon donc euh... Quand ils m'appellent pas carrément par le prénom, mais si vous voulez, y'a des gens qui pensent... Si vous voulez, y'a des courriers, ils disent aux gens, « ben oui c'est le Docteur ... (prénom du médecin), et ça arrive chez le Docteur ... (prénom du médecin) à l'autre bout de la ville qui me les renvoie. Donc euh...Mais bon, depuis que j'ai le tutoiement, ça fait cinq-six ans que je tutoie. Je tutoie plus, pour être euh... Pour être autoritaire.

Interviewer : Vous fonctionnez en rendez-vous ? Sachant que les personnes ne savent pas toutes lire, et écrire...

Docteur C : Alors oui, alors maintenant ça fait cinq mois que je suis ici. Avant j'étais au centre en face là. Donc avant c'était, on ouvrait la porte, et les gens voyaient si y'avait de la place, maintenant je suis l'après-midi sur rendez-vous, et le matin sans rendez-vous. Les gens savent très bien faire, avec le téléphone portable, ils connaissent tous... Donc euh ils prennent les rendez-vous et puis voilà. Donc ça c'est pas problématique quoi...

Interviewer : D'accord.

Docteur C: Bon autrement euh... Non, le problème après, c'est la compréhension du régime. Donc nous, quand même on a quand même à ... (ville d'exercice du médecin interrogé), on a quand même Monsieur ... (Nom d'un médecin endocrinologue d'origine maghrébine) hein. Donc euh les ... Les récalcitrants, je les envoie, c'est, c'est un médecin tunisien, donc euh... (Ce médecin) vient aider quoi.

Interviewer : Si vous aviez la possibilité d'avoir accès à des interprètes arabes ou berbères sur rendez-vous ...

Docteur C : Non, moi je travaille uniquement par téléphone. Je pense pas...

Interviewer : Vous ne seriez pas pour une ...

Docteur C : Non, je pense que... Euh... Enfin je pense pas que, on doit... Soit effectivement bon on a des gens, où c'est un nouveau métier, bon c'est hein par ailleurs, je, je... Si vous voulez, moi, j'avais déjà proposé qu'on ait un certain nombre de gens, de ..., on avait même fait un programme, un projet... Politiquement à l'époque, on n'était pas dans le syndicat qui était en mesure d'accepter le test, donc ils ont pas financé. Donc moi, j'étais pour, si vous voulez, qu'on forme un certain nombre d'éducateurs. Enfin d'éducateurs thérapeutiques. Donc des gens qui ont une formation relativement polyvalente en santé, sur des problèmes-types de suivi de régime, de... d'explication de maladies, etc. Et comme donc, soit arabe, turc... Enfin... Afrique, quoi, et puis... Pays des Balkans... Et qu'on ait à disposition, et qu'on fasse des séances collectives quoi... Où on aborde un certain nombre de trucs, où les gens posent des questions quoi. Et en fait, l'idée c'est type « weight watchers® », mais

euh, carrément de séances où euh... Il y ait l'éducateur thérapeutique plus le médecin quoi. Et à ce moment-là, si l'éducateur sait pas, il interpelle le médecin... Que ... Parce que faire sur un coup, bon. Parce que soit les gens sont vraiment bénévoles, et ça dure qu'un temps. Parce que les gens au bout d'un certain temps, ils veulent être dédommagés, etc. Et on crée des structures qui sont pas vraiment pérennes. Soit on forme vraiment des gens à ça, qui sont capables bon si vous voulez... Parce que le besoin est quand même pas... énorme, quoi, enfin... Donc euh... Euh... Donc on forme, pour ensuite animer des réunions dans les quartiers. Enfin, moi, c'est ce qu'au début on avait travaillé dans les Maisons du Diabète, c'est ce que je pensais qu'on arriverait à faire quoi. Mais bon euh... en fait euh, ils avaient qu'une idée, c'était de remplir leurs services, donc euh... Si vous voulez, on n'est pas dans un échange de principes quoi... Donc, je, je sais pas ce qui se bricole, mais on n'est pas là quoi. Si vous voulez, je pense que si on avait dix séances collectives, dans un quartier comme le nôtre, donc ici y'a la ... (nom d'une maison associative de quartier maghrébine), à un moment, y'avait des réunions santé, etc. On planifierait sur une année, il y aurait dix séances sur le diabète, et, j'allais dire en arabe, dix en turc, et dix en machin et machin, ça suffirait pour une fois par an, pour... pour déjà re- euh, recalculer les grands principes de la maladie, et puis que les gens échangent quoi. En fait, la difficulté, c'est que les, y'a des gens qui tout d'un coup, bon, si vous voulez, ils ont leur écart, et ils disent « ah oui, je reconnais que j'ai fait des erreurs » et puis finalement... c'est comme en Médecine hein, groupes de pairs. On échange, euh, y'en a deux qui pratiquent comme ça, d'autres qui pratiquent comme ça, bon oui, peut-être que... donc c'est ça, le côté « weight watchers® », détourné, mais à mon avis c'est ça. Moi j'suis pas trop pour... Le... L'individuel quoi. Mais bon, l'individuel peut être résolu, si vous voulez, par une plate-forme d'interprétariat euh... Où on prend éventuellement, on sait que tel jour, telle heure, il faudra euh...

Interviewer : Toujours dans une structure organisée, prévue...

Docteur C : D'organisé, dans l'aigu, dans l'aigu, si vous voulez, de toute manière, les gens ils viennent... Ils viennent pas dans l'aigu. Enfin, si vous voulez, vous expliquez pas le diabète dans l'aigu, quoi. A la limite, si c'est vraiment un diabète important, le type deux requérant, ou le type 1, soit vous hospitalisez, soit vous commencez avec une infirmière. Y'a toujours une phase de temporisation où c'est un tiers qui gère, et qui commence euh... Dans certains diabètes requérants, l'infirmière fait quand même un peu euh... le médiateur quoi. Et puis, bon l'infirmière vient à la maison, elle voit ce que les gens mangent, « bon, faudra p'têtre dire au docteur que vous mangez beaucoup de gâteaux », bon... quand vous leur dites qu'ils mangent beaucoup trop de gâteaux... Bon on sait jamais... Et puis après... Bon ils reconnaissent, et puis etc.

Interviewer : Est-ce que les patients vous font part de leur vision de la maladie, c'est-à-dire leur interprétation d'un mauvais résultat d'hémoglobine glyquée ?

Docteur C : Ah ben c'est, c'est « j'ai beaucoup mangé la veille » ou « c'était le mariage de mon fils » euh... « j'ai beaucoup mangé la veille », enfin bon. Oui, ils arrivent toujours à dire pourquoi c'est mauvais quoi.

Interviewer : C'est toujours le facteur nutritionnel qui est mis en avant, ou il y a d'autres raisons avancées à un diabète déséquilibré ?

Docteur C : Non en fait, enfin bon, euh... Le côté euh, enfin moi je... Etant bon mangeur personnellement, bon je démasque assez facilement les grignoteurs etc. Donc euh, si vous voulez, je leur laisse pas trop de... Très vite, je... Je euh... Très vite, je euh... Je leur euh... D'abord, je leur fait facilement faire des enquêtes nutritionnelles. Oui, donc euh, souvent, je donne des enquêtes nutritionnelles sur une semaine quoi, hein, donc ils reviennent une semaine après. Donc en général, je sais quand même ce qu'ils mangent quoi.

Interviewer : Qui est-ce qui remplit généralement l'enquête alimentaire ?

Docteur C : Souvent c'est le patient... Ou les enfants hein...

Interviewer : D'accord.

Docteur C : Si vous voulez, alors proportionnellement, si vous voulez, avec l'expérience, c'est pas le diabète qui euh... Alors je vous dis le problème du... Du Ramadan, enfin j'trouve, moi, qui est... qui est... Si vous voulez, avec le temps, si vous êtes assez directif, ils sont assez compliants quand même, y'a quand même une... euh, j'veux dire, enfin si vous voulez, maintenant j'ai une majorité de gens euh... J'ai une majorité de gens qui sont euh... Euh... A moins de sept d'hémoglobine glyquée. Je crois que je suis à 82% quand même. Mais euh... Donc là j'veux dire, toutes cultures confondues. Donc une fois qu'ils sont bien cadrés, ça va. Et après, c'est bon, c'est la période du Ramadan, où là euh... Si vous voulez, le fait de... Vraiment de... De pas manger le matin, de tout reporter le soir, ça, en deux repas finalement très, très sucrés, finalement, déséquilibre, et... Et ils mettent longtemps à s'en remettre quoi.

Interviewer : Vous avez beaucoup de patients diabétiques qui font malgré tout le Ramadan ?

Docteur C : Quasiment tous. Alors déjà ça, expliquer qu'il faut qu'ils se lèvent tôt. Et en plus, on n'arrive pas à... Enfin... Alors, ça dépend des années hein, y'a des années qui sont un peu plus faciles, quand c'est en hiver... Quand c'est six heures, après à la limite, ils se lèvent. Mais si vous voulez, le problème, c'est qu'ils sont vraiment asynchrones quoi. C'est-à-dire que c'est vraiment tout le soir. Et puis euh... Et alors je crois que l'Algérien est plus têtu que le Marocain... Mais je crois, enfin, c'est aussi une question de culture, enfin, par rapport à ce qu'ils mangent. Disons que le Marocain, c'est un peu plus varié que les Algériens. Donc euh... A la limite, l'Algérien, qu'il y ait un seul repas, ça le dérange pas quoi... Le Tunisien, le Tunisien, ça dépend, en fait. Mais ils sont assez gourmands, ils aiment bien les gâteaux. J'peux vous dire aussi, c'est fonction des gâteaux qu'ils me ramènent aussi. Au mois de Ramadan, c'est le bon test hein. Quand ils amènent des gâteaux, s'ils sont bons, vous vous dites : « ça va être un désastre »... Parce que c'est ceux-là qui vous amènent des gâteaux hein, c'est pas les autres... (Sourires) Alors, on sait pas si c'est pour vous faire avaler la pilule, ou... Ouais alors c'est un peu... Moi je me suis un peu désinvesti maintenant de ça, et c'est pas... Hein, c'est, sociologiquement, c'est intéressant parce que ça veut dire que, quelque part, si on est... Parce que finalement, ils sont pas hyper, hyper pratiquants quand même. Mais bon on est dans une tradition inculquée, enfin... qui reproduisent sans savoir, sans savoir vraiment quelle est l'origine quoi. Quelle était la gestion du besoin quoi... Parce que moi j'ai aussi étudié pas mal le Carême en France. Je ne sais pas si c'était la même philosophie d'escroquerie, de pouvoir qu'en France. Mais enfin bon... Dans les années 1500, en Vendée, ils faisaient jusqu'à six Carêmes par an. Quand même. Hein, dans les plus noires années de disette. Les récoltes étaient pas bonnes. Y'avait un petit Carême en novembre, déjà. Y'avait Carême en janvier... C'était suivant si y'avait « à bouffer ou pas à bouffer, quoi. » Voilà, donc finalement, c'est des résidus de... On peut après philosopher sur le plan religieux... Donc euh... Voilà... Après ça euh... Alors paradoxalement, c'est que les labos euh... qui commercialisent tous des produits au Maghreb, tous euh, enfin tous les labos, tout ce qui est metformine®, diamicon® machin... est commercialisé au Maghreb. Où ils donnent des fiches. Ici quand on les veut, ils nous les donnent pas.

Interviewer : Des fiches diététiques ?

Docteur C : Oui, des fiches diététiques en arabe. Euh... Le gardasil®, pour vous dire, le gardasil®, ils ont fait des fiches euh... Ils les ont distribuées dans la région parce qu'ils en avaient assez qu'on boycotte le produit quoi. Donc ils ont fait une plaquette euh, support multilingue euh... Pour l'intérêt du gardasil®. Donc les labos pourraient fournir hein. Un laboratoire comme Servier au Maroc par exemple, en Algérie je sais pas, mais, ils ont en tout cas, même les gens peuvent téléphoner sur une plate-forme téléphonique. En Tunisie aussi, pour donner des conseils. Donc ils envoient des fiches. Et ici quand on veut les fiches en arabe euh, ils en donnent pas. Voilà... Donc, je vous dis, à mon point de vue, on est plus dans, dans... Enfin... Pour une meilleure, une amélioration des prises en charge, je suis plus pour les... D'une part dans certains cas, la possibilité d'avoir appel à une plate-forme de gens, enfin, des traducteurs quoi, mais si possible formés à la problématique de la santé. Et puis euh, d'autre part, des gens, des... des éducateurs euh... J'crois que si on avait rien que, pour la Maghreb, si on avait dans la région, quatre professionnels bien formés, j'veux dire en un an, euh, ben on ferait une ville, enfin, un quartier, on ferait cinquante, oui, cinquante groupes de populations plus ciblées euh... Parce que la problématique collective d'échanges d'expériences entre les gens est à mon avis importante. Enfin, s'échanger des recettes etc.... Parce que...

Interviewer : Le message diététique passerait mieux.

Docteur C : A mon avis oui ! Parce que bon, si vous voulez, si vous reprenez un peu l'histoire culturelle quoi, enfin j'veux dire euh, les oranges au Maroc, c'est 1920 quoi. Hein ? Le couscous tel qu'il est aujourd'hui, c'est, c'est 1930. C'est, c'est pas si vieux que ça. C'est comme le tiramisu en Italie, c'est 1950 quoi. Hein ? Nan mais j'veux dire la prévalence qui est forte c'est, c'est intéressant. La prévalence qui est forte, c'est quand même euh... l'évolution de l'alimentation. Finalement, les gens, ils bouffaient quoi... De la vieille biquette qu'ils faisaient cramer, quand ils n'en pouvaient plus, nan, j'veux dire, comme nous on bouffait les poules hein ! (Sourires) Hein, euh, ils mangeaient le méchoui dans le désert et puis des dattes et puis de la galette et puis basta hein ! Euh... Quelques fruits et puis c'est tout, le reste c'est du, c'est avec la colonisation française. Donc euh... Et donc la mutation, probablement que la mutation euh... génétique s'est pas faite aussi rapidement. Enfin chez nous elle a été plus longue quoi...

Interviewer : Vous remarquez chez vos patients maghrébins une tendance à la prise de poids plus importante ?

Docteur C : Ah ben oui, mais enfin, culturellement, les jeunes générations se, se veulent sveltes et en forme, mais euh... Les « mamas », si vous voulez le culte de la mère pléthorique est quand même bien ancré quoi hein... Or quand on voit les, les ... Bon je connais mieux le Maroc que l'Algérie, mais euh, quand on voit les

Berbères, les femmes berbères, etc. du Haut-Atlas, du Moyen-Atlas, elles sont pas grosses hein, elles ont pas... C'est euh... Plus on descend dans la cité, plus euh... Elles se...

Interviewer : Est-ce que vous remarquez un obstacle économique à l'accès aux soins ? Par exemple, pour la réalisation du fond d'œil, est-ce qu'il y a un obstacle économique à l'accès à l'ophtalmo ?

Docteur C : Non c'est plus un obstacle organisationnel ça... Euh bon, proportionnellement, moi je n'me plains pas parce que bon... Euh... Vu mes implications par ailleurs, quand je donne un courrier chez l'ophtalmo, les gens sont pris dans les quinze jours. Mais bon, pour tous les confrères, c'est pas pareil. Mais bon, beaucoup de confrères ne donnent pas de mots très... Moi quand j'envoie chez l'ophtalmo, y'a le résultat de la dernière prise de sang complète, le résultat du cardio, minimum, plus si y'a un autre problème, bon. Alors que... Sans donner d'infos... La dernière HbA1c... Ils sont peut-être moins serviables... C'est la réalité, je crois. Il faut pas demander à des confrères... Parce que moi, j'ai mis en place des groupes d'EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles NDR) justement chez les ophtalmos, sur le fond d'œil, et euh... Et c'est vrai que, ils ont reconnu euh... Parce que, y'avait des mecs qui voyaient pas l'intérêt d'une lettre à l'ophtalmo, qui voyaient pas l'intérêt de faire une évaluation des pratiques là-dessus. Et en fait bon, euh, par groupes de séances, ils ont constaté qu'ils faisaient le fond d'œil chez les diabétiques, sans connaître les HbA1c, quoi. Et ou le traitement, et machin. Donc je leur ai dit, à la limite, le truc, c'est d'envoyer des courriers à vos correspondants.

Interviewer : Du point de vue de la couverture sociale...

Docteur C : Nan, la couverture, alors, si vous voulez, y'a... Probablement, qu'il y a ici... Y'a euh... Bon alors les diabétiques sont quand même à 100%, on fait le tiers-payant euh... Même les spécialistes font le tiers-payant, donc euh... Donc c'est, c'est plus euh... Mais c'est vrai que bon, on a, on a de nouveau une poussée de gens qui sont au dessus des CMU, qui quittent la CMU (Couverture Maladie Universelle NDR), qui prennent pas toujours à temps une mutuelle... Et bon pour les gens à 100%, il faut, ils sont à 100% pour le diabète, c'est pas... Alors c'est vrai qu'à l'hôpital, on leur court pas après non plus quoi. Sauf ceux qui sont à ... (service de diabétologie)... euh... Voilà, mais bon, la vraie barrière financière, euh, non... Voilà.

Interviewer : Je vous remercie.

d) Entretien avec Docteur D

Interviewer : Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de vos patients diabétiques d'origine étrangère, en particulier ceux qui sont issus du Maghreb ?

Docteur D : Alors, euh ... J'aurais tendance à répondre en deux niveaux de lecture. Spontanément, j'dirais aucune... Ceci étant dit, c'est vrai que cette réponse : aucune, c'est après euh ... toutes sortes d'arrangements... Alors, en l'occurrence, des patients d'origine maghrébine qui parlent pas français au point de ne pas permettre la communication, c'est très rare. Euh... ensuite, quand il y a des patients qui ne parlent pas français au point de ne pas pouvoir communiquer, ils sont souvent accompagnés d'un interprète... Que ce soit un membre de la famille ou que ce soit un ami, un proche, une connaissance, il y a toujours un interprète, et ... à ce moment là, la difficulté euh ... qu'il pourrait y avoir ce serait vraiment, si on entre dans la finesse, de savoir qui interprète... à savoir que pour interpréter des problématiques d'un homme ou d'une femme de quarante ans, quand on a sept ans... ben on interprète pas d'la même manière, on traduit pas non plus la même chose. Sans compter que, si l'interprète a sept ans, que c'est le petit fils ou la fille, euh ... que euh ... comment dire, l'arrivée en France est récente, ils vont évoluer dans des représentations culturelles qui sont ceux de la campagne profonde d'Afrique du Nord, et ils vont être limités par ... de la bienséance, une étiquette complètement différente, donc y'a des choses qu'ils n'oseront pas dire. C'est pas pareil si l'interprète a sept ans et que, il évolue dans un milieu qui est peut-être d'origine maghrébine mais c'est l'arrière arrière, arrière grand-père qui est arrivé en France en 1800 et quelque, et euh tout le monde est très bien acclimaté euh aux représentations européennes et que dans ce contexte-là euh ... bon on a récemment accueilli quelqu'un qui venait euh ... qui venait du bled euh ... on va se comporter comme n'importe quel français, mais lui il est du bled on va dire, donc là, l'interprétariat sera pas le même. La limite sera pas des représentations culturelles différentes, ce sera que ben j'ai sept ans pi y'a des choses qui arrivent aux alentours de quarante ans que j'arrive pas à imaginer ou que je me représente pas, voilà ... euh ... si y'avait une limite, ça serait ça, voilà une limite de ... prendre un interprète de même âge et d'à peu près même culture qui puisse vraiment ... percevoir toutes sortes de nuances, euh ... et ... proposer une traduction qui soit appropriée, voilà ...

Interviewer : Oui, vous soulevez le problème d'un interprète qui serait un jeune enfant et qui n'aurait pas la maturité pour euh ...

Docteur D : Oui, euh parce que ça par contre c'est courant, par exemple, alors euh je vais prendre un exemple qui n'est pas un exemple maghrébin, qui est un exemple kosovar euh ... Je suis une « laaarge » famille d'origine kosovar et d'ethnie rom ... euh ... qui sont des musulmans et les interprètes, ben ... j'ai le choix entre euh ... cinq ans, sept ans, douze ans ... j'ai aussi dix-neuf ans mais c'est comme si y'en avait treize... euh et puis de temps en temps effectivement, euh, je vais avoir un interprète de trente ans, pour euh ... un homme ou une femme d'une cinquantaine soixantaine d'années... voilà. Mais c'est très souvent, très souvent c'est les petits enfants qui accompagnent la grand-mère, par exemple...

Interviewer : Est-ce que vous avez le cas de personnes qui sont des référents dans la communauté, un interprète référent ?

Docteur D : Référent, le mot est fort, le cas d'un interprète qui, par la force des choses est le seul qu'on ait sous la main oui... euh... pour cette famille euh ... pour cette famille rom, c'est souvent la belle-fille ... parce que euh passez moi l'expression enchaînée à ses cinq enfants, ben ma foi quand son mari part euh ... en Italie euh ... en Allemagne ou ailleurs euh ... parce qu'il y a des communautés un peu dans tous les coins ... euh, les liens claniques sont extrêmement forts euh ... quand il y a quelqu'un de la famille euh, un vague cousin, qu'il y a un problème, on fait deux-milles kilomètres pour aller l'aider, le rejoindre. Donc ben elle avec ses quatre enfants, elle arrive derrière, c'est souvent elle qui va accompagner les grands-parents... J'prends cette famille-là parce que euh c'est, c'est là où la barrière linguistique est la plus présente... Y'a aussi, on a aussi des patients qui sont turcs, ou euh ... on va avoir, alors, euh ... chez les Turcs, c'est particulier, euh, soit la personne vient elle-même... et puis on se débrouille comme on peut (sourires) ... soit ils sont accompagnés ... alors souvent, c'est quand même un adulte, souvent c'est quand même un adulte. Quant aux patients qu'on a d'origine maghrébine, euh ... ben alors là c'est surtout des patientèles de mon associée, la plupart parle français, et puis euh ... sinon euh ... alors les femmes qui vont passer par l'intermédiaire d'interprètes, par exemple une femme d'une cinquantaine d'années qui est systématiquement accompagnée par sa fille de vingt ans, et qui est en école d'ingénieur, donc là, y'a aucun (avec insistance) problème de traduction ... Euh ... ou alors, on a le ... le cas de figure d'une femme qui passez moi l'expression « disparaît sous les rideaux » ... et c'est monsieur qui parle ... Mais ... rien ne dit ... que madame ne parle pas français ... ça c'est plutôt chez mon associée ...

Interviewer : Est-ce que vous avez déjà eu recours à un interprète issu d'une association ? Ou bien par téléphone ?

Docteur D : Pas ici ... J'dirais quelque part que l'interprétariat professionnel par téléphone, c'est une pratique qui apparaît plus courante en institution euh... qu'en médecine de ville, en libéral...

Interviewer : ça vous paraît difficile à mettre en place ?

Docteur D : Bien sûr...

Interviewer : C'est cher ?

Docteur D : Et c'est cher, c'est clair et net. L'interprétariat j'en ai l'habitude parce que je suis praticien hospitalier à l'unité médico-sociale où on s'en sert très régulièrement euh ... si, y'a quand même une certaine facture à la fin du mois... Et enfin, ces problèmes de barrière linguistique euh ... simplement la barrière linguistique, les différences de représentation culturelle, c'est à l'épreuve du temps, à force... petit à petit, on parvient à ... construire un espace de parole où on va s'entendre ... euh ... mais simplement sur la barrière linguistique, y'a pas besoin d'interprétariat professionnel, on peut s'arranger simplement au sein de la communauté pour faire l'interprétariat...

Interviewer : Vous pensez qu'un interprète formé, dédié au suivi des patients, c'est pas indispensable ?

Docteur D : En pratique courante, ça me paraît pas indispensable, non ... euh ... le cas très particulier où j'imaginerais un interprète professionnel pour aider à la conduite d'entretien, c'est dans les entretiens à contenu fortement psychoaffectif, avec une résonance psychiatrique... Mais en dehors de ces cas très particuliers, exemple, syndrome post-traumatique dans un contexte de guerre ou dans un contexte de torture, ou des choses comme ça ... mais euh sinon, en prise en charge globale d'un individu où y'a pas de vécu euh ... de vécu traumatique particulier... là à l'heure actuelle j'en vois pas l'intérêt...

Interviewer : D'accord. Pour ce qui est des patients diabétiques qui ont une barrière linguistique, est ce que vous arrivez à faire respecter un calendrier du suivi de la maladie ?

Docteur D : Si on prend le cas plus particulier du diabète, l'obstacle, j'dirais qu'il est pas tant linguistique que culturel... alors déjà, de façon naturelle le diabète c'est une maladie qui est difficilement euh... appréhendable

par une personne qui s'arrête à ce qu'elle ressent. C'est-à-dire que si j'attends de ressentir des trucs pour prendre conscience que mon diabète existe, eh ben je vais attendre les complications ...

Interviewer : Est-ce que par rapport à des patients qui peuvent avoir une représentation différente de l'origine de leur maladie et des conséquences de la maladie ...

Docteur D : Là, là, là, il va y avoir une difficulté. Il va y avoir une difficulté. Mais la difficulté, elle est plus une difficulté de ... représentation qui existe également même si on a à faire avec des gens qui sont parfaitement francophones et qui n'ont jamais entendu parler du diabète...

Interviewer : Est-ce que vous discutez de ...

Docteur D : Alors oui ... la barrière linguistique elle, elle va s'ajouter et compléter les choses, mais euh ... j'aurais qu'il y a le problème euh ... le gros du problème ...

Interviewer : Alors pour vous, c'est quoi le gros du problème pour un patient diabétique ...

Docteur D : Eh ben c'est d'arriver à comprendre ce que c'est que le diabète, ne serait-ce que ça... ne s'rait-ce que ça ... C'est-à-dire d'arriver à comprendre que, quand bien même je m'sens bien, qu'il y a quand même un problème... que quand bien même je m'sens bien, il va quand même falloir que je m'astreigne à un traitement « chiant », et long. Et que ce sera tout le temps comme ça. Bon gré, mal gré. C'est euh ... euh ... de comprendre que, même si j'ai, j'me sens bien, va quand même falloir que j'me torture les doigts, euh ... que j'aille passer des visites à droite et à gauche, selon ah ... un calendrier bien déterminé. Et ... euh ... que ça... ce ben ... déjà c'est pas facile d'admettre autant d'inconvénients et autant de contraintes quand on ... quand j'ferme les yeux, et quand j'bouche les oreilles ben tout va bien ... euh, ça se ressent pas... ça se ressent pas. Ensuite, euh, tout ce qui est résultats d'examen sanguins, c'est très abstrait c'genre de choses là, j'ai affaire à quelqu'un qui euh ... comment dirais-je euh a euh une éducation qui lui permet rapidement d'appréhender que il puisse y avoir euh ... une anomalie euh objective, avec des conséquences ultérieures simplement parce que j'ai un résultat sur du papier ... ça va déjà être plus simple. Mais si j'ai à faire à quelqu'un qui euh n'a pas eu accès à cette éducation-là, et euh ... comment dirais-je euh ... il aura encore plus de mal à imaginer que simplement parce que on a fait une prise de sang et que on a un résultat sur du papier... il va quand même falloir complètement changer sa vie pour euh soigner une maladie qui pour lui est imaginaire... parce qu'il la ressent pas... j pense que la grosse difficulté du diabète, c'est ... par exemple, y'a d'autres maladies qui correspondent aux mêmes caractéristiques ou ça sera le même problème, c'est ça... et pour réussir à faire avaler cette pilule-là, quand par-dessus le marché y'a des représentations culturelles différentes et des barrières linguistiques, c'est encore plus difficile, mais euh ... comment dirais-je, pi euh ... le ... si par-dessus le marché l'interprète a sept ans ...

Interviewer : D'accord, donc dans ce cadre de suivi de maladie chronique, est ce que vous pensez qu'un interprète qui serait formé et qui s'inscrirait dans le suivi, dans des consultations dédiées à l'éducation, est-ce que d'après vous ça permettrait d'améliorer la compréhension des explications du médecin ?

Docteur D : Je serais même encore plus précis, c'est-à-dire que dans ce cas très particulier... parce que c'est déjà très spécifique... en l'absence d'adultes euh ... du voisinage, ou de la famille ou de proximité, ... qui seraient capables et ben de participer aux explications. Si j'ai pas de... si j'ai pas ça sous la main, oui, c'est un bien. Alors maintenant l'inconvénient c'est que euh cette démarche là on l'imagine mieux au sein d'un réseau que comme ça à l'initiative d'un médecin qui se dit « tiens pour suivre mes diabétiques, euh comment dirais-je euh ... ne parlant pas français et ayant des représentations culturelles complètement différentes euh ... je vais souscrire un abonnement à l'interprétariat » ... ça, ça risque de lui revenir très, très cher et euh ... en plus de ça, l'autre obstacle, que je vois, c'est que, en France, un généraliste qui euh qui rêve comme ça ... Il se distingue par le fait qu'il prend une distance pour réfléchir à ce qu'il fait ... Alors vous allez me trouver méchant, mais euh cet espace de prise de distance et de réflexion pour essayer de ... modéliser une prise en charge en premier recours... en France, c'est pas à la mode hein ... loin de là ... euh la mode c'est de multiplier les actes avec la tête dans le guidon, et puis, comment dirais-je de ... commencer à pédaler à sept heures du matin, et d'arrêter de pédaler à vingt-deux heures le soir. J'exagère. Et puis ensuite euh, on dort et on recommence... Et puis quand on entend parler les pouvoirs publics, c'est très bien comme ça (sourires)... donc euh ...

Interviewer : Il ya un terme important c'est réseau... essayer d'organiser un réseau d'interprétariat et que le médecin généraliste puisse avoir accès à un réseau d'interprètes pour la prise en charge de ses patients, ce serait idéal non ?

Docteur D : Alors pourquoi pas ... Malgré tout, ça reste très, très, très spécifique. C'est-à-dire que non seulement c'est un gars qui est diabétique, mais en plus il a des représentations culturelles qui font obstacle, plus un problème de barrière linguistique, euh ... Et puis par-dessus le marché, y'a vraiment personne dans son

entourage qui puisse m'aider... ça ... restreint l'ensemble d'étude, donc je dirais que le réseau il va falloir cinq-cents personnes dedans pour pouvoir recruter suffisamment de gens euh ... de façon à rendre la chose, euh ... praticable ...

Interviewer : C'est tout le problème, puisqu'il n'y pas de formation officielle reconnue ...

Docteur D : Ben non puisque y'a pas non plus de Médecine Générale alors euh ... (Sourire)

Interviewer : Ben c'est pessimiste (Sourire)

Docteur D : Non, non, mais pas du tout. Ça se fait, ça se fait. Euh ... mais si on veut aller jusqu'au bout, là, là on pose une problématique qui est déjà une spécialité dans la première ligne ... Il faudrait ce que je veux dire par là c'est que la spécialité, de première ligne, soit prise en considération. Mais oui. Dans ce cas très particulier absolument. S'il pouvait exister un réseau euh... qui euh propose ce genre de services et qui soit suffisamment large, ça dépannerait, certainement. Ceci étant dit euh j'ai tendance à penser que, quelque part euh, plutôt que de faire un réseau spécifiquement là-dessus, est-ce qu'on aurait pas tendance, est-ce qu'on aurait pas plus intérêt à créer des réseaux, euh ... pour une prise en charge globale... de tout. Et que, au sein de ce réseau, il y ait des secteurs plus particuliers, donc là on est en train d'imaginer une Médecine Générale qui est déjà bien implantée, bien développée, et qui a pu proposer des choses de plus en plus précises et de plus en plus spécifiques...

Interviewer : Pour revenir aux difficultés de prise en charge des patients diabétiques avec une barrière linguistique, est-ce que vous avez en tête le déroulement d'une consultation avec un intervenant, où ça n'a pas été productif ?

Docteur D : Sur le diabète non, car je n'ai pas de patients diabétiques maghrébins qui ne parlent pas français euh ... maintenant euh ... d'autres exemples ... en fait les problèmes de prise en charge globale et au long cours, ils se sont plutôt posés sur un problème de, de ... oui c'est ça, culturel et de compliance. A savoir que... euh... qu'est-ce qui se passe euh... on a des plaintes qui sont récurrentes dans un contexte d'anxiété, de déracinement, avec des somatisations très vraisemblables... euh... On prend des rendez-vous et ils viennent pas. Donc quand on prend des rendez-vous une fois, deux fois, trois fois, chez les rares spécialistes conventionnés en secteur I euh... et que les gens viennent pas, ils finissent par en avoir marre... et euh ... si on a pu accès à ces gens là, du fait d'un problème de respect des rendez-vous... qu'est ce qui reste ? Le problème était plutôt là ... C'est un problème d'intégrer le fait que j'ai pris rendez-vous, il faut que j'y aille, et si j'y vais pas il faut que je téléphone. En sachant que pourquoi est-ce que j'ai pas téléphoné par exemple, ben déjà parce que j'ai oublié, et c'est pas du tout dans ma mentalité de me souvenir de faire quelque chose plus tard. C'est tout de suite maintenant, parce que maintenant ça paraît pertinent. Et deuxièmement, c'est que quand bien même j'm'en suis rappelé, c'est pas la peine que j'appelle, moi je parle pas français, et puis la personne qui pourrait le faire, elle est pas là. Donc des problèmes de ce genre là qui viennent faire capoter une prise en charge, ou la différer ou la compliquer grandement, oui ... Mais euh ... comment dirais-je ... des problèmes plus d'obstacle de communication, et de réussir à faire comprendre quelque chose euh ... si, faire comprendre qu'il faut appeler quand on peut pas aller à un rendez-vous, oui, mais c'est ... sinon, concernant la représentation de la maladie elle-même là, j'ai pas eu l'occasion d'arriver jusque là parce que les pré-requis n'étaient déjà pas remplis... Voilà ...

Interviewer : Donc c'est difficile ...

Docteur D : Oui, le problème aussi c'est que ... un interprète professionnel qu'est-ce qu'il pourrait faire de plus ? ... ben l'avantage effectivement, il pourrait être là. Déjà. Ceci étant dit, j' imagine très bien qu'on prend rendez-vous avec l'interprète, il est présent et puis le patient ben non (sourires), vous voyez donc euh c'est euh ... la simple, euh le simple problème de, être présent à un rendez-vous, ça au bout de deux ans, ça maintenant c'est réussi, c'est à peu près résolu, ici c'est à peu près résolu, parce que ils savent que quelque part même si ils viennent une heure après, on peut, on voit et puis on s'arrange... Mais euh le problème euh chez les collègues, euh, spécialistes euh, d'organe et autres ou euh, c'est l'heure, c'est plus l'heure, c'est pas l'heure, ou il y a un fonctionnement plus carré, là c'est pas résolu, et à mon avis ça le sera probablement jamais...

Interviewer : Est-ce que vous avez des patients qui vous font part de leurs représentations de leur maladie ?

Docteur D : Alors, j'ai tendance à dire que ça, c'est plutôt implicite... euh ça se fait au long cours, au fur et à mesure qu'on les voit, qu'ils présentent, qu'on met le doigt sur certaines choses, etc. euh ... parce que, comment dirais-je, en parler comme ça, a priori, je pense que c'est complètement inefficace... Le message il passe quand l'individu euh ... quand ça lui est pertinent. Et pour que ça lui est pertinent, je pense que c'est même plus que je pense, c'est démontré, c'est vraiment dans l'action que, on va trouver une accroche et en profiter pour développer un certain nombre de choses... donc là, petit à petit, touche par touche, on va effectivement voir les représentations subjectives se développer...

Interviewer : Au moment de l'annonce du diagnostic, les patients ont des questions ? Ont des sentiments dont ils vous font part ?

Docteur D : Euh ... ça reste du domaine des généralités. Ça reste du domaine des généralités, et des commentaires, c'est-à-dire que c'est des mots-symboles euh ... des représentations vraiment profondes, qui font que ça va influencer sur le traitement et sur le comportement, ça pour moi, c'est pas dès l'annonce du diagnostic...

Interviewer : Et au long cours ?

Docteur D : Alors au long cours, ça se devine.

Interviewer : Les patients échangent-ils leur vision des choses avec vous ou l'information est dans un seul sens ?

Docteur D : Dans le contexte de barrière linguistique non, c'est vraiment petit à petit, touche par touche que l'on devine quelque chose, et on finit soi-même par poser la question précisément, euh ... dans le contexte de pas de barrière linguistique euh oui régulièrement. Mais pas dans le contexte où la personne parle pas français... Elle va euh, ben déjà réussir à se faire comprendre, ça lui paraît une montagne, donc souvent elle ne le fait pas euh ... ensuite, derrière le fait de ne pas réussir à parler français, euh ... il se pose aussi le fait de réussir à verbaliser quelque chose y compris dans sa propre langue ... euh, je pense que dans les maladies comme le diabète, où c'est quand même assez complexe, euh le patient qui se représente de manière abstraite bien le diabète et dans sa langue, euh on les voit pas tous les jours. Donc euh ... c'est plutôt touche par touche euh ... au fur et à mesure et au long cours parce que on a remarqué un petit détail et qu'on a pris la peine de mettre le doigt dessus... Plutôt comme ça ... Donc j'suis désolé je sors du cadre mais ...

Interviewer : Non, non ce que vous avez dit est tout à fait intéressant

Docteur D : Voilà...

Interviewer : Bien je vous remercie.

Docteur D : Je vous en prie, je vous en prie.

e) Entretien avec Docteur E

Interviewer : Quelles difficultés rencontrez vous dans la prise en charge de vos patients diabétiques de type 2 d'origine étrangère, en particulier ceux issus du Maghreb ?

Docteur E : Il peut y avoir des barrières de langage effectivement qui vont compliquer les choses, parce que le diabète, ça demande beaucoup d'explications, beaucoup de dialogue... Et donc voilà, c'est essentiellement ça je crois.

Interviewer : Principalement la barrière linguistique ?

Docteur E : Oui, oui. Si je reprends Dans mes patients ... Monsieur X c'est un peu particulier, lui c'est autre chose... là y'a pas de problème linguistique. Monsieur Y, y'a quand même beaucoup de difficultés de compréhension. Pour ce patient, c'est pas trop un problème de langage ... Je veux dire ...

Interviewer : Au niveau des représentations de la maladie, est-ce que vous discutez de la façon dont le patient perçoit sa maladie, à quoi elle est due, et comment la traiter ?

Docteur E : Oui ...

Interviewer : Du point de vue du patient, est-ce que vous en discutez ?

Docteur E : Lui, du point de vue du diabète, il a bien compris, enfin, qu'est-ce que c'est, enfin, l'élévation de la glycémie... les conséquences. Je pense qu'il les a bien compris... Euh, les difficultés, elles viennent plus, je dirais, du côté organisation des soins, dans la mesure où, par exemple, il ne tolère pas que l'infirmière soit en retard pour faire sa piqûre d'insuline, euh... Voilà c'est plutôt des choses comme ça. Mais sinon euh... d'un autre côté sur son régime, euh, ... d'un côté enfin il le suit pas bien, mais je le sais pas par lui ça. Je le sais par sa famille, par son frère, par exemple, et euh lui-même il va dire qu'il suit scrupuleusement le régime, qu'il mange pas trop, mais en fait son frère me dit que pas du tout, en fait, il Il mange énormément, ce qui se vérifie parce qu'il prend du poids, et voilà. Donc là y'a un problème de compréhension, mais c'est pas trop lié à la langue, lui,

il a pas trop de problème de langue. En français, on se comprend. Par contre, il est anxieux, mais là c'est plus lié à ses antécédents familiaux. Son père est mort, il était là, enfin, il a fait un OAP, il est mort quelques jours après et là il était là, donc il a très peur de ça. Alors au niveau des représentations, il a, il a des représentations qui sont très perturbées, parce qu'en fait il se plaint ben en fait d'avoir un gros ventre, des choses comme ça, et il pense que c'est dû à sa maladie, mais il ne fait pas un rapport avec son alimentation.

Interviewer : D'accord.

Docteur E : ça c'est difficile, il pense qu'il a une hernie, qu'il a quelque chose, une tumeur, mais pas qu'il mange trop. Donc là, y'a une difficulté... pas spécialement liée au fait qu'il est d'origine maghrébine, je pense pas.

Interviewer : Plus liée à des représentations propres des causes et des conséquences ?

Docteur E : Oui.

Interviewer : De sa maladie ?

Docteur E : Oui, oui.

Interviewer : Et pour le cas des patients qui parlent peu la langue, et qui, ... pour lesquels y'a éventuellement recours à un interprète, alors soit qui est issu de la communauté, soit de la famille, est-ce que vous avez ces cas ?

Docteur E : Alors, effectivement, si je reprends madame X, elle, elle parle peu la langue, en fait, elle la parle, mais elle n'aime pas la parler. Visiblement, elle n'aime pas parler français mais elle est capable et elle comprend... euh... mais elle, elle a vraiment, un ... je dirais un ... une représentation liée au fait que, c'est vrai que, pour elle, ce qui est en France c'est mauvais, enfin moi je l'ai pris comme ça en tout cas. Là bas, elle est bien, et en fait quand elle vient en France, ça ne vas pas.

Interviewer : D'accord.

Docteur E : Donc elle est bien au pays, et elle y reste assez longtemps ailleurs euh, ce qui vient de la France; c'est mauvais. Elle pense que c'est du fait qu'elle est venue en France qu'elle a attrapé sa maladie.

Interviewer : D'accord.

Docteur E : Et euh, et elle est assez rejetante par rapport aux traitements. Donc euh systématiquement quand on lui propose des traitements, elle va les refuser, ou alors elle les accepte quelques jours, elle va les prendre, puis elle va dénoncer un effet secondaire, et qui n'a pas de rapport en fait, qui n'a strictement rien à voir, mais pour elle ce sera l'effet secondaire du médicament. J'ai l'impression que c'est ça, c'est lié à la représentation du fait que ce qui vient d'ici, c'est, n'est pas bon pour elle.

Interviewer : Et du point de vue de l'organisation pour la prise des rendez-vous, le suivi, est-ce que le fait d'avoir une compréhension limitée ou de ne pas savoir lire ni écrire pose des difficultés pour organiser un suivi ?

Docteur E : Alors, monsieur W, lui viendra n'importe quand, mais c'est plus parce que ... Il a décidé que lui, étant donné qu'il a des maladies graves, dont il est conscient, et qui lui font vraiment peur d'ailleurs, parce qu'il a une insuffisance rénale, euh, un diabète, et puis il a eu des problèmes cardiaques, il a dû avoir une pile, donc euh... lui, il pense qu'il doit passer devant tout le monde et venir n'importe quand, et qu'il a droit à une protection totale, hein donc, euh, du fait qu'il est gravement malade.

Interviewer : Pour vous, vous avez une adaptation à cette liberté d'horaires, vous vous adaptez pour y répondre au mieux ...

Docteur E : Ben quand il est là, euh, disons que si j'ai, si j'peux le prendre, je le prends.... Euh, sinon non, ça m'arrive de lui dire, euh « non je ne peux pas vous prendre maintenant » et donc voilà euh, mais un rendez vous c'est impossible.

Interviewer : D'accord.

Docteur E : Il peut pas se plier à un rendez vous. Madame U, c'est pareil, elle pourra pas se plier à un rendez vous. Monsieur Z; lui il vient jamais à domicile, euh ! Il m'appelle à domicile, il vient jamais ici. Bon, ça peut se comprendre, j'en parlais tout à l'heure avec l'infirmière parce que, euh Par exemple, il a que des sandales, il a pas de chaussures, donc pour venir ici par ce temps là, bon c'est délicat! madame T, elle, euh, non, elle

Elle a pas de problème de compréhension par exemple... euh elle, pour les rendez vous, bon elle vient à un rendez vous sans problème. Elle parle parfaitement français, donc y'a pas de soucis... Euh, voilà.

Interviewer : Sinon, quand vous avez une personne qui accompagne le patient ou la patiente, est-ce que c'est un plus pour vous d'avoir quelqu'un qui traduit?

Docteur E : Oui! Alors, je pense à madame S, elle vient toujours avec une amie qui parle mieux français qu'elle effectivement et qui est une bonne amie, donc ça, c'est vraiment précieux.... Parce que cette amie elle a aussi, elle est aussi diabétique, donc elle a la même maladie, et elle se soigne de façon très, très rigoureuse, elle suit très bien son traitement, son régime. Et ça marche bien. Donc pour elle, euh, c'est vraiment une aide importante effectivement. Bon pour elle, c'est peut être même plus un problème d'hypertension, bon elle a un diabète qui débute. C'est une hypertension qui est traitée très irrégulièrement aussi Et euh, donc son amie l'aide beaucoup je crois

Interviewer : Et au cours de la consultation, c'est un triangle assez équilibré qui s'installe ? Y'a pas de, euh, comme si vous vous sentiez exclus, quand il y a une discussion entre les deux ?

Docteur E : Non Non, non.

Interviewer : D'accord.

Docteur E : Non, je pense que toutes les deux, elles me font confiance et Ça se passe bien Bon ça se passe plutôt bien, sauf qu'effectivement elle vient de façon très, très erratique... Euh comme ça, euh jamais de rendez vous, bon y'a le fait qu'elle sait pas lire et écrire donc euh, c'est difficile de lui donner un rendez vous. Donc elle vient euh ... comme ça, boum, euh.... À n'importe qu'elle heure quoi. Les horaires euh ... La notion de plages horaires libres ou sur rendez vous, euh.... Ça pour elle, euh, ça n'a pas de sens, enfin, elle vient absolument n'importe quand...

Interviewer : D'accord... Et pour des patients qui n'ont pas recours à quelqu'un de la communauté ou de leur famille, est-ce que vous avez des cas où vous proposez l'intervention d'un interprète issu d'une association ?

Docteur E : Alors, ça m'est arrivé de le faire Bon, très rarement, je dois dire, vu le coût de l'interprétariat... euh....je l'ai fait plus à titre d'expérience euh..... Qu'autre chose.... Euh donc ça a bien fonctionné, ça a bien fonctionné.

Interviewer : Est-ce qu'il y a d'autres limites pour s'organiser avec un interprète ? Est-ce qu'il y a des réticences du patient par rapport à l'intervention d'un inconnu, même par téléphone?

Docteur E : Non, non Ça m'est arrivé aussi de faire appel à ... des personnes de la communauté que je connais pour servir d'interprète, et de leur demander d'interpréter pour des gens qu'ils ne connaissent pas. Et ça se fait par téléphone. Donc, euh, je les appelle et je leur demande, voilà, si ils acceptent d'interpréter pour une consultation tout de suite.... Ça peut fonctionner, ça a bien fonctionné quand je l'ai fait.

Interviewer : D'accord.

Docteur E : J'ai quelqu'un dans ce cas -là, qui n'est pas diabétique. Elle a eu un cancer de la thyroïde qui a été traité, et bon là, elle a un traitement de substitution-freination, mais bon y'a plus de problème..... Pour ce monsieur là, y'a pas de problème de compréhension. Le problème, c'est qu'il ne bouge plus et il est très handicapé par ça Et bon, ça ne s'arrange pas, mais bon euh Son épouse est diabétique aussi, mais elle, elle est bien équilibrée, elle comprend bien, elle suit correctement les choses, euh, et en fait elle s'occupe de son mari. Son mari est assez passif en fait, face à tout ça, il fait ce qu'on lui dit, voilà, sans plus... Euh...Alors, madame R par exemple, c'est une dame qui est diabétique aussi Et euh bon ben elle, effectivement elle parle pas français, ... Enfin du moins elle parle très peu.... Euh, ... Mais ce sont ses filles qui font le relais.

Interviewer : D'accord.

Docteur E : Et euh Surtout une de ses filles qui elle est parfaitement ... intégrée en France Euh je crois qu'elle est née en France et, elle est totalement francophone et intégrée, mais euh.... Je dirais que le La relation entre la mère et la fille, c'est un peu La fille est assez autoritaire avec sa mère sur ce qu'elle mange et les choses et La mère est plutôt dépressive, très passive.....

Interviewer : Donc.... Dans ce cas de figure là, la patiente n'est pas au centre de la consultation ?

Docteur E : Assez peu oui.....

Interviewer : C'est la fille qui ...

Docteur E : Qui manage ...

Interviewer : Qui mène

Docteur E : Qui comprend bien ... tout ça, mais effectivement, c'est pas la patiente qui est au centre...

Interviewer : Est-ce que ça a tendance à être toujours plus ou moins le cas le fait qu'il y a les enfants alphabétisés, et que les rôles s'inversent. Et que le patient ne soit plus au centre des décisions pour sa prise en charge et ne soit plus actif dans sa maladie?

Docteur E : Oui, ce qui ressort le plus, là on peut reprendre le cas de monsieur P par rapport à sa femme, ou bien cette dame là avec sa fille Ce qui me frappe le plus, en fait, c'est la passivité C'est son Comment dire? Elle est très en colère contre la France parce que, euh, son cancer de la thyroïde, elle pense qu'elle l'a attrapé ici, et que en plus, la France Ne lui indemnise pas en fait, comme elle espérait, euh Que finalement, elle aurait euh, je ne sais pas, euh, une pension ou quelque chose du fait qu'elle a attrapé une maladie ici, qu'on compenserait avec une pension... Bon ce qui n'est évidemment pas le cas Donc, c'est plus un problème un petit peu de compréhension et de représentation de sa maladie. Elle, c'est plus l'hypertension Elle Elle est juste sous metformine®.... Elle, c'est pas beaucoup suivi non plus, elle est souvent partie aussi ... elle part, soit dans le Pays Haut dans la famille, ou alors au Maroc, donc c'est vrai que le suivi est très irrégulier, très aléatoire. Et alors elle, les enjeux du traitement, euh Je pense qu'elle les comprend pas. Si son amie est là, ça va..... Euh Sinon, non... donc..... Euh Là..... Elle est très gentille, mais voilà quoi... on peut pas du tout En parler ...

Interviewer : Mais le fait de bien maîtriser la langue, ce n'est pas non plus une garantie de bonne adhésion au traitement?

Docteur E : Non. Non, non, à mon avis non.

Interviewer : Et d'après vous les obstacles, ils peuvent être liés à quoi d'autre?

Docteur E : Ben pour elle Quand je vois cette dame là par exemple.... Euh..... Elle vient le jour où elle a des symptômes par exemple pour son hypertension, elle vient quand elle a mal à la tête, mais euh Son traitement, quand elle vient, elle est toujours en panne de traitement depuis quinze jours quand elle vient.... Donc après, bon ben, moi, ce que j'essaie de faire pour éviter ça, c'est que je vais lui faire des ordonnances à renouveler pour trois mois.... Pour être sûr qu'elle ne va pas arriver avec euh Avec une interruption de traitement comme ça.....bon en fait, elle prend ses trois mois, puis elle attend encore quinze jours, un mois, avant de revenir. Quand elle a des maux de tête.... Parce que son hypertension est assez sévère ... (Soupirs)

Interviewer : D'accord.

Docteur E : Donc, voilà, le problème, elle l'attribue, ... Enfin Si, elle comprend que ses maux de tête sont dus à son hypertension, mais Elle le comprend Mais Ce qu'elle comprend pas, c'est les enjeux, peut-être, à long terme, du fait que C'est vrai, c'est pas seulement pour soulager ses maux de tête, mais c'est aussi pour préserver son cerveau ou ses reins Oui, ça c'est très difficile à expliquer. J'avoue que là, c'est une chose que j'ai pas pu expliquer....parce que là y'a l'obstacle de la langue, ... Et même, son amie étant là, euh.... C'est pas C'est pas évident Parce que bon ben, elle explique des choses de façon assez élémentaire, immédiate, mais les enjeux sur le long terme, enfin des choses comme ça C'est quand même pas trop possible...

Interviewer : Et en ce qui concerne la patiente, est-ce qu'elle va présenter, elle, sa vision des choses sur les causes de sa maladie, les enjeux... pour elle, et ... les conséquences. Est-ce qu'elle a une interprétation propre dont elle vous fait part ?

Docteur E : Oui... elle, elle pense que c'est ses enfants, parce que ... elle a trop de soucis avec ses petits enfants... elle est obligée de garder ses petits-enfants... elle doit aller chez son fils garder les petits ... et ... donc c'est à cause de ça qu'elle tombe malade, parce que... parce qu'elle trouve que c'est trop pénible pour elle... donc c'est ça qu'elle me dit... je pense à une autre dame comme ça... elle, son mari est parti et euh... ça... tout le monde est parti, les enfants sont partis et ... elle se retrouve toute seule... donc... elle, elle est surtout malheureuse parce que tout le monde la laisse tomber, en gros elle le sent comme ça euh ... ouais... souvent y'a des enjeux, je pense, euh, intrafamiliaux...

Interviewer : Et est-ce qu'il y a des patients pour lesquels vous, vous sentez bien qu'il y a deux conceptions, la vôtre et celles du patient qui doivent être dénouées, déliées pour mieux comprendre, mieux prendre en charge le patient, mais qu'il y a un obstacle de langue qui fait que c'est pas possible ?

Docteur E : Oui, ben si on prend l'exemple de cette dame-là qui pense que c'est à cause de ses enfants... euh... effectivement ça demanderait à être élaboré beaucoup plus... ça demanderait à ... des entretiens beaucoup plus longs en fait... parler de ses enfants... euh... je sais pas... comment ça se fait que toute la famille est partie en la laissant toute seule... des choses comme ça, euh... pourquoi elle a l'impression qu'on la surexploite en lui demandant de garder tout le temps les petits... ou bien, je ne sais pas, pourquoi ... cette idée que ce qui vient de la France est pas bon. Tout ça, ça demanderait un dialogue très poussé et ça c'est pas possible c'est vrai que le dialogue il est assez élémentaire...

Interviewer : C'est la limite peut-être de l'amie qui interprète, c'est-à-dire qu'il peut y avoir des tabous qui restent, entre elles ou entre le médecin et le patient, mais ... il n'y a pas de circulation de toutes les idées peut-être ?

Docteur E : Oui, c'est ça... la patiente va te dire, mettons, euh, mes enfants me fatiguent, ils me font mal à la tête, ils me donnent de la tension, bon, c'est tout, mais euh... ça s'arrête là quoi... enfin...

Interviewer : Et est-ce que l'amie qui joue le rôle d'interprète donne, euh, traduit directement les paroles ou est-ce qu'il y a une part de ... est-ce que vous avez l'impression qu'il y a une part de retranscription ?

Docteur E : C'est-ce qu'elle dit elle, oui, parce qu'elle parle un tout petit peu français... non, souvent, c'est les choses qu'ils disent eux-mêmes quand même.

Interviewer : D'accord.

Docteur E : Parce que qui n'parlent pas du tout français euh... c'est rare, souvent, y'a quand même un petit peu de français...et le dialogue, il est, enfin bon, très restreint quand même, très pauvre...très pauvre dans le vocabulaire... dans les idées qui peuvent être échangées...

Interviewer : Et le fait de perdre du sens de la conversation, dans la consultation, c'est lié plus à la limite de l'interprète qui va, qui est pas formé pour bien retranscrire toutes la dimension de ce que dit le patient ?

Docteur E : Oui, et puis l'interprète, quand c'est des amis, euh... je dirais que probablement, y'a peut être une pudeur aussi quand même hein ... je pense euh ... l'interprète ... enfin, elle peut pas jouer un rôle d'interprète vraiment neutre... euh ... l'interprète bien souvent, il se fait un peu l'allié du médecin, j'ai l'impression, euh ... c'est l'idée qu'ils s'en font, je sais pas en disant : « bon voilà, tu dois bien prendre ton traitement comme ci, comme ça . »... euh, mais, par exemple euh redire les paroles du patient de façon neutre euh, ça c'est difficile pour eux... il va avoir une tendance à intervenir peut être dans la conversation, en disant euh ... enfin intervenir en disant « ben oui, euh tu dois bien prendre ton traitement. » ou des choses comme ça.

Interviewer : La neutralité est pas, est jamais...

Docteur E : C'est jamais une vraie neutralité, oui, souvent l'interprète se met plutôt du côté du médecin...

Interviewer : Au détriment de ce que peut vouloir, avoir envie de dire le patient ?

Docteur E : Oui, ça fait que euh... enfin du côté du médecin entre guillemets, mais euh ... simplement avoir une vision très ... assez simple des choses, bon euh ... il faut prendre ses médicaments, et puis voilà quoi, c'est tout ...

Interviewer : D'accord.

Docteur E : Donc euh ... se faire l'interprète de ce que ressent le patient euh ... c'est difficile hein, moi je pense à madame X, c'est pareil, c'est son fils qui fait l'interprète ... et il me dit : « ben oui vous savez comment elle est, elle a un caractère comme ça. », mais c'est tout quoi, c'est ... c'est ... et puis lui il dit : « tu dois faire ci, tu dois faire ça. » puis elle, elle dit « non ! »... c'est pas plus que ça quoi... donc euh, on peut pas vraiment travailler dans un sens euh ... psychothérapeutique disons ... parce qu'à mon avis, c'est plus des obstacles psychologiques je dirais, bien souvent ...

Interviewer : Puis la mère va peut être se mettre des obstacles du fait que ses paroles vont être retranscrites par le fils aussi ?

Docteur E : Oui.

Interviewer : Des choses dont elle ne voudrait peut être pas parler devant son fils ?

Docteur E : oui bien euh... parce qu'elle va vouloir s'affirmer en disant ben : « c'est moi qui décide, c'est pas à toi de m'imposer quoi que ce soit ... »..... « Donc si moi j'ai décidé que ce médicament là euh, j'en veux pas, euh ... tu n'as rien à me dire c'est moi qui décide. » quoi ... « c'est comme ça. » plutôt. Enfin, je pense que dans le cas de madame X, c'est ça... c'est plutôt euh... Mais... alors, elle, c'est très net, elle me dit : « si, j'ai plein de douleurs, j'ai plein de trucs qui vont pas. » Elle a une neuropathie diabétique qui lui donne des douleurs... assez grave...et elle me dit « quand je suis là bas, j'ai plus mal nulle part, tout va bien. » alors euh... c'est vraiment miraculeux (soupirs et sourire)... euh donc c'est vraiment très fort chez elle ... bon ben... sa neuropathie doit bien continuer à exister quand même, j pense pas qu'elle s'évapore d'un seul coup, mais euh...c'est sa représentation et ... c'est tout puissant hein, donc euh ... moi ... j'y peux rien, c'est comme ça quoi !alors je lui dis « c'est comme ça, c'est comme ça quoi ! » ...

Interviewer : Et ...votre conception à vous, est-ce qu'elle l'accepte ? C'est-à-dire il y a des choses qu'elle fait elle pour améliorer sa maladie, mais les médicaments que vous allez donner vont aussi améliorer les choses, et est-ce que vous arrivez à faire cohabiter les deux solutions thérapeutiques ?

Docteur E : ... Non, par exemple, pour cette patiente là, je lui dis ben : « vous avez un diabète qui n'est pas traité. », je lui dis comme ça quand même... je lui dis « vous prenez un ou deux médicaments mais votre diabète n'est pas traité donc il continue à évoluer... mais c'est tout euh... ceci dit, je lui dis bon qu'elle a le droit de pas vouloir se traiter, que... c'est comme ça... mais c'est tout euh...je veux pas qu'elle ait l'idée qu'elle est soignée pour son diabète. ...Donc ma conception c'est celle là, c'est que son diabète n'est pas traité... (soupirs)... Sa conception à elle, c'est que, ben... quand elle est là bas, elle est pas malade... Et qu'en fait, quand elle a des problèmes, c'est lié aux médicaments qu'elle prend pour son diabète, mais pas autre chose... donc effectivement y'a deux conceptions qui sont ... qui sont pas conciliables. Si elle a des douleurs dans les membres inférieurs parce qu'elle a une neuropathie, elle dit que c'est lié aux médicaments qu'elle prend pour son diabète, moi je pense que c'est dû à son diabète. C'est pas conciliable... (soupirs) ... donc euh, voilà... (soupirs), ... c'est pas très satisfaisant, c'est vrai... mais... c'est comme ça....

Interviewer : Un interprète professionnel, est-ce qu'il arriverait à faire passer les messages de façon plus... à approfondir les points de vue de chacun pour faire évoluer la discussion ?

Docteur E : Certainement.

Interviewer : ça implique une formation.

Docteur E : Oui ... ça demanderait à l'interprète qu'il soit capable d'une grande neutralité... la famille ne peut pas le faire... je vois bien euh ... quand j'y réfléchis comme ça euh ... je me rends compte que la famille euh... souvent elle se place du côté du médecin en disant bon voilà euh « tu fais pas comme il faut. » euh... ou alors ... il essaie de protéger le malade, mais euh... comment dire ...

Interviewer : Avoir une neutralité bienveillante aussi ?

Docteur E : Oui.

Interviewer : Aussi bien vis-à-vis du médecin que du patient ?

Docteur E : Oui, il faudrait que l'interprète soit vraiment très, très neutre, hein, qu'il retranscrive vraiment euh ... mais ça demanderait une formation ça ... parce que c'est difficile ça ... très difficile...

Interviewer : Et du point de vue organisationnel aussi, enfin, il faut connaître les structures, il faut... il faut ... qu'elles existent ?

Docteur E : Oui ! Alors il existe une structure effectivement ici ... d'interprétariat professionnel... mais déjà l'interprète est pas présent, effectivement... bon ... au téléphone, bon, c'est bien, mais c'est vrai que par rapport à des problèmes comme ça ... à mon avis, euh... l'interprète peut servir que pour des choses très... très basiques, décrire les symptômes euh...répondre à quelques questions ... après du côté du médecin, expliquer les traitements ou euh, les examens qu'on fait. Ça reste très, très basique... par exemple... enfin, là où y'aurait besoin parce que là encore c'est souvent des obstacles psychologiques... et là où y'aurait besoin d'un travail vraiment euh psychologique euh ... et en même temps y'a des patients qui sont pas francophones et qui ont besoin d'une psychothérapie... là j'avoue, j'avoue que je ne sais pas quoi leur proposer...

Interviewer : Est-ce que les patients sont demandeurs ou est-ce qu'ils prennent l'initiative de chercher un interprète disponible ?

Docteur E : Non, je pense que non. Des fois, ils demandent si je ne connais pas des thérapeutes qui sont de leur langue. En fait, c'est ça qu'ils voudraient... mais bon ...

Interviewer : Et est-ce qu'ils vous signalent des réticences par rapport à quelque un qui viendrait faire l'interprète et qui serait issu d'une association ?

Docteur E : Ben j'ai jamais proposé, parce que je ... J'ai même pas entrevu que ce soit possible, ... puisque le seul service d'interprétariat que je connaisse, c'est soit l'interprétariat au niveau national, qui se situe à Paris et qui se fait par téléphone ou alors y'a une association ici ... à Woippy je crois ... ou alors à Strasbourg... mais bon euh ... demander à quelque un d'être présent physiquement pour euh ... des consultations régulières, là je, j'avoue que j'ai même pas envisagé cette possibilité parce que ...

Interviewer : Ce serait trop complexe ?

Docteur E : Une organisation trop complexe, et comme ça n'existe pas à ma connaissance, j'ai même pas proposé... donc euh ce serait effectivement ... si on avait des interprètes très bien formés pour avoir une neutralité suffisante... mais euh ça me paraît un objectif qui est bien lointain là ... (Sourire)

Interviewer : Y'a pas de professionnalisation des interprètes pour l'instant, y'a pas de formation reconnue et ça part d'initiatives disparates sur le territoire.

Docteur E : Oui, oui ... oui, donc... on peut pas trop proposer pour l'instant c'est clair... je pense à un autre monsieur... il a une connectivité enfin ... une maladie assez mystérieuse... et euh quelle en est la cause on ne sait pas et ... là, avec le patient, on ne peut que ... être assez basique sur le plan du dialogue... donc les maladies chroniques dont le mécanisme est inconnu... bon ben y'a un certain nombre de ... de sentiments, de ... qui demandent une attention, enfin, une écoute euh... particulière. Ça peut pas toujours être fait. C'est le cas du diabète évidemment, mais c'est aussi le cas d'autres maladies chroniques. Je pense à une autre patiente. C'est une patiente qui a de multiples problèmes chroniques, et là depuis quelques mois, elle a un diabète qui est apparu... ma stagiaire me fait remarquer que son diabète n'est pas soigné... en fait, dans son cas à elle, c'est un choix de la patiente de ne pas le soigner ... de toute façon, elle a déjà c'est vrai une liste de médicaments qui est grande comme ça parce qu'elle a plein de pathologies ... on a beau essayer, on peut rien enlever ... c'est vraiment indispensable et euh ... elle me dit très franchement : « écoutez, je sais que j'ai cette maladie, mais j'ai déjà tellement de choses que... tant pis, je laisse les choses comme ça . » et euh ... et elle ... elle est un peu dans la colère par rapport à ses maladies chroniques.. Elle aussi elle se dit euh ... bon c'est plus le fait que ... par rapport au travail ... elle a travaillé toute sa vie, et euh, c'est vrai que... elle a commencé à avoir ses maladies chroniques et notamment son problème cardiaque alors qu'elle travaillait encore... et elle, elle était dans le déni... c'est-à-dire que ... elle était capable d'aller travailler alors qu'elle était en sub-OAP... elle était vraiment hyper mal... mais elle voulait pas l'savoir... j'ai un monsieur qui est diabétique ... lui c'est un diabète qui est pas très bien équilibré, mais bon euh... l'enjeu semble pas très important pour lui... bon euh ... sa famille c'est l'essentiel pour lui, donc euh ... il a fait un très beau mariage pour son fils, c'était vraiment somptueux... euh bon ... voilà il a réussi à s'acheter une maison, voilà... pour lui, c'est ça qui compte... bon ben son diabète ça va coussi coussa mais ça l'empêche pas de dormir, c'est pas sa préoccupation quoi ... c'est pas lié, bon il a pas de problème de compréhension hein, ... c'est ... comme ça, bon lui effectivement il est marocain, j pense que sa culture elle est ... elle est importante dans cette histoire là... c'est quelqu'un ... c'est sa vie sociale qui prime quoi, par rapport à ses préoccupations personnelles de santé... ça me semble être un petit peu lié à ... à la culture maghrébine en tout cas ... l'idée que je m'en fais en tout cas ... (Sourire) bon je pense que ça pourrait être pareil pour les français bien sûr hein, mais ... il a une vision plus sociale qu'individuelle du problème ... donc son corps à lui , ben comment il est ça le dérange pas trop, c'est pas trop grave ... un autre monsieur ... lui ça va sur le plan du diabète euh ... il est bien équilibré, il fait bien attention, je pense qu'il comprend bien les enjeux. La difficulté qu'il a, lui, c'est que ... il est assez dépressif c'est lié au fait qu'il a pas de travail, il a plus de travail. Bon c'est un sénior qui a été mis en pré-retraite... et donc depuis ce temps là, il se sent inutile, il se demande ce qu'il fait en France.... Quand il était chez lui, c'était l'homme qui savait tout faire... polyvalent, très qualifié. Et puis là il se retrouve euh ... considéré comme désormais incapable de quoi que ce soit, donc euh, il le vit très mal... cette dame là elle a un cancer, elle est arménienne... Et alors euh, y'a un truc culturel très fort. Ils se soignent avec des plantes, alors ils vont sur internet trouver des remèdes à base de plantes et euh ... son cancer elle a décidé qu'elle le soignerait comme ça, alors évidemment euh ... les médecins (à l'hôpital, NDR) s'arrachent les cheveux. Ils disent qu'elle a un cancer très grave, et elle, elle a décidé tranquillement que c'était non Qu'elle continuerait à prendre ses plantes et ses vitamines et point final quoi ... assez curieusement son cancer n'évolue pas... Régulièrement, elle me demande de faire des mammographies pour voir ... et, ... on ne voit pas d'évolution Donc, euh ... c'est assez extraordinaire

Lui c'est un monsieur qui a une appétence phénoménale pour les médicaments et ... lui ... si on lui dit de prendre trois metformine® 500 mg, il va en prendre six comprimés ... enfin ... il faut qu'il double, qu'il triple la posologie ... éventuellement, il arrivera à se procurer d'autres antidiabétiques ... enfin ... il se retrouve avec des glycémies à zéro virgule cinq euh ... et c'est un cas lui, hein, très particulier... je sais pas si c'est lié à sa culture, ou à sa personnalité, enfin c'est quelqu'un qui a une personnalité dépendante dans tous les cas... alors il est Africain... Est-ce que ? ... je pense que ça peut avoir quelque chose avec sa culture effectivement où l'objet médicament a ... enfin y'a un aspect magique à cet objet là, c'est totalement irrationnel en tout cas.

Interviewer : Il n'y a pas le côté effets indésirables ?

Docteur E : Oui, y'a que des effets positifs... donc c'est des « gri-gri » j'ai envie de dire ... Enfin c'est un peu péjoratif quand même, mais je le vois comme ça.

Interviewer : Ce n'est pas rationnel.

Docteur E : Oui, oui ... voilà.

Interviewer : Merci.

f) Entretien avec Docteur F

Interviewer : Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de vos patients diabétiques d'origine étrangère, en particulier ceux qui sont issus du Maghreb ?

Docteur F : J'ai l'impression de pas rencontrer beaucoup plus de difficultés qu'avec d'autres. Autant avec certains, la prise en charge est facile. Et... Je m'souviens très bien d'un patient qui... qui est algérien, que... euh... dont j'ai dépisté un diabète y'a quatre ou cinq ans. Et quand j'ai commencé à lui dire qu'il était diabétique, il m'a dit : « T'inquiète pas Docteur, tu vas voir. J'vais m'mettre au régime. Et je vais équilibrer mon diabète, je veux pas d'médicaments. » Et... Il a tout à fait bien réussi depuis quatre ans, il est toujours euh... sans médicaments, avec une HbA1c correcte. Il a même éduqué, dans son foyer, plusieurs personnes, au niveau diététique. A côté de ça, bon y'en a qui n'suivent pas. Mais qu'ils soient étrangers ou pas étrangers, j'vois franchement pas beaucoup de différences.

Interviewer : Les patients qui ne maîtrisent pas ou peu la langue, est-ce qu'ils viennent accompagnés à la consultation ? Qui les accompagnent ?

Docteur F : Oui. Ils viennent accompagnés à la consultation. Des Maghrébins qui maîtrisent pas du tout la langue, j'en n'ai plus trop. Ils sont installés depuis longtemps. J'ai encore des femmes turques qui euh, qui viennent accompagnées et... et comment ça se passe euh... comme une consultation normale avec interprète, bon on utilise quelques mots qu'on comprend euh... que moi j'comprends euh, en arabe ou en turc, et que eux comprennent en français. Et puis pour le reste, on passe par l'interprète. Et puis quand il y a des choses importantes euh... des choses importantes, ou des questions importantes à expliquer, on passe systématiquement par l'interprète. Mais pendant l'examen, souvent, par exemple, euh, l'interprète est pas là et on discute avec euh... des mots plus simples, avec des gestes, ou des... des... Mais quand il y a des choses essentielles... On prend le temps de passer par l'interprète... De détailler phrase après phrase, de... de recouper les questions...ça se passe autrement comme euh, avec les autres, hein. Enfin. Pas différemment.

Interviewer : D'accord.

Docteur F : Avec cette différence-ci, quand même, que, que euh... euh, l'interrogatoire alimentaire, je suis obligée de le faire un peu plus poussé. Parce que, quand on me dit : « j'ai fait de la soupe », ça veut pas dire obligatoirement la même chose euh... quand on est Lorrain pure souche, que quand on est Algérien, ou Marocain, ou Turc. Les compositions d'un certain nombre de plats sont pas les mêmes, donc il faut rentrer dans les détails. Moi j'en n'ai pas de connaissance euh, personnelle quoi. Mais j'ai pas beaucoup plus de connaissance personnelle d'ailleurs de... de vermicelles euh (sourires) à la soupe aux choux... J pense que pour chaque personne, il faut rentrer dans les détails.

Interviewer : Est-ce que vous avez des patientes maghrébines de type 2 ?

Docteur F : Oui, bien sûr.

Interviewer : Est-ce qu'elles viennent seules à la consultation, est-ce qu'elles sont accompagnées ?

Docteur F : La plupart du temps, elles sont seules à la consultation. Je disais, les Maghrébins, c'est rare (avec insistance), sauf quand ce sont des gens qui viennent de... euh, rejoindre leur famille, euh... Mais la plupart du temps, ce sont des gens qui sont là depuis longtemps. Et donc qui ont un bagage linguistique euh... Qui leur permette de se débrouiller pour les choses de base. C'est pas sûr que, peut-être que... en fait pour les choses un peu fines, on aurait peut-être besoin, de, d'un interprète. Mais... dans les choses courantes, elles en n'éprouvent pas le besoin. On se comprend assez bien.

Interviewer : Dans la compréhension du régime et du traitement, est-ce qu'il y aurait des choses à améliorer pour ces patientes-là ?

Docteur F : Pas plus pour celles-là que pour d'autres. J'ai pas l'impression que ce soit le problème linguistique ou le problème culturel qui change quelque chose... J'ai... J'sais pas, je... Vous... Comment dire ? Le... La population dans laquelle j'travaille bon, c'est une p'tite ville. Bon, au niveau du niveau de vie, enfin... En tout cas, les patients de mon cabinet... C'est assez homogène quoi. Bon bien sûr, y'a des gens de niveau assez élevé, mais pas beaucoup quoi. (sourire). Le plus souvent, c'est des gens qui ont travaillé, qui ont été ouvriers, etc. C'est... C'est, c'est cette population-là, donc c'est, c'est, y'a... une certaine fusion des cultures, y'a une certaine euh... euh... J'ai pas l'impression d'avoir plus de difficultés à me faire comprendre. Sauf sur certains cas particuliers. Même par la plupart des gens qui sont en France depuis quinze-vingt ans, qu'ils soient d'origine étrangère, ou qu'ils soient d'origine lorraine, voilà quoi...

Interviewer : Pour les patients qui ont tout de même une petite barrière linguistique, mais qui ont quand même un bagage linguistique, est-ce que vous avez l'impression que la consultation dure plus ou moins longtemps ? Est-ce qu'il y a plus ou moins de questions posées par ces patients ?

Docteur F : Non. Elle dure plus longtemps avec interprète. C'est sûr. Toujours. Quand ce sont des patients qui parlent suffisamment français pour venir seuls, bon déjà, c'est des patients diabétiques, c'est des patients qu'on voit pas une fois, c'est des gens dont les consultations se répètent, que je connais souvent depuis, quinze-vingt ans. Et donc, euh... Y'a un certain nombre de choses que, qu'on sait, qu'on a appris, que, euh... progressivement quoi euh... C'est pas en une fois que ça se fait, donc euh... Tout ce qui est euh problèmes d'alimentation ou... Problèmes alimentaires euh... En général, on arrive à... à s'comprendre assez... assez facilement surtout parce que... En fait. J'ai l'habitude de leur dire ben « qu'est-ce que vous avez mangé ? », on commence depuis le début. Et pas à dire euh : « vous devez manger ça, faire comme ça. » C'est-à-dire, euh, bon ben voilà : « hier, euh la journée d'hier, y'a ça c'était bien, ça, ça colle pas. Euh ça, est-ce qu'on peut le remplacer par ça ? Est-ce que c'est possible ? Est-ce que c'est dans vos habitudes ? Est-ce que... ? » Donc. En partant du concret, j'ai... J'ai l'impression qu'on arrive à se faire comprendre.

Interviewer : Vous posez des questions sur le quotidien, sur l'alimentation ?

Docteur F : Ah oui, toujours.

Interviewer : Est-ce que vous posez des questions sur la façon dont les patients se représentent la maladie, leur vécu de la maladie ?

Docteur F : Quand je vois que ça suit pas, seulement. Quand je vois que ça suit pas. Quand je vois que... les résultats sont vraiment mauvais, que... « Est-ce que cette maladie vous embête ? Qu'est-ce que c'est pour vous ? » Enfin... Mais... C'est, c'est, c'est pas un domaine qui est facile, parce que là justement, il faut des termes abstraits. Tant qu'on est dans les choses concrètes, on se comprend bien. Quand ça commence à être abstrait, j'veux dire, c'est plus des expressions euh... C'est plus des perceptions de leur état psychique que des mots... Hein, mais...

Interviewer : Et dans ces cas-là, qu'est ce qui vous est dit ? Est-ce que vous avez des exemples en tête ?

Docteur F : Les derniers exemples que j'ai en tête, c'est par rapport à l'impuissance des diabétiques. C'est... « J'suis fatigué. Et ça s'améliore pas. » ... « J'ose pas rentrer chez moi parce que ma femme va jamais comprendre que c'est à cause du diabète que j'suis fatigué... (soupirs) et elle va croire que j'ai quelqu'un d'autre... » J'en ai un comme ça, c'est... C'est... Il voulait plus... plus rentrer chez lui, alors qu'il est en foyer. A cause de son problème d'impuissance, qui était euh, probablement lié à son diabète. Euh... Qu'est-ce qu'ils disent d'autre... ça se pose au moment du Ramadan, et euh... Des gens à qui je demande si ils font le jeûne ou pas. Y'en a pour qui je dis, ce serait mieux que, que vous le faisiez pas. « Oui mais. C'est important pour moi »...

Interviewer : Y-a-t-il une majorité de vos patients diabétiques maghrébins qui font le Ramadan ?

Docteur F : Oui.

Interviewer : Et dans ce cas, comment est-ce qu'ils gèrent les traitements ?

Docteur F : Pas trop mal.

Interviewer : Généralement, les hémoglobines glyquées après ce mois, elles sont...

Docteur F : Elles sont plus hautes mais bon... Ils se sucent avant, ils se sucent après (sourires) Ou alors ils ne prennent pas les médicaments.

Interviewer : Est-ce que vous leur dites que ce serait mieux de ne pas faire le Ramadan, par rapport à leur maladie ?

Docteur F : Oui, ça m'est arrivée euh... ça m'arrive pas souvent, mais quand y'a des, des risques hypo importants, bon... Comment dire... J'arrive assez souvent à parler de... de sens quoi, de... euh... J'ai... La primauté qu'a la vie par rapport au jeûne... Et que, je leur dit que... je croyais que dans le Coran, il était dit que... le plus important c'était la vie ! (sourires) Quand euh, vraiment, y'a des situations qui peuvent mettre en danger quoi. Et puis on en discute. Et puis donc euh... soit... soit ils acceptent, soit ils disent « Oui vous avez raison, je garde mon traitement, je ferais attention, et je mangerai ». Ou sinon, j'allège le traitement quoi. Je prends les dispositions qu'il faut pour que ce soit pas dangereux.

Interviewer : Est-ce que les patients vous parlent de leur motivation à respecter ce mois de Ramadan, malgré le diabète ?

Docteur F : En dehors du fait qu'ils doivent le faire, non. Que ça fait partie de... de c'qu'ils doivent faire. La sensation de devoir, non... Comment dire ? (hésitation) ... J pense que c'est... Enfin si on discutait avec un certain nombre de catholiques, on leur demandait pourquoi ils respectent telle mesure, euh, tel précepte euh, on n'aurait pas plus de réponse. C'est, c'est parce que, c'est normal, parce que je dois, parce que... Parce que je suis musulman, ou parce que je suis chrétien. Donc. J pense que... J suis pas sûre, d'abord j'questionne pas parce que euh... ça me r'garde pas moi. Si ils m'en parlent, ils m'en parlent, mais... J suis pas censée euh... Et puis d'autre part, j'ai p'tetre pas le fondement non plus euh... de la connaissance de la religion pour intervenir euh. Euh... Et puis j'ai pas les mots, ils n'ont p'tetre pas les mots pour exprimer ces choses-là qui sont plus... plus... Comment dire ? Plus théoriques, plus intellectuelles.

Interviewer : Est-ce que vos patients vous parlent de leur histoire migratoire ? De comment se passe le retour au pays quand ils y partent en vacances ?

Docteur F : Oui. Oui. Ils équilibrent leur diabète beaucoup mieux. Au pays. Y'a pas toutes ces disponibilités alimentaires qu'il y a ici. Beaucoup moins de transports mécaniques. Donc ils marchent. Ils marchent, ils mangent moins, ils mangent mieux. Et euh... En général, ils reviennent en me disant : « eh euh ! Vous voyez ? Mon diabète, il était bien là-bas ! » J'dis qu'c'était l'air du pays, que c'était meilleur ! (Sourires)

Interviewer : Objectivement, ça se vérifie ?

Docteur F : Objectivement, c'est vrai ! C'est vrai. Ils ont perdu du poids souvent. Ils ont perdu un peu de poids, et leur diabète est mieux équilibré quand ils rentrent chez eux. C'est évident. Je leur dit après ben qu'il n'y a plus qu'à continuer ici ! (Sourires)

Interviewer : Et qu'est ce qu'ils vous disent ?

Docteur F : On va essayer ! (Sourires) Mais ça marche pas ! Y'a trop d'offre ici, y'a trop d'choses...

Interviewer : Est-ce que vous avez eu recours à un interprète au cours d'une consultation, comment ça s'est passé ?

Docteur F : Alors des interprètes euh, familiaux, oui, souvent. Quand même souvent. Familiaux ou amicaux, enfin. Pas trop chez les Maghrébins. Ou alors pour des gens âgés qui viennent voir leurs enfants, ou des gens... des gens... Avec les Turcs, souvent. Avec euh... des Italiens, pareil, quand ce sont les parents qui viennent en vacances... Avec euh, des Portugais, ça m'arrive...

Interviewer : Quels freins vous avez rencontré dans la communication ? Quand il y a une troisième personne qui intervient ?

Docteur F : Que... Que les questions, que mes questions soient pas toujours bien comprises par l'interprète, donc mal traduites. Que les réponses sont pas toujours euh, fidèles. C'est pour ça que j'ai l'habitude... de poser plusieurs fois la même question sous des formes différentes... Et puis, j'me sers de quelques mots que j'connais euh... pour repérer ce qui s'dit. Pour comprendre un peu... J'veux dire, j'essaie de comprendre avant que l'interprète me traduise. Quelquefois ça correspond... Enfin comme ici, c'est toujours un peu les mêmes mots hein... Et le vocabulaire qu'on utilise en consultation, il est quand même assez... assez répétitif... Euh... Y'a quelquefois des freins que je perçois mais que... Comment dire ? (hésitations) dont je peux pas m'servir parce que... Euh, l'interprète quand c'est les enfants, et qui m'disent « oui toute façon euh elle dit qu'elle a mangé ça mais c'est pas vrai » euh... (rire) « Elle dit qu'elle mange pas d'gâteaux mais c'est pas vrai » euh... Et on entend l'autre personne qui dit euh « qu'est-ce que tu dis ? » euh (rire), alors euh... Trouver la juste réponse quoi... Et puis, euh, et pi quand vous touchez le domaine intime quoi. Là ça d'vient euh... Faut arriver à aller assez dans l'intime pour comprendre c'qui s'passe, et en même temps... Pas mettre le patient... Surtout qu'c'est des interprètes qui sont pas professionnels. Pas mettre le patient euh en situation de se déshabiller d'avant, devant, ses, son, son ami, sa voisine, sa fille euh. Y'a des choses que, qui les regardent pas obligatoirement...

Interviewer : Donc les obstacles sont liés à l'objectivité de l'interprète, à son professionnalisme ?

Docteur F : C'est ça.

Interviewer : Et au secret médical ?

Docteur F : (Acquiescement)

Interviewer : Est-ce que vous connaissez des associations d'interprètes ?

Docteur F : Pas officielles non. Je sais que, au tout début, j'étais installée, j'avais fait appel à Inter Service Migrants qui intervenait à Metz. Et j'veux dire, j'ai plus l'occasion de l'faire, je sais pas si ça existe encore... Et ... C'était une association qui justement, qui... euh... qui permettait d'utiliser un interprète professionnel.

Interviewer : Par téléphone ?

Docteur F : Non. C'était une personne qui se déplaçait. Mais c'était, oh... Y'a... vingt-cinq ans hein ! Depuis, j'ai plus eu l'occasion, et en fait, y'a des interprètes semi-professionnels. C'est-à-dire que, je sais que dans la communauté turque, une fille qui accompagne, c'est toujours les mêmes. C'est des filles qui ont, entre quinze et vingt ans euh. Qui sont... Comment dire ? Elles sont un peu les porte-parole, et qui accompagnent systématiquement... Donc avec euh... Mais c'est des filles euh... de la même communauté quoi, elles sont... les implications amicales... Donc c'est... pas toujours clair.

Interviewer : Donc on parle d'interprétariat au niveau individuel. Est-ce que vous pensez que la mise en place de plate-forme d'éducateurs nutritionnels pour le diabète en arabe ou en berbère, dans les quartiers, améliorerait la prise en charge ?

Docteur F : Peut-être pas dans les quartiers, mais on pourrait imaginer euh... qu'il y ait possibilité euh... de, d'avoir une éducation thérapeutique pour le diabète dans la langue des, des gens. Oui, ça pourrait être une façon d'apporter un plus. Mais... Le problème c'est que nos, nos besoins sont vraiment très émiettés quoi... Et donc euh... Instaurer une structure comme ça par quartier, ça n'a pas de ... Par contre, ça pourrait se faire... Je pense à la situation à ... (ville d'exercice du médecin interrogé), y'a une association qui s'appelle ... avec une, une, une Y'a des cours de français quoi. Et on pourrait imaginer euh... dans ce cadre-là faire une information sur le diabète.

Interviewer : Est-ce que vous avez accès à des plaquettes d'information en langue étrangère ?

Docteur F : J'en avais sur les pieds. J'en n'ai plus. C'était... Il faut que j'm'en procure.

Interviewer : Est-ce que...

Docteur F : Le problème c'est que... l'accès à l'écrit est pas quelque chose, même dans la langue du pays, pour ces populations qui ont cinquante- soixante ans... Y'en n'a pas beaucoup.

Interviewer : Effectivement les patients maghrébins qui ne maîtrisent pas l'écrit, est-ce que vous en avez ?

Docteur F : Plein. Plein.

Interviewer : L'oral, y'a une meilleure maîtrise ?

Docteur F : L'oral, y'a une meilleure maîtrise. L'écrit, y'en a plein qui savent pas lire. Ou très peu lire. Qui vous mettent un petit point sur l'ordonnance pour le laboratoire, et deux petits points sur l'ordonnance pour les médicaments quoi. (Sourires) Sans obligatoirement vous avoir dit qu'ils savaient pas lire.

Interviewer : ça pose des problèmes pour le suivi ou... ça s'organise quand même ?

Docteur F : ça s'organise quand même... Non, j'veux dire, j'ai pas d problème... J'ai pas d problème particulier d suivi, ou de... pas plus avec les patients étrangers, qu'avec les patients autochtones. J'ai pas l'impression que ça soit différent quoi... Bon y'a sans doute des difficultés, des subtilités de langue, mais... La subtilité de langue elle existe aussi avec des patients qui sont tout à fait... lorrains de pure souche et... Et bon on parle pas toujours la même langue quoi. Et en particulier quand on en vient dans le domaine de représentation de la maladie... Y'a des choses qu'on perçoit, mais de là à ce qu'elles soient formalisées, qu'elles soient dites euh...

Interviewer : Est-ce qu'il y a un point autre par rapport à ce thème que vous voudriez soulever ?

Docteur F : Le problème de l'insuline, de la piqûre. J'ai un certain nombre de patients qui sont anciens travailleurs immigrés, et qui, qui ont, avec la retraite, gagné le droit de rentrer chez eux. Mais pas complètement. Et quelque chose qui me touche beaucoup, c'est je crois pour toucher leur retraite, il faut qu'ils passent au moins deux mois en France. Ils viennent, ils viennent tous les six mois ou tous les ans, ça dépend. Donc euh... Passer leur temps de séjour ici. Et puis en même temps, ils en profitent pour voir le docteur. Et ... Et donc une des grosses questions, c'est... Pour moi, c'est la, la jonction avec le suivi médical qu'ils ont en Algérie. C'est ... C'est... On a l'impression qu'y ' a pas la possibilité d'avoir un suivi conjoint quoi. Qu'il y a pas les mêmes points de repère, qu'y a pas les mêmes consignes diabétiques avec des ordonnances qu'ils me montrent avec de la corticothérapie euh... Des trucs euh... Pour des bricoles quoi, pour une angine euh... des piqûres de rocéphine euh... Enfin, des trucs qui me paraissent complètement incohérents par rapport au suivi... Et puis l'impossibilité d'avoir un suivi biologique euh, par exemple euh là-bas, une des grosses difficultés de passer à l'insuline, c'est « oui d'accord, mais comment je m'en procurerai là-bas ? » Alors les cachets, on les emmène pour six mois, mais l'insuline c'est... pas si simple. Donc euh... C'est plus cette difficulté d'assurer quelque chose de ... de pérenne, pour des patients qui sont... par intermittence en France, et... par intermittence en Algérie. Oui ça c'est une difficulté que je rencontre euh, beaucoup. Et donc qui me freine un peu dans l'utilisation de l'insuline chez

des patients qui, théoriquement, en auraient besoin. C'est... On peut pas avoir le même... Qu'est ce que je voudrais dire d'autre ?

Interviewer : Vous avez abordé beaucoup de thèmes...

Docteur F : J'ai l'impression comment dire ? Y'a beaucoup d'habitudes des Maghrébins qui font que le suivi chez eux est souvent plus facile... que chez les Lorrains pure souche... En particulier, les ablutions, avec les pieds, font qu'il y a beaucoup moins de problèmes... Euh, certaines habitudes alimentaires sont plutôt... en fait, favorables... J pense que... l'alimentation est souvent un peu moins riche, moins cochon, moins... Par la force des habitudes... Et donc souvent, moins riche en lipides, que la nôtre. Donc on peut pas dire que j'ai plus de problèmes... J'ai l'impression que c'est... La langue me semble pas un gros problème. Parce que c'est des gens avec qui euh... euh on communique facilement sur des choses simples. Et que... le diabète, c'est pas une maladie si compliquée que ça. Enfin... C'est plus difficile pour euh... équilibrer un Parkinson, pour des choses comme ça... Des choses où il faut faire appel à la description quoi... Voilà.

Interviewer : Je vous remercie.

g) Entretien avec Docteur G

Interviewer : Quelles difficultés rencontrez vous dans la prise en charge de vos patients diabétiques qui sont d'origine étrangère, et en particulier ceux qui sont issus du Maghreb ?

Docteur G : Oui ... alors difficultés relationnelles, enfin relationnelles, de d'explication d'interprétation, d'annonce de la maladie, oui plutôt l'annonce de la maladie déjà ... expliquer ensuite ce que c'est comme pathologie ... euh, la ... le traitement, à expliquer... le régime, et puis être sûr que ce soit bien intégré, alors déjà des gens qui manient bien la langue française, c'est déjà pas facile, alors c'est encore beaucoup plus difficile de faire appréhender la ... la gravité. Puisque les gens n'ont pas tout de suite conscience que c'est grave, ils n'ont pas mal, hein. S'ils n'ont jamais mal, donc euh pour eux c'est, on ne souffre pas donc c'est, c'est pas grave. Ça c'est une première chose. Oui, surtout l'explication, surtout l'explication qui est difficile de par la barrière linguistique oui. Et puis ensuite euh, moi une difficulté que j'ai eu, c'est une fois que ... euh, le traitement est mis en route, bon outre l'observance du traitement, mais ça c'est pas spécifique à la barrière linguistique, d'autres personnes ne suivent pas non plus très bien leur traitement, mais par contre c'est les problèmes de régime alimentaire. Et alors là j'ai le cas de plusieurs patients en mémoire, donc des dames qui ont, eux, qui ne travaillent plus, qui sont retraitées, qui se réunissent les unes chez les autres, alors c'est (sourires) le thé à la menthe sucré plus les gâteaux, les pâtisseries, elles ont pas conscience que bon, faut y faire attention... et souvent ce sont les enfants, ou les petits enfants qui viennent avec, pour réexpliquer. Et en fait le... la prise en charge aussi du, du régime. ... Du régime alimentaire, où euh... il me semble qu'ils sont très axés sur des aliments plus sucrés que sur d'autres types de régime. Et j'ai beaucoup de mal à... à faire passer le message...

Interviewer : D'accord. Et, est ce que les patients, des patients vous donnent leur interprétation de la maladie, c'est-à-dire euh quand vous avez présenté ... le régime, et expliqué la maladie, est-ce que eux vous parlent de la façon dont ils se représentent la maladie diabète ?

Docteur G : Non, du tout... du tout. C'est vrai que y'a pas ... Ils reçoivent des questions sur ce qu'ils doivent faire et pas faire, ça c'est assez fréquent, bon des petites fiches ; comme beaucoup de collègues, euh des petites fiches de conseils alimentaires, mais y'a pas de questions directement sur la maladie. Et je pense que ça aussi au, à la euh à la barrière linguistique, il n'y a pas la richesse de vocabulaire ou le... pour poser telle ou telle question ... Chaque fois, c'est ce qu'il faut faire et pas faire au niveau alimentaire, ça c'est principal. Euh ... plus ou moins bien intégré. Donc des fiches. Mais sur le profil évolutif, l'évolution, les complications, euh ... ça c'est moi qui leur dis, mais bon je suis pas sûr que ça soit vraiment intégré quoi... Mais ça c'est vrai aussi avec d'autres personnes...

Interviewer : Est-ce que vous avez des difficultés pour faire respecter les suivis ? Le fond d'œil une fois par an, l'hémoglobine glyquée tous les 3 mois ? Est-ce que c'est plus difficile à faire...

Docteur G : Il me semble que oui. Oui, euh ... parce que, peut-être que j'ai pas fait passer l'information comme quoi c'était, grave... alors donc je leur dis qu'une fois par an, il faut faire le le les bilans, non ce que je fais d'ailleurs, mais au niveau médico-légal, pas simplement pour ce type de soucis, mais pour tous les patients, je garde tout en double dans le dossier. D'une lettre qui a été faite au cardiologue, la lettre à l'ophtalmo, une

demande de bilan sanguin... de manière à ce que j'ai une trace comme quoi ça a été demandé... mais, c'est pas évident, non c'est pas évident, de motiver les gens, non ça c'est vrai... C'est pas évident du tout ... Et je crois toujours parce que, ils n'appréhendent pas la réalité, euh ... les bilans cardio par exemple oui si c'est celui qui est hypertendu, mais celui qui a aucun signe cardiologique euh, lui faire comprendre que pour démasquer une ischémie silencieuse, il faut qu'il aille pédaler sur un vélo en scintigraphie (sourires)... Bon déjà pour expliquer l'examen c'est pas facile, faire comprendre que c'est important, c'est c'est c'est pas évident quoi...

Interviewer : Est-ce que, pour vous, le fait de maîtriser plus ou moins la langue... de mieux en mieux la langue, chez ces patients qui parlent pas bien le Français à la base, euh et qui sont en France depuis 30 ans ... euh est-ce que vous avez l'impression que plus ils comprennent la langue, et plus ça facilite le suivi...

Docteur G : Ah oui ça c'est indéniable, oui ... quelque soit la pathologie.

Interviewer : c'est le principal ...

Docteur G : De ...

Interviewer : Le principal facteur d'efficacité, c'est la maîtrise de la langue ?...

Docteur G : Au début, oui, après c'est la persuasion et l'aptitude à faire comprendre ... les problèmes encourus avec la maladie. Parce que des gens qui maîtrisent tout à fait bien le Français, y'a des tas de diabétiques qui sont pas équilibrés parce qu'ils font pas attention, ils veulent pas respecter les consignes, parce que le traitement est suivi à la petite semaine, parce qu'ils vont pas voir le cardio... donc j'veux dire... le départ c'est quand même le langage quoi... quand y'a une grosse barrière linguistique... Moi je sais qu'à une époque j'ai eu une remplaçante qui était d'origine turque, qui parlait très bien le Turc, elle a drainé toute une population de ma patientèle qui était d'origine turque. Parce qu'elle pouvait parler, expliquer. Et que ça soit des jeunes, des petits, des grands, des vieux, elle voyait les gens d'origine turque. Y'a encore des gens qui me demandent « la dame turque » (sourires) ... La dame turque elle est plus là, parce que bon j'crois qu'il y avait la facilité de faire passer l'information, que vous n'avez pas. Sauf quand vous avez un interprète, mais bon souvent c'est un enfant Et bon c'est pas évident ...

Interviewer : Alors justement, vous avez souvent de la famille qui vient pour la consultation ?

Docteur G : Alors c'est curieux parce qu'on voit au fil des années où les gens vivent en France. Au début ils viennent avec des, enfin des interprètes pas officiels hein, donc c'est un enfant, souvent qui est scolarisé. Au bout de quelques années ils viennent tout seuls, ils commencent à maîtriser un peu plus le Français, ce qui est assez sympa, ils prennent un petit peu d'assurance, comme ça, ils viennent, c'est, c'est, je trouve c'est bien de leur part, mais au début ce sont souvent les enfants qui sont scolarisés, ou bien, quelqu'un de la famille qui euh ... vit en France depuis plus longtemps qu'eux. Ou un ami, oui c'est plus souvent de la famille...

Interviewer : D'accord, dans ces conditions-là, est ce que vous arrivez à faire passer vos informations ?

Docteur G : Alors je les fais passer succinctement, de façon plus simplifiée, bon c'est relayé par, par l'interprète donc après bon ... ce qu'il en reste ... je sais pas, mais en tout cas, ils traduisent et ils expliquent...

Interviewer : Est ce que vous vous avez l'impression que cet interprète, qui n'est pas professionnel, qui vient avec aussi toute sa subjectivité, est ce qu'il retranscrit, est ce que vous avez l'impression que le patient en est satisfait ?

Docteur G : Je pense que oui, parce que comme on explique avec des mots simples, il retranscrit aussi avec des mots simples, je pense que l'information circule pas trop mal...

Interviewer : C'est donc mieux que rien...

Docteur G : Ah oui ! (Sourires) J'ai déjà eu des patients ici qui ne parlaient pratiquement pas le Français euh quelque soit l'origine ethnique, enfin c'est ... c'est pas facile à gérer hein...

Interviewer : D'accord... Est-ce que vous connaissez des structures d'interprétariat ?

Docteur G : Non... non, je ne sais pas, ... y'a des amicales je pense... je sais qu'il y a des patients portugais qui viennent euh, ils pensent que je parle le Portugais...vues mes origines mais non malheureusement pour eux, et ils ont des associations de Portugais, donc peut-être qu'à ce moment-là y'a peut-être des interprètes, des gens qui sont de, de l'association. En tout cas, des interprètes officiels j'en n'ai jamais vus.

Interviewer : sur (ville d'exercice du médecin), il n'y a pas de ...

Docteur G : Non

Interviewer : Pas d'association de ce type là

Docteur G : Non je pense pas...

Interviewer : D'accord... Est-ce que vous voyez d'autres difficultés à soulever ?

Docteur G : Non ... C'est surtout de faire passer l'information ... C'est pas un sujet facile hein le diabète, je veux dire euh, y'a pas de souffrance au départ.... Je crois que quelque soit l'origine ethnique, y compris pour les gens qui maîtrisent bien le français, comme y'a pas de symptômes de souffrance au départ, c'est assez difficile de leur prendre en compte la maladie... hein quelqu'un qui n'a pas mal, qui n'est pas handicapé, qui a pas de problème fonctionnel, euh ... le cholestérol, le diabète, l'hypertension, ça leur passe un peu au dessus de la tête ... (soupirs)... jusqu'au jour où ils font un infarctus, un AVC ... qu'ils sont hémiplésiques, ... bon au début quelqu'un qui se sent en pleine forme, c'est pas évident hein, c'est pas évident ...

Interviewer : Et est-ce que les patient vous font part de leur histoire migratoire, enfin vous parlent de leur pays, est-ce qu'ils vous font part d'une rupture, de ces difficultés-là pendant la consultation ?

Docteur G : Non ... très, très rarement, c'est exceptionnel... euh, non. En plus moi j'interroge assez peu... A partir du moment où le patient n'en parle pas, moi je pose pas de questions, moi je veux pas être inquisiteur et ... J'ai toujours peur de blesser les gens, ou de les gêner, ou de les déranger. En fait les seuls qui me parlent de leur passé, ce sont qui sont réfugiés politiques, quelque soit l'origine euh d'où ils viennent, des gens qui ont l'asile politique en France et qui ont des soucis de santé. Ils me disent pourquoi ils viennent, d'autant plus qu'il y a des démarches à faire auprès de la préfecture pour avoir le droit d'asile et tout. Donc euh ce qui a motivé la migration et puis leur passé, ... euh les autres personnes, non. C'est exceptionnel... Bon après si, on, on parle au fil du temps, du pays, quand ils repartent en vacances, de la famille là-bas, bon enfin, comme on va parler de sa famille, comme on part en Bretagne ou en Auvergne quoi ...

Interviewer : D'accord... Et est-ce que vous avez des patients qui partent dans leur pays d'origine et qui reviennent en vous disant qu'ils n'ont pas eu forcément tout le traitement nécessaire, mais que ça va bien quand même ?

Docteur G : (Rires) Oui ! Ça arrive qu'en partant là-bas bon quand c'est renouvelable c'est bon, mais quand le séjour dépasse la durée du traitement, c'est vrai que des fois y'a des interruptions de traitement... Euh après qu'ils aillent bien, enfin ... mieux je sais pas, enfin c'est très subjectif hein ... pour ce qui est des problèmes du diabète, toute la pathologie douloureuse, rhumatismale et autre hein, euh, quand ils repartent au pays, c'est vrai qu'ils n'y a pas de plainte, ils disent tous « oh on était là-bas c'était super. » mais bon c'est pas comme chez nous, il pleut y'a du brouillard, c'est quand même plus sain, et puis ... euh je sais pas le fait d'être dans une ambiance familiale, les amis, ils évacuent un peu le stress, et les soucis. Et il y a un effet bénéfique, mais qui n'est pas mesurable, je pense que c'est plus psychique que fonctionnel, c'est de retrouver un p'tit peu là-bas l'ambiance quoi, d'où ils étaient... et ça c'est un effet bénéfique, ça c'est, c'est indéniable... Sur le plan purement objectif, sincèrement, les Hba1c qui rentrent après 3 mois au pays, (soupirs) quand je les contrôle.... On est passé de 7-8 à 9-10 quoi ! Quand on resté 3-4 mois là-bas, c'est vrai qu'à de rares exceptions près, des gens qui font attention, mais bon, ils le disent hein, ils l'avouent, ils sont invités à droite à gauche, on peut pas refuser, bon, voilà quoi....

Interviewer : D'accord.

Docteur G : Mais le retour au pays est quand même globalement bénéfique, je pense qu'ils ont besoin de repartir, partir pour eux, c'est, c'est bien... Ils reviennent, on sent que ça a fait plaisir quoi, et toute une partie de la pathologie la souffrance elle est, elle a été évacuée... Ils le disent « quand j'étais là-bas c'était bien. »... bon, c'est propre aussi aux vacances hein, quand on part en vacances, on se sent mieux qu'au boulot tous les jours ! (Sourires)...

Interviewer : Et concernant l'interprétariat, est ce que vous feriez appel, s'il y avait des structures, que ce soit par téléphone, ou si vous pouvez avoir recours à un interprète professionnel qui se déplace ?

Docteur G : ça ne me dérangerait pas dans la mesure où le patient est d'accord... Celui qui souhaiterait un interprète euh professionnel entre guillemets, oui, ma foi... ben il pourrait venir ici. Celui qui n'en voudrait pas parce que ben il a des problèmes de santé et puis il ne veut pas en parler à une tierce personne, préférera un

membre de la famille, même moins bien traduit, mais un membre de la famille, bon ben je respecterai... mais d'avoir une structure avec interprètes, ce serait bien. Pour des gens qui arrivent et qui n'ont pas, pas ou peu de connaissance du Français, ou d'amis qui parlent bien le français... Je me rappelle. Au tout début où j'étais installé, il y avait une dame qui était venue, elle venait d'arriver, elle venait d'arriver d'Algérie je crois, je suis pas sûr ... et elle venait voir sa fille, qui était hospitalisée à Nancy, qui avait un cancer. Je la connaissais pas cette dame, je l'ai vue qu'une fois, bon. Elle a fait un malaise dans la rue. Au niveau des bus. Bon. C'est une grand-mère qui venait en France pour voir sa fille qui était suivie et euh... donc elle, elle rentrait, on l'a fait rentrer. Je suis allé à l'arrêt de bus et il y avait des patientes qui étaient bilingues, j'en ai appelé une pour traduire parce qu'elle ne parlait pas un mot, pas un mot, donc avoir, mais il faut avoir accès à des interprètes officiels où on peut faire appel quoi, oui ça serait bien, parce que des fois, on est un petit peu léger...

Interviewer : Est ce que vous voyez d'autres avantages à ce que des structures d'interprètes formés se développent ?

Docteur G : D'autres avantages en dehors de ...

Interviewer : Par rapport à votre pratique, et puis aussi par rapport aux interprètes qui sont des membres de la famille ou des membres de la communauté ?

Docteur G : Ah ben ça, ça serait peut-être mieux, dans la mesure où, où ... ça serait des adultes, des gens qui sont formés, donc qui auraient un minimum de connaissances au niveau médical hein, euh, pas des études de médecine loin de là, mais avoir quelques rudiments de connaissances, ce serait peut-être mieux que d'avoir des fois des enfants qui, sont plein de bonnes volonté mais qui font peut-être moins bien passer l'information, en tout cas plus difficilement... Et puis ce qu'il y a... Alors c'est quelque chose qui me, qui me touche, c'est ... euh, bon, les parents sont une autorité, et là, ils perdent quelque part leur autorité face aux enfants. Et moi ça m'a marqué plusieurs fois hein, de voir, ben de voir des gens qui viennent, qui sont parents et c'est les enfants qui ont un peu la main mise sur euh les parents au niveau euh, avec moi, mais je pense avec d'autres structures également hein. Les parents perdent un petit peu, ben de leur pouvoirs euh parentaux. Et des fois ce qui me fait mal, c'est quand à plusieurs reprises des enfants qui se moquent un petit peu de leurs parents... parce que bon euh, les parents euh ... enfin des fois ça me choque ... des fois... des enfants... écoute ton papa il a pas appris le Français à l'école quoi, j'veux dire, il apprend comme il peut quoi, ça me peine, ça me peine, des fois ça me peine, hein franchement, de voir euh, des gosses, euh, qui se moquent un peu. Ou de l'accent, ou du mauvais français, ou du mot qu'ils comprennent pas, ça me peine, parce que voilà quoi, c'est le père qui se lève, qui va au boulot quoi, qui porte les parpaings sur les chantiers... quelque part ça ... alors des fois, oui c'est vrai qu'il y aurait quelqu'un d'officiel, de neutre euh... peut-être que les parents retrouveraient un petit peu leur euh... de leur pouvoir et ... ouais, peut-être... Faudrait soulever ça... A plusieurs reprises hein je l'ai vu, des enfants qui, que j'ai trouvés, bon, peut-être pas très sympas avec les parents (souples) bon ça me fait un peu mal pour les parents, voilà...

Interviewer : D'accord ...

Docteur G : C'est dur pour ces populations, mais des gens qui manient le français, ça l'est aussi, moi j'trouve que la pathologie chronique en général, et la pathologie chronique qui est euh avec peu de manifestations, euh, c'est pas évident hein, bon c'est des gens qui sont malades alors qu'ils se sentent en pleine forme quoi... Et les faire adhérer à un traitement c'est pas évident ... Un asthmatique, si il a une dyspnée, il suffoque, il tousse, il prendra son traitement quoi... le diabétique « pfo » ouais l'HbA1c ça lui cause pas trop, hein, on a beau lui dire qu'elle est huit ou neuf ou dix euh, lui il se sent bien ... Moi j'en ai qui continuent à manger euh ... A faire absolument aucun effort diététique hein, rien du tout. Ni au niveau physique, pas d'activité, rien, y'en a qui sont retraités... Enfin on dit quand même, mais ils sont un p'tit peu euh, un p'tit peu limite quoi, j'veux dire euh, ou alors c'est moi (rires), c'est moi qui arrive pas à les motiver ! J'ai pas les mots qu'il faut ? Ou je trouve pas les arguments pour les motiver, je sais pas mais ... mais bon, au bout de 20 ans de boulot y'a encore tout à reprendre ! (rires)

Interviewer : ça dépend des patients aussi ?

Docteur G : Oui, ça dépend des patients, ça dépend des gens aussi, mais bon ... Non mais voilà, je ne sais pas ... Expliquer une maladie, des problèmes organiques, ou des risques, c'est une chose. Mais des gens qui sont déprimés, qui sont en souffrance psychologique, qui n'ont pas la richesse de vocabulaire, voire même le minimum pour s'exprimer, euh à part euh « ça va pas je pleure », enfin, exprimer euh, plus avec des gestes que ... que des paroles, ça c'est terrible, c'est terrible. Et moi, à un moment donné je connaissais des, des médecins psychiatres ou des psychologues, qui manient le Turc ou bien l'Arabe, pour des gens qui n'étaient pas biens, et j'ai adressé des gens qui étaient en souffrance, euh psychique, alors à, à des psychiatres, en institution, et c'est pareil ils portaient souvent avec quelqu'un de la famille pour expliquer la problématique quoi...

Interviewer : Alors, là l'interprète est d'autant plus ...

Docteur G : Oui, là, là, l'interprète plus officiel, plus neutre, ça serait bien, parce que expliquer à la voisine les problèmes qu'on rencontre avec son mari, avec ceci, cela, autre chose, ça regarde pas le quartier quoi, là je pense que au niveau euh... de la prise en charge des troubles psychologiques, ce serait vraiment bien qu'il y ait des, euh, des interprètes formés, euh, qu'il y ait une neutralité quoi, ce serait vraiment bien... ça me revient à l'esprit, j'ai eu 2 cas comme ça de ... y'a une jeune femme turque, elle montait à Strasbourg régulièrement parce qu'il y avait un psychiatre, un psychologue, qui était bilingue, qui était d'origine turque et qui parlait le Turc, et comme elle avait des tas de problèmes, elle avait été battue par la police, elle a vécu des histoires terribles en Turquie... enfin elle s'était sauvée, et donc elle allait voir ce psychologue, ce psychiatre à Strasbourg... bon une fois tous les quinze jours, bon c'est pas la porte à côté hein ... c'est pas la porte à côté... c'est pour ça, ce serait vraiment bien ... Y'a beaucoup de gens qui ne parlent pas de leur souffrance psychologique, là on parle du diabète, y'a des tas de gens qui sont déracinés, qui sont arrivés en France pour des raisons politiques, économiques, sociales, et qui sont vraiment pas biens. Ils l'expriment par leurs problèmes de santé, hein, le diabète c'est une chose, enfin les lombalgies, les céphalées, tout ce qui peut être exprimé dans l'ordre du fonctionnel, parce qu'il y a quand même une souffrance psychologique au départ, ils l'expriment pas, et on, on peut rien faire quoi. Quand il y a une telle barrière linguistique euh, on peut pas faire grand-chose hein. Là ça serait bien qu'il y ait des, des interprètes, plus officiels disons, formés... ce serait vraiment bien...

Interviewer : Oui ...

Docteur G : C'est pas facile ...

Interviewer : Est-ce que vous voyez des difficultés d'organisation dans le fait de faire appel à un interprète, au niveau de l'organisation du rendez-vous notamment ?

Docteur G : Je bosse plus que sur rendez-vous, et ça c'est super. Pour tout le monde. On peut organiser son travail, je limite pas dans mon temps, enfin euh ... j'commence tôt j'finis tard. Si il faut euh enfin tard, relativement... Et euh, ça évite l'attente, pour les gens, pour les gens qui ont des enfants c'est vraiment bien... Si y'avait une tierce personne euh ... ce serait moins évident, pour peu qu'il y ait un rendez-vous, puisqu'il faudrait que, et le patient, et le médecin, et l'interprète euh aient le même créneau horaire...

Interviewer : Et les patients qui ne lisent pas ou n'écrivent pas le Français, donner un rendez-vous ça ne pose pas de souci ?

Docteur G : Non, non, alors ça y'a ... au début on m'avait dit « ola pas les rendez-vous à ... (ville d'exercice du médecin) », les gens ils parlent pas le français, ils comprennent pas machin et truc, tu vas pas t'en sortir, c'est archi faux, que d'une part quand ils savent, un c'est quelqu'un de la famille qui téléphone, ça peut être un enfant, ça peut être quelqu'un qui manipule mieux le français. Première chose. Deuxièmement, euh, qui ne va pas chercher sa baguette de pain tous les jours, il passe, i toque, j'voudrais un rendez-vous, même s'il s'exprime dans un très mauvais français, j'voudrais un rendez-vous, j'prends mon agenda toc on fixe, si j'sui libre à ce moment là j'les vois, sinon on prend rendez-vous pour le jour-même ou le lendemain, c'est pas j'ai quantité de gens qui téléphonent ou qui viennent... et même s'ils parlent vraiment pas bien le français, à la limite ça oblige les gens à parler, à prendre le téléphone, à prendre le rendez-vous. C'est déjà une démarche pour eux, ce qui n'est pas évident quand même... y'a des gens qui ne le faisaient pas, maintenant le font, dans un français plus qu'approximatif, je trouve ça très touchant, très sympa. Ils prennent leur téléphone maintenant, mon épouse a l'oreille formée maintenant, elle reconnaît les gens, même quand ils disent pas leur nom (rires) et donc on fixe le rendez-vous. Ça c'est pas euh... moi j'ai une dame, une grand-mère qui est euh d'origine maghrébine, alors je sais plus... peut-être l'Algérie, peut-être le Maroc je sais plus, qui vit avec ses enfants. Alors non seulement elle est diabétique la pauvre dame, mais en plus elle est psychotique, donc elle est sous neuroleptique, bon elle est très bien équilibrée maintenant, elle faisait un délire de persécution, elle était persuadée que ses enfants voulaient l'empoisonner et elle refusait tous les médicaments... donc les médicaments prescrits pour le diabète, elle en voulait pas comme elle avait peur d'être empoisonnée, donc on la mise sous neuroleptique, ça s'est améliorée. Y'a une infirmière à domicile, donc un neutre de la famille, qui était pas un enfant, elle a accepté de prendre les médicaments. Elle parle un français, mais ça se réduit vraiment à quelques mots, elle vient maintenant tous les mois toute seule. C'est son fils qui prend encore le rendez-vous, parce que au téléphone elle parle vraiment très très mal, mais elle vient tous les mois toute seule. Et j'étais content, on a parlé avec son fils, euh... l'autonomie qu'elle a pu avoir, elle vient... bon c'est un p'tit peu limité dans le relationnel. Quand j'ai besoin de demander des examens complémentaires, j'explique que son fils va me téléphoner, j'explique au fils qui prend le rendez-vous en cardio ou autre, qui accompagne sa maman. Pour expliquer. Bon c'est quelqu'un qui était renfermée chez elle, qui était vraiment pas bien du tout. Bon ben elle prend sur elle, elle vient à la consult... C'est assez sympa... puis elle est pas toute jeune, hein, pas toute jeune... Non c'est bien...

Interviewer : Très bien...

Docteur G : On est un p'tit peu utile des fois ! On sert un peu à quelque chose (rires)... A la fin de sa journée, on s'dit « tiens ! »...

Interviewer : Il y a de la frustration ? Quand il y a une barrière linguistique ?

Docteur G : C'est ... c'est pas de la frustration et euh ... La difficulté et la peine de pas pouvoir euh, de pas pouvoir ... euh, mieux expliciter. La frustration, elle vient euh, quand on fait, et puis que... il n'y a pas de résultat. On essaie de faire en sorte que les gens aillent mieux, et puis parce qu'ils n'suivent pas les traitements, ou autre, euh, y'a pas de résultat. Quelque part, c'est un peu frustrant... Bon c'est ... On bosse pas pour les vingt-deux euros, enfin y'a pas que ça dans la vie ... enfin, on travaille pour vivre, j'veux dire, donc euh... ça c'est un peu embêtant... Mais c'est pas une frustration de pas ... de, de pas, de, de pas avoir de dialogue, c'est plutôt ouais... de, de peine... enfin si, c'est une frustration, tout dépend du sens qu'on donne au mot frustration, le sens dans lequel on l'emploie ... Oui, ça peut être une frustration si on veut ... Mais euh ... bref, c'est pas toujours facile ... résumons ! (rires) :c'est pas toujours facile ! Mais bon ...

Interviewer : Et des fois, ça peut être encore plus difficile ?

Docteur G : Oui ! (rires) ... très très difficile ! Mais bon. C'est comme ça, hein, c'est comme ça...

Interviewer : Alors vous êtes plutôt pour une formation des interprètes, puisque pour le moment il n'y a pas de formation officielle reconnue ...

Docteur G : Je pense que ce serait un plus ouais... Après tout dépend du, tout dépend des ... des structures, du nombre de, d'interprètes... On est quand même sur (ville d'exercice du médecin) déjà neuf ou dix médecins, tous une population quand même assez ... importante, d'ethnies différentes, donc il faut pas un interprète pour euh... Jamais fait le prorata entre les gens d'origine étrangère qui parlent pas le français et ceux qui manient le français hein. Y'a quand même une partie de la consultation où euh les gens parlent pas très très bien le français, donc si y'a un interprète pour tout le coin euh ... Il va commencer le matin à sept heures et finir le soir à vingt-et-une heures ! (rires) ... Il va courir d'un cabinet à l'autre ! C'est les modalités de formation, comment on peut le joindre, euh ... Qui va gérer tout ça, quoi ? ... Mais sur le fond, c'est vrai que c'est une bonne idée, c'est bien, c'est bien ...

Interviewer : Et en dehors de la barrière linguistique, pour des patients qui maîtrisent le français, est-ce que vous avez le sentiment qu'il y a une barrière culturelle aussi ? Est-ce qu'il y a deux visions de la maladie, celle du médecin et une représentation plus liée au patient et qui serait différente de celle que vous exposez ?

Docteur G : Non, non, je ne pense pas...

Interviewer : L'essentiel est dans la compréhension linguistique ?

Docteur G : oui ... euh, c'est une question qui me déstabilise comme ça...

Interviewer : Je veux dire euh ... Est-ce que vous avez des patients qui n'ont pas intégré les facteurs de risque et d'aggravation du diabète, et qui ont une représentation plus liée à leurs croyances propres, qu'aux facteurs alimentaires ...

Docteur G : Alors oui, là d'accord, exprimé comme ça, oui ... Ils n'ont pas conscience des facteurs de risque ... Mais alors là, je reviens à ce que je disais au début, c'est les modalités alimentaires... Pour le diabète, les aliments sucrés la semoule, les pâtisseries, ... après ce sont des habitudes alimentaires, je crois que y'a certains types de populations qui diversifient pas le mode alimentaire, et bon par exemple les surpoids, les gens en surpoids originaires du Maghreb, c'est très difficile à, à prendre en charge aussi, quoi. Parce qu'ils ont euh un alimentation beaucoup à base de semoule, pareil les pâtisseries... Je bosse beaucoup avec monsieur L... c'est un endocrino nutritionniste, et donc euh pareil, je crois qu'il y a des habitudes alimentaires qui sont ancestrales ... Je pense que c'est plus difficile de changer les habitudes alimentaires... Mais c'est vrai aussi pour les jeunes d'aujourd'hui, qui sont « macdo » euh, dans la population des jeunes, y'a 30% d'enfants qui sont en état d'obésité, bon génération « macdo » hein ... ils ont été formatés dès le départ hein ... les macdos, les macdos euh il faut manger autre chose que ça ... donc euh c'est pas évident...

Interviewer : Très bien, merci.

MODELE DE SZASZ ET HOLLANDER

Activité	Passivité
Direction	Coopération
Participation Mutuelle	

RESUME DE LA THESE :

En France, le nombre de sujets diabétiques passera de 1,8 million en 1998 à 2, 8 millions à l'horizon 2016. Devant cette pandémie annoncée, les populations migrantes sont plus susceptibles d'être touchées par le diabète de type 2.

Or, il existe des difficultés de prise en charge et des inégalités de santé dans les populations migrantes en médecine générale. Notre étude porte sur la mise en évidence des difficultés dans la prise en charge des populations diabétiques de type 2 d'origine maghrébine liées à la barrière linguistique et culturelle en médecine générale. Une analyse qualitative est ainsi menée auprès de médecins généralistes d'une part, et de patients maghrébins diabétiques de type 2 ayant des niveaux de compréhension variables en langue française, et accompagnés ou non d'un interprète dans leur langue maternelle d'autre part.

Notre étude souligne l'importance de la prise en compte des représentations en santé. Elle analyse les avantages et difficultés liés à l'intervention d'un interprète non professionnel dans la relation médicale, et pose des bases essentielles pour une réflexion sur un interprétariat individuel en médecine générale. Les bases d'une réflexion sur l'intérêt à développer un interprétariat collectif dans la prise en charge diététique des patients diabétiques de type 2 d'origine étrangère est également développé.

Enfin, notre étude montre la complexité de la relation soignant-soigné en contexte interculturel et pose les jalons d'une réflexion pour la formation des professionnels de santé aux représentations culturelles en santé.

TITRE EN ANGLAIS:

Attitudes and issues in treating North African immigrants with type II diabetes: Views of patients and general practioners. Role of interpreters. Cross cultural aspects of doctor-patient communication patterns.

THESE: MEDECINE GENERALE – ANNEE 2010

MOTS CLES:

Diabète de type 2, Médecins généralistes, Interprétariat, Enquête qualitative, Représentations, Population maghrébine.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
