



**DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE**  
**SANTÉ**  
**SOCIÉTÉ**  
**MIGRATION**

**Le patient migrant au cabinet du généraliste : Réflexion  
autour d'un cas.**

**Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »**  
Rédigé sous la direction de Guillaume Pegon

GARNIER KONATE, Clémence

Année 2020-2021

# TABLE DES MATIERES

<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>1</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>I. CONTEXTE</b> .....	<b>5</b>
A. TERRAIN .....	5
1) <i>Le Centre de Santé Territorial</i> .....	5
2) <i>Les foyers ADOMA</i> .....	7
B. LES MIGRANTS DE COTE D'IVOIRE EN FRANCE .....	8
1) <i>Chiffres généraux</i> .....	8
2) <i>Particularités des migrants Ivoiriens</i> .....	8
3) <i>La migration féminine de Côte d'Ivoire</i> .....	9
4) <i>Les routes empruntées</i> .....	9
C. LA MEDECINE GENERALE EN FRANCE .....	10
<b>II. METHODOLOGIE ET RECIT</b> .....	<b>12</b>
A. METHODOLOGIE .....	12
B. RECIT .....	12
<b>III. ANALYSE DE LA SITUATION, PROBLEMATIQUES DEGAGEES</b> .....	<b>16</b>
A. PROBLEMATIQUES DE PRISE EN CHARGE : LE PARCOURS DE SOINS ; LE PARCOURS DU COMBATTANT .....	16
1) <i>La relation médecin –patient</i> .....	17
2) <i>Les conditions de consultation</i> .....	18
a. Le Lieu .....	18
b. Le temps de Consultation .....	19
c. La disponibilité du soignant.....	20
B. PROBLEMATIQUES LIEES AU SOIGNANT .....	20
1) <i>Formation</i> .....	21
2) <i>Problématique culturelle</i> .....	22
3) <i>Problématique sociale</i> .....	23
C. PROBLEMATIQUES LIEES A LA PATIENTE.....	23
1) <i>Présentation clinique d'un syndrome douloureux</i> .....	23
2) <i>Etiologies possibles du syndrome douloureux</i> .....	24
3) <i>Soigner le traumatisme ?</i> .....	25
<b>IV. PISTES D'AMELIORATION</b> .....	<b>26</b>
A. FORMATION .....	26
B. DEVELOPPER LES RESEAUX .....	27
C. SUIVI DU PATIENT .....	27
D. UNITE DE LIEU .....	28
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>29</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>30</b>

## Liste des abréviations

AME : Aide Médicale d'Etat

CADA : Centre d'Accueil des demandeurs d'Asile

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

CST : Centre de santé territoriale

EMDR : Eyes Movments Desensitization and Reprocessing

GUDA : guichet Unique des Demandeurs d'Asile

HUDA : Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile

PRADA : Programme d'Accueil des Demandeurs d'Asile

MNA : Mineur Non Accompagné

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

TSH : Thyroid Stimulating Hormon

## INTRODUCTION

Le médecin de famille est souvent le premier interlocuteur d'un patient à son entrée dans un parcours de soins. Si, dans la relation médecin malade il est en général le seul à détenir le savoir scientifique, en revanche, il partage de nombreuses références sociétales et culturelles avec son patient ainsi bien sûr qu'une langue commune qui lui permettent souvent de déchiffrer des symptômes non directement exprimés par le patient.

De plus en plus, le médecin est confronté à une altérité qui lui est inconnue et cela engendre des difficultés de prise en charge.

Depuis le début de mes études médicales et sans doute depuis bien avant, je me suis toujours intéressée aux autres cultures et, à de multiples occasions, j'ai réalisé des stages à l'étranger essentiellement en Afrique Sub Saharienne et en Inde. J'ai d'ailleurs rédigé ma thèse de médecine (qui était en réalité de l'anthropologie médicale) grâce à une étude réalisée à Ouahigouya, petite ville du nord du Burkina Faso.

Ces voyages m'ont permis de rencontrer des confrères médecins, formés à la médecine occidentale telle que je l'avais apprise mais dont les patients avaient d'autres façons d'appréhender la maladie et par conséquent de l'exprimer. Je me retrouvais perdue devant la description clinique d'une simple sciatique et devais sans cesse faire de gros efforts d'imagination pour pouvoir comprendre ce que les patients m'exprimaient et dans la plupart des cas je devais avoir recours à un confrère « interprète de symptômes ».

Une fois thésée, je suis allée exercer pendant 6 années au Burkina Faso puis, en rentrant en France en juillet 2020, j'ai été recrutée par le département de Saône et Loire qui avait l'idée de développer des consultations de médecine générale dédiées au public précaire notamment issu de la migration.

Au fur et à mesure des consultations mais également en lisant les dossiers des patients avec les annotations précédentes de mes confrères du centre de santé qui faisaient part de leurs difficultés de compréhension dues à la barrière de la langue ou de celles liées aux situations médico psychologiques, je me suis vite rendu compte qu'en France aussi la prise en charge de ces patients était plus compliquée que celle d'un patient Lambda.

Compléter mes connaissances me paraissait indispensable, raison pour laquelle j'ai fait ce DIU

Ce mémoire porte sur le récit clinique d'une patiente originaire d'Afrique de l'Ouest, suivie dans le cadre d'une consultation de médecine générale pour des douleurs atypiques, invalidantes, en échec thérapeutique, malgré de nombreuses consultations médicales, que nous avons réussi à améliorer en grande partie grâce à une consultation dédiée uniquement au public migrant.

J'ai choisi ce sujet pour plusieurs raisons :

- Il résume assez bien les problématiques auxquelles nous pouvons être confrontés quotidiennement ; nous savons qu'il n'y a pas de lésion organique grave mais nous ne parvenons pas à aider la personne qui reste dans sa souffrance
- Il présente mon activité actuelle de consultation uniquement dédiée à la population migrante que j'aimerais développer. Ce type de dispositif présente, à mon sens un réel intérêt pour la prise en charge de ce public particulier et m'a permis de résoudre ce cas précis.
- L'origine géographique de la patiente. Ayant moi-même vécu 6 années au Burkina Faso juste avant d'emménager dans la ville où j'exerce actuellement, je me retrouvais devant un cas clinique qui à la fois m'était familier dans sa présentation et dans sa description clinique mais qui, comme lorsque j'exerçais au Burkina, déroutait mon esprit de clinicien occidental tant la nosologie était éloignée de nos livres de médecine.

Ce cas faisait le lien entre mon activité au Burkina, mon activité actuelle, les problématiques transculturelles qui m'intéressent beaucoup et qui m'ont poussée à faire ce DIU et je le trouvais révélateur de problématiques facilement contournables.

L'objectif de ce travail est de mettre en évidence les difficultés d'une consultation de médecine générale transculturelle et de déterminer des pistes pour améliorer la prise en charge des patients migrants en médecine générale en partant d'un exemple clinique concret.

# I. CONTEXTE

## A. Terrain

### 1) Le Centre de Santé Territorial

Le récit de ce mémoire est celui d'une patiente qui a consulté au Centre Départemental de Santé.

Ces centres de santé ont été ouverts il y a 3 ans dans le département de Saône et Loire pour répondre aux problèmes de désertification médicale et aux attentes dans toute la diversité de l'offre de soin. Après 3 années de fonctionnement, 6 centres de santé et 22 antennes médicales sont opérationnels.

Ces centres visent à réduire les inégalités sociales de santé et à répondre aux besoins des territoires. Ils permettent l'accès aux soins par les mesures pratiquées en termes d'accessibilité sociale (tarifs conventionnés, tiers payant, Couverture maladie universelle, aide médicale d'État...).

Le CST assure donc, dans le respect du libre choix de l'utilisateur, des activités de soins sans hébergement et participe à des actions de santé publique, et à des actions sociales. Il fait bénéficier les usagers de la pratique de la dispense d'avance de frais et participe également à l'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité, sans sélection ni discrimination. (1) Sur le secteur de Chalon sur Saône, plus grosse ville du département de Saône et Loire en densité de population, nous sommes 11 médecins généralistes. Nous travaillons sur les antennes de centre-ville mais chaque praticien doit également se rendre une à deux fois par semaine sur des antennes délocalisées dans des communes qui n'ont plus de généraliste.

Au cabinet du centre-ville, beaucoup de patients bénéficiaires de l'AME.

S'il est difficile pour un Français lambda de trouver un médecin généraliste en Saône et Loire, c'est chose quasiment impossible pour un patient migrant, tout nouvellement arrivé sur le territoire.

La plupart des nouveaux bénéficiaires de l'AME étaient donc orientés au CST par les travailleurs sociaux.

Ainsi, le CST est devenu le cabinet médical de référence pour les migrants arrivant sur Chalon. Cependant, il reste toujours de nombreux obstacles à l'accès aux soins pour les migrants. La prise de rendez-vous est le tout premier, et la distance par rapport à leur lieu de résidence le deuxième. Ce qui fait que même quand les patients ou leurs référents sociaux

arrivent à prendre rendez-vous auprès des généralistes, le taux d'absentéisme est assez important.

Nous avons donc proposé d'ouvrir une plage de consultation délocalisée au sein du foyer ADOMA de Chalon sur Saône sur une demi-journée fixe dans la semaine.

Les patients savent que chaque jeudi un médecin vient sur place. Ils prennent rendez-vous auprès des travailleurs sociaux ou directement auprès du médecin. Le but étant de faciliter l'accès aux soins pour cette population en supprimant cette difficulté de prise de rendez-vous téléphonique ou via internet et la distance par rapport au domicile.

Il existe aussi un lien étroit entre le médecin et les travailleurs sociaux de ADOMA. Pour les cas complexes nécessitant des examens complémentaires ou des rendez-vous de spécialistes c'est un réel avantage, cela permet vraiment une poursuite de l'accompagnement médical.

Je suis pour ma part, salariée du département depuis juillet 2020 en tant que médecin généraliste. Je reçois des patients de toutes origines socio culturelles sur des consultations d'un quart d'heure la plupart du temps.

Pendant la première vague de l'épidémie COVID, les médecins du CST ont été sollicités pour aller réaliser des prélèvements de dépistage au foyer ADOMA. Nous nous sommes rendus compte à ce moment-là que beaucoup de nos patients vivaient dans cette résidence. La direction médicale a par la suite proposé d'ouvrir des consultations délocalisées au sein du foyer et, étant donné mon profil, a pensé à moi pour cette activité. Ainsi chaque jeudi, au lieu de consulter au cabinet je me rends sur place, au sein du foyer ADOMA.

Nous avons instauré des plages de consultation d'une demi-heure à la place du quart d'heure habituel. Cela permet de prendre le temps, de créer des dossiers informatiques, de faire un minimum connaissance avec toutes les difficultés liées à la barrière de la langue. Depuis peu, grâce au DIU, nous pouvons contacter un interprète par téléphone pour les patients ne parlant pas le français.

En général, je reçois huit patients par matinée. Il est très fréquent qu'un ou parfois deux rendez-vous ne soient pas honorés, jamais plus. Cela est en général compensé par des imprévus, des patients vus précédemment et qui m'attendent entre 2 consultations pour faire préciser une posologie ou autre incompréhension sur l'ordonnance ou les consignes

remises. S'il y a trop de demandes, je propose de les revoir la semaine suivante ou dans le cabinet où j'exerce le reste du temps.

Il s'agit donc d'une consultation de médecine générale classique : soins primaires, suivi de nourrissons, suivi de pathologies chroniques, vaccination, orientation vers des spécialistes ou collaborateurs si nécessaire mais délocalisée dans le lieu de vie afin de diminuer les difficultés techniques de l'accès aux soins et avec un praticien sensibilisé aux problématiques de cette population particulière.

## 2) Les foyers ADOMA

Adoma a été créée en 1956 sous le nom de (Société NAtionale de COnstruction pour les Travailleurs ALgériens) par les pouvoirs publics afin de résorber les bidonvilles et d'accueillir les travailleurs algériens dans un contexte de grave pénurie de logements sociaux.

En 1992, le nombre de chômeurs passe la barre des 3 millions. 400 000 personnes sont sans abri et 700 000 perçoivent le RMI. Les pouvoirs publics décident d'élargir la mission de et lui demande désormais de contribuer au logement des personnes défavorisées, quelle que soit leur origine.

Avec l'appui de ses partenaires, l'entreprise doit aussi soutenir et accompagner ces personnes dans leur parcours d'insertion.

A la demande des élus locaux, la SONACOTRAL ouvre des résidences sociales sur tout le territoire.

Depuis 1999, la SONACOTRAL diversifie ses activités ; son but : prendre acte des besoins de la clientèle pour adapter les missions de l'entreprise. Les actions d'accompagnement au vieillissement et d'insertion y sont inscrites ainsi que l'accueil de la demande d'asile.

En 2007, la SONACOTRAL change de nom et devient ADOMA. Adoma n'est pas un acronyme, mais un nom construit à partir du latin " ad " qui signifie vers et " domus ", la maison.

ADOMA gère depuis 2017, 207 structures d'accueil implantées sur l'ensemble du territoire. Des équipes de professionnels qualifiés assurent l'accueil et l'accompagnement global des demandeurs d'asile pendant la durée d'instruction de leur dossier de demande d'asile. Les demandeurs d'asile sont hébergés dans des locaux collectifs ou des appartements

indépendants meublés mis à disposition par Adoma ; ils perçoivent un pécule mensuel pour assurer leur subsistance.

L'équipe du centre apporte aux demandeurs d'asile toute information utile sur la procédure de demande d'asile en France. Elle les aide pour l'élaboration de leurs dossiers de demande d'asile. Elle assiste également les demandeurs d'asile dans leurs démarches liées à la santé (prévention, soins).

A Chalon sur Saône le Foyer ADOMA héberge un CADA, un HUDA, un PRADHA ainsi qu'une résidence sociale.

## **B. Les migrants de Côte d'Ivoire en France**

### **1) Chiffres généraux**

La population immigrée en France progresse en effectif et en pourcentage de la population totale depuis 1946. Elle correspond à 10,2 % de la population vivant en France en 2020, contre 7,4 % en 1975 et 5 % en 1946 (3).

L'Afghanistan, le Bangladesh, le Pakistan, la Guinée et la Turquie sont les premiers pays de provenance des premières demandes d'asile. La Côte d'Ivoire arrive en 6<sup>e</sup> position. (4)

### **2) Particularités des migrants Ivoiriens**

Jusqu'au début des années 2000, la Côte d'Ivoire était considérée comme terre promise par de nombreuses populations d'Afrique de l'Ouest.

Mais les crises politiques de 2002 et 2010 ont fait bouger les lignes, plaçant désormais la Côte d'Ivoire parmi les principaux pays d'origine des flux migratoires clandestins vers les pays voisins et vers l'Europe

Tandis que la crise politique se tassait, un nouveau flux de migrants visant l'Europe s'est peu à peu mis en place alors que la crise migratoire battait son plein sur le Vieux continent.

"En 2016, le nombre de personnes se réclamant de citoyenneté ivoirienne arrivant sur les côtes italiennes a bondi pour atteindre le chiffre de 13 000, soit une hausse de près de 230% entre 2015 et 2016, passant ainsi en quatrième position des pays d'origine d'Afrique de l'Ouest", note l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) dans un rapport de profilage des migrants ivoiriens publié en 2018.

Depuis, les demandeurs d'asile ivoiriens continuent d'affluer. En France, ils ont été 4 701 en 2018 puis 4 682 en 2019 à déposer une demande, selon l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra). Parmi les Africains, ils représentent le second contingent de demandeurs d'asile en France derrière la Guinée

Dans son rapport de profilage, l'OIM note que 89% des migrants qu'elle a interrogés indiquent avoir quitté la Côte d'Ivoire pour partir à la recherche d'emploi ou, dans 75% des cas, d'opportunités économiques principalement en Europe. Il semblerait que paradoxalement les migrants qui s'aventurent sur la route de la Méditerranéenne centrale ne sont pas nécessairement les plus 'désespérés' dans la mesure où ils ne sont pas les plus pauvres.

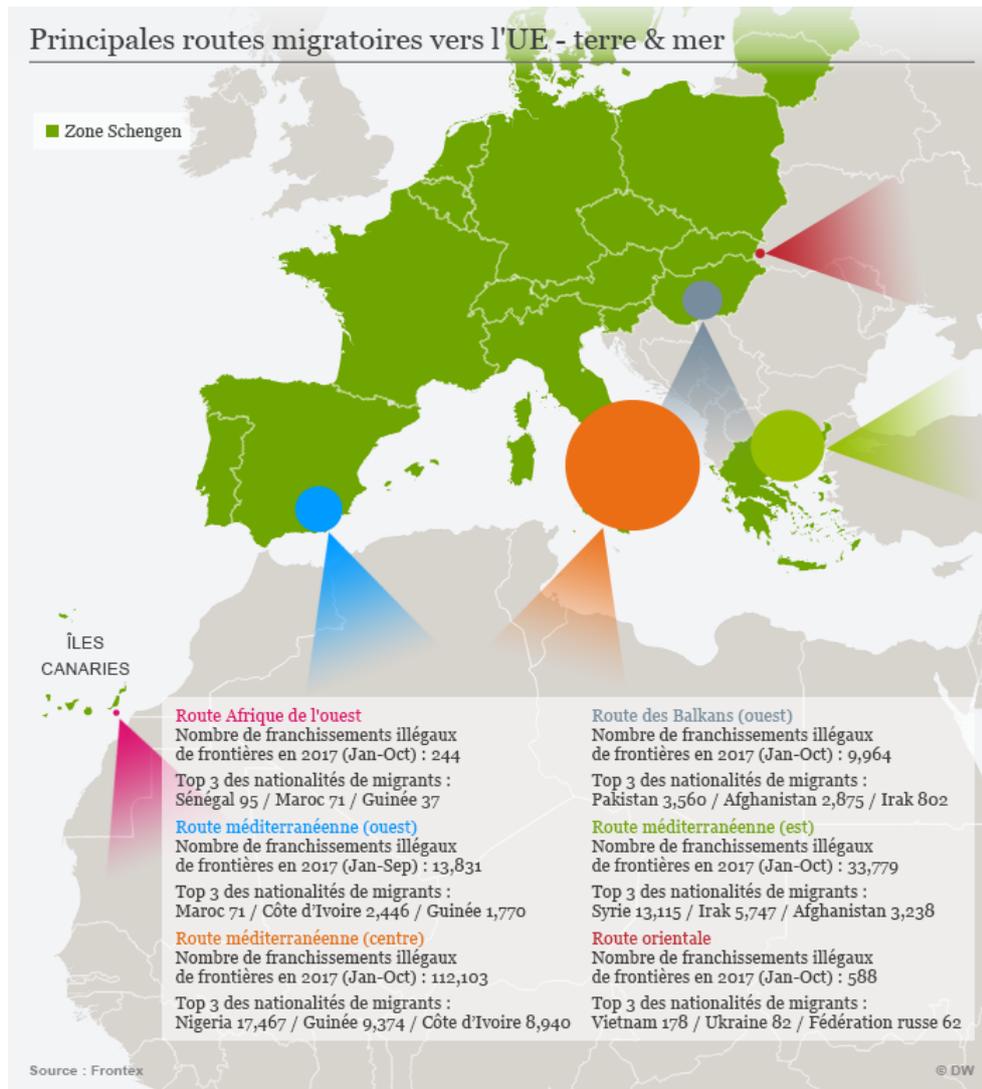
### **3) La migration féminine de Côte d'Ivoire**

Selon l'OIM, et en se basant sur les chiffres les retours des migrants dans leur pays, d'origine, 25% des migrants de Côte d'Ivoire sont des femmes. Selon ce même rapport, les femmes Ivoiriennes s'engageraient dans un parcours migratoire pour des raisons économiques à 95%. Une fois la décision prise de migrer et les fonds réunis, une partie infime renoncerait à ce projet migratoire.

### **4) Les routes empruntées**

Pour atteindre leur destination en Europe, les réfugiés empruntent différentes routes. Ils viennent soit par la route ouest-africaine, soit par la Méditerranée (ouest, centre ou est), soit par les Balkans (ouest) soit, enfin, par la route orientale.

La route empruntée en majorité par les Ivoiriens est la route méditerranéenne avec un passage par la Lybie avant de rejoindre l'Italie.



## C. La médecine générale en France

Le but de ce paragraphe est de faire un rappel sur cette spécialité et ses principes initiaux parfois oubliés par certains praticiens et qui sont pourtant le fondement de la profession. Avant cela il convient aussi de faire un bref rappel sur la démographie médicale en France, actuellement en difficulté et présentant de grandes disparités au sein du territoire. Dans les zones déficitaires le praticien voit le nombre de demandes de consultation exploser. Il ne peut bien souvent pas répondre à toutes et de surcroit, il est obligé d'abrégé les entretiens.

Le rôle du Médecin Généraliste énoncés par la Société Européenne de Médecine Générale

- « La médecine générale est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin/patient basée sur une communication appropriée.
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »

L'exercice de ces missions doit respecter l'éthique du code de déontologie en s'appliquant à tous les patients de façon égale. Le médecin doit prendre soin de ne pas laisser ses représentations altérer son jugement, comme le précise l'article 7 du Code de la Santé Publique (article R.4127-7) :

« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur

appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée

## **II. METHODOLOGIE et RECIT**

### **A. Méthodologie**

Pour ce mémoire, nous partirons d'un cas clinique précis à partir duquel nous essaierons de faire un bilan des différentes difficultés rencontrées pour une prise en charge effective d'un patient migrant.

Il est volontaire d'avoir pris un patient francophone pour éliminer d'emblée l'obstacle de la langue qui est la première barrière à une prise en charge efficace.

Il s'agit donc d'un travail basé sur le vécu d'un unique praticien.

J'ai repris l'historique de toutes les consultations concernant cette patiente entre octobre 2020 et juin 2021 en essayant d'analyser à chaque consultation les problématiques soulevées et la prise en charge proposée.

### **B. Récit**

Aicha D, 22 ans originaire de Côte d'Ivoire, est en France depuis 5 mois lorsque je la rencontre en consultation pour la première fois en octobre 2010. Elle est arrivée avec une petite fille de 15 mois et aurait été rejointe depuis peu de temps, à priori moins de 2 mois, par le père de son enfant.

Pour cette première consultation, je reçois la patiente au Centre de santé et non pas au foyer ADOMA. Avant de la faire entrer, je vois qu'elle a déjà un dossier et qu'elle a rencontré 3 de mes collègues généralistes. Je retrouve également un courrier de ma consœur de la PASS de Chalon sur Saône ainsi que 4 bilans biologiques effectués à quelques semaines d'intervalle, ils sont tous normaux sauf un bilan thyroïdien retrouvant une TSH à la limite supérieure de la normale. Les observations rédigées par mes collègues sont brèves : « Douleurs diffuses », « Syndrome douloureux mal systématisé ?? ». La dernière m'interpelle, elle est très brève « consulte pour douleurs atypiques, difficultés culturelles

des catégories sémiologiques. Nécessité d'une consultation transculturelle ». Les examens cliniques sont a priori normaux à chaque consultation.

Je fais donc entrer la patiente. Après m'être présentée, je lui demande la raison de sa venue et elle me tend des résultats d'examens.

Il s'agit d'un contrôle du bilan thyroïdien. La TSH est revenue normale et les hormones thyroïdiennes le sont également.

Je lui fais savoir que son bilan est tout à fait normal et lui demande si elle peut m'expliquer pourquoi on lui a prescrit tous ces bilans. Elle me dit que depuis plusieurs mois elle ressent des douleurs à type de brûlures commençant dans le bas du dos irradiant dans le ventre, la face antérieure et postérieure des cuisses jusque dans les pieds. Les douleurs sont insomniantes mais ne réveillent pas la nuit. Les antalgiques de palier I et II sont restés inefficaces. Elle arrive à atténuer légèrement les douleurs en appliquant des linges mouillés. Ces douleurs surviennent à n'importe quel moment et deviennent invalidantes dans la vie de tous les jours. Elle a actuellement un traitement par somnifère et anxiolytique mais qui ne semblent pas efficaces non plus.

Je vois dans son dossier un antécédent d'IVG.

Je la questionne à ce sujet.

Elle aurait avorté à son arrivée en France. Elle me dit juste qu'à ce moment-là elle et son conjoint étaient séparés géographiquement et que son enfant était trop petite pour qu'elle s'occupe d'un deuxième. Je m'étonne un peu connaissant les représentations de l'avortement dans la majeure partie des pays d'Afrique de l'Ouest mais ne lui fait pas savoir, elle ne semble pas vouloir en parler plus.

L'examen clinique est strictement normal ce jour.

Je lui prescris alors une échographie pelvienne même si, ni les symptômes ni l'examen ne m'orientent vers une problématique gynécologique si ce n'est le point de départ de la douleur. Je ne lui fixe pas de nouveau rendez-vous mais lui demande de reprendre RDV dès qu'elle a pu faire l'échographie.

Notre première rencontre se termine. Je la salue en Dioula, sa langue maternelle, dont je connais quelques rudiments et j'arrive à lui décrocher un sourire.

Plusieurs semaines après je revois cette patiente dans le cadre de mes consultations à ADOMA. Je me rappelle bien d'elle mais je ne savais pas qu'elle vivait au foyer. De nouveau

je la salue en Dioula, elle sourit et me répond qu'elle non plus ne savait pas que je travaillais ici.

Elle me montre ses résultats d'échographie qui sont normaux. Je pense la rassurer en lui disant « tout va bien, aucune anomalie ». Elle se lève et en se tournant pour partir elle me dit : « c'est pas grave je vais rester avec ma souffrance ». Cette phrase me glace. Je dois l'aider. Elle n'a rien de grave j'en suis sûre donc quel que soit l'origine de sa douleur je dois pouvoir l'aider d'une façon ou d'une autre. Je lui demande de se rasseoir et lui dit qu'on va chercher d'où ça vient.

Je l'interroge sur son parcours migratoire. Elle reste très évasive. Elle a quitté la Côte d'Ivoire il y a plus de 4 ans et serait restée pendant 2 ans en Lybie où elle a été emprisonnée. Elle a traversé la méditerranée en bateau de fortune. Elle dit ne pas avoir été victime de violence. Je lui demande si elle a une idée de l'origine de la douleur. Elle répond que ce n'est pas elle la médecin.

Je lui parle alors brièvement des pratiques magico religieuses de son pays mais elle ne relève pas. Je lui parle aussi d'autres origines possibles de la douleur, notamment les douleurs psychosomatiques, mais elle ne m'écoute plus. Je lui dis donc qu'il y a des examens biologique qu'on n'a pas fait et qui pourrait possiblement expliquer la douleur, que si elle est d'accord on peut refaire une prise de sang. Là elle m'écoute de nouveau « tout ce que tu veux pour calmer ça ».

Elle repart donc avec une ordonnance pour doser le fer, la vitamine D et le magnésium. Même si un des éléments étaient perturbés, il y a très peu de chance qu'il puisse expliquer l'intensité des douleurs mais il me semble à ce moment-là qu'il n'y a qu'avec des examens complémentaires que je peux la faire revenir en consultation. Je lui propose un rendez-vous pour la semaine suivante à 9H30. Elle me dit que c'est un peu compliqué, qu'elle a des cours de français et les restos du cœur. On cale alors une rencontre en fin de consultations vers midi.

Je reçois les résultats. Il y a une carence en vitamine D. Je fais une brève revue de la littérature. Ainsi que je le pensais la carence en vitamine D ne semble pas pouvoir expliquer ces douleurs.

Je la revois donc et lui dit qu'elle a une carence en vitamine D qu'il faut supplémenter. Elle semble rassurée qu'on ait trouvé quelque chose. Je lui dis qu'à mon avis les douleurs ne

peuvent être expliquées par cette anomalie. Je lui repose ma question à savoir si elle a une idée sur les origines de sa douleur. Elle n'en a pas.

J'essaie de l'emmener sur le terrain des sorts qu'on aurait pu lui jeter au pays pour voir si c'est quelque chose qui l'inquiète mais elle me dit qu'elle ne croit pas en cela, qu'elle croit uniquement en Dieu, que ça ne peut pas être ça.

Je lui dis alors que je pense que ses douleurs sont en lien avec les douleurs de sa vie, que même si je ne la connais pas, qu'un parcours comme le sien où l'on décide de quitter son pays pour chercher une vie meilleure, l'exil et la rétention pendant 2 ans en Lybie n'est pas anodin. Je laisse de nouveau une porte ouverte à savoir si elle a connu des violences mais elle dit non, juste un peu quand elle était en prison. Elle sourit. Silence.

Je lui dis qu'on va essayer de l'aider dans tous les cas, lui propose de rencontrer une psychologue sachant que celle-ci a très peu de disponibilités et sinon je lui propose des séances de méditation pleine conscience avec la technique du balayage corporel. Il faut que je me renseigne sur l'efficacité de cette proposition.

J'ai un peu lu sur le sujet et il me semble qu'une psychothérapie avec des séances d'EMDR pourraient être bénéfiques mais non seulement elle n'évoque pas de traumatisme et ne semble pas vouloir revenir dessus ou pousser l'analyse mais en plus, à ma connaissance, il n'y a pas de praticien dans la ville qui pratique l'EMDR qui puisse la rencontrer avec son AME et je ne connais pas d'association qui offrirait ce type de prise en charge.

J'ai fait une consultation par semaine avec elle sur 2 mois, parfois très brèves mais souvent d'environ ½ heure au moins. J'essaie de ne pas être trop intrusive car elle ne semble pas avoir envie de revenir sur son histoire cependant presque à chaque fois c'est elle qui y revient. Je profite à chaque fois que je peux de placer quelques mots de Dioula, ce qui à chaque fois la fait sourire.

Quand elle en a assez elle se lève.

Cette fois avant de se lever elle me dit que je suis gentille, puis se lève.

Elle sort de la pièce puis revient, passe la tête dans l'embrasure de la porte : « Tu crois que je pourrais encore avoir des bébés ? »

Ah c'est donc ça ! J'y avais bien pensé mais je croyais l'avoir rassurée avec mon échographie...

Je la laisse re-renter et s'exprimer : « Tu sais ce qu'on dit là-bas en Afrique sur l'avortement... ». Je pense parvenir à la rassurer en mêlant des arguments cliniques

biologiques et échographiques et des mots rassurants pour dédramatiser l'acte qu'elle a dû s'infliger pour une raison qui lui est propre et qu'elle a souhaité garder pour elle.

Je reverrai cette patiente environ 2 mois plus tard, un grand sourire aux lèvres, pour un bilan de début de grossesse.

### **III. ANALYSE DE LA SITUATION, PROBLEMATIQUES DEGAGEES**

La médecine occidentale se base sur le postulat de l'universalité biologique, à savoir que chaque être humain peut être traité de manière similaire et reproductible.

Cela fonctionne pour des lésions organiques pures, facilement explicables où la consultation est alors simple et rapide (exemple j'ai mal à la cheville après une chute, la cheville est inflammatoire, la radio normale, il s'agit d'une entorse !).

Dans certains cas, même en dehors d'une problématique médicale complexe, la prise en charge peut parfois s'avérer difficile du fait de différents obstacles. Le médecin peut alors passer complètement à côté d'un diagnostic ce qui donne lieu au mieux à une errance médicale et au pire à un abandon des soins.

La première analyse qui ressort de ce récit est que, pour résoudre un problème assez simple, un nombre conséquent de consultations a été nécessaire. C'est quelque part un gâchis : pour la patiente qui reste en souffrance pendant des mois alors que son problème aurait pu être résolu rapidement mais également un gâchis de soins quand on sait combien le temps médical est précieux et la demande forte.

La question qui se pose est donc de savoir comment améliorer la prise en charge de ce public particulier. Est-ce possible et si oui sur quels facteurs peut-on jouer ? Que pouvons-nous proposer pour faciliter l'accès à la santé de nos patients migrants au-delà de l'accès financier relativement bien géré par l'AME?

#### **A. Problématiques de prise en charge : Le parcours de soins ; le parcours du combattant**

Pour cette patiente, le cas est assez simple.

Il s'agit de douleurs psychosomatiques liées à la fois à un traumatisme physique (l'IVG) mais surtout à une peur d'une infertilité séquellaire à l'IVG. Une fois la patiente rassurée sur ce point, elle ne reviendra pas en consultation.

Si la patiente avait été française il est fort probable que cette question d'infertilité séquellaire se soit posée mais peut-être pas de façon aussi prégnante et surtout, il est fort probable que la patiente aurait d'emblée posé la question aux soignants qui la prenaient en charge et aurait été rassurée plus rapidement.

Elle ne le fait pas parce que sa pudeur ne lui permet pas, je suppose.

Autre supposition après avoir eu plusieurs discussions avec des femmes et des hommes d'Afrique de l'Ouest : si elle est en couple stable et qu'elle tombe enceinte de son conjoint, il est très peu probable qu'elle ait avorté.

Je pense donc que le bébé n'était pas l'enfant de son conjoint et peut être issu d'un viol ce qui expliquerait aussi son le fait qu'il soit dur d'en parler.

Pour notre cas, les différents praticiens consultés ne semblent pas inquiets sur la cause organique mais ils ne parviennent pas à proposer de prise en charge à la patiente.

Comment le cadre et la consultation en elle-même influent sur la prise en charge et pourraient être améliorés.

### **1) La relation médecin -patient**

A son entrée en France, avant d'avoir des droits ouverts à la sécurité sociale, la patiente consulte à la PASS. Une fois ses droits ouverts, elle peut en théorie consulter n'importe quel praticien en soins primaires. Elle prend donc des rendez-vous au CST.

Il y a déjà un premier changement de lieu et de référentiel médical.

L'appel reçu par la secrétaire, celle-ci lui trouve des plages de rendez-vous disponibles et comme il est fort probable que la patiente n'ait pas eu d'exigence particulière sur le praticien qu'elle souhaitait voir, on lui a fixé les premiers rendez-vous disponibles donc pas forcément avec le même praticien.

Dans ce récit, avant d'arriver à la consultation mise en place au foyer ADOMA, la patiente est à chaque fois devant un étranger.

L'IVG a sans doute été un traumatisme psychique pour cette femme. Comment parler ouvertement à un étranger de ce traumatisme aussi intime (surtout si notre hypothèse de viol est réelle). On peut de surcroit imaginer que ce traumatisme est encore plus grand que

chez n'importe qui pour cette patiente qui vient d'un pays où l'IVG est illégale, tabou donc invisibilisé mais par ailleurs source de nombreuses croyances.

Le pré requis pour la prendre en charge était donc qu'elle soit en confiance dans cette relation médecin malade. Qu'elle se sente libre de parler et d'exprimer ses inquiétudes et ses questions sur sa santé sans avoir peur d'un jugement quelconque.

La relation médecin malade « en confiance » qui est somme toute la base de tous soins, est encore plus importante face à un public migrant qui arrive en Terre inconnue et qui a besoin de nouveaux référentiels.

Le malade étranger, souvent précaire, se sent perdu, menacé, il ne donne que difficilement sa confiance et seulement s'il peut échanger ce que Jean-Claude Métraux appelle des paroles précieuses, humaines et engageantes (7). Nous pourrions appeler cette qualité l'empathie nécessaire à tout exercice soignant mais qui peut trop souvent s'effacer devant la compétence technique.

Pour pouvoir mettre en place cette relation, plusieurs éléments étaient nécessaires en plus de l'ouverture d'esprit du médecin :

- que la patiente ait à faire au même médecin à chaque consultation,
- que celui-ci ait du temps à lui consacrer

## **2) Les conditions de consultation**

Cette relation médecin malade a grandement été améliorée à partir du moment où la patiente est venue consulter au foyer ADOMA.

### *a. Le Lieu*

J'ai cherché dans l'historique des consultations lors de la rédaction de ce travail et il est apparu que la patiente avait déjà eu des retards et des absences à des rendez-vous.

Chalon sur Saône n'est pas une très grande ville mais la distance entre le foyer et le cabinet de consultation situé en centre-ville n'est pas négligeable surtout lorsqu'on se déplace à pied, seule avec un enfant en bas âge. Par ailleurs elle avait déjà consulté à l'hôpital pour la PASS et avait fait ses analyses en laboratoire de ville.

J'ai bien compris en lui disant de prendre rendez-vous pour l'échographie qu'il s'agissait d'une gymnastique assez compliquée pour elle.

La consultation au sein du foyer permettait donc peut être de réduire un peu l'appréhension.

*b. Le temps de Consultation*

Les médecins installés depuis un certain temps remarquent une accélération de l'exercice et une modification des pratiques (8) En effet, cette évolution est confirmée par les statistiques qui enregistrent deux millions de consultations chaque jour en France (9).

La demande de soins est de plus en plus impérieuse alors que le nombre de praticiens décroît (10)

En France, la durée moyenne de consultation est de 16 minutes 8, durée des séances des médecins généralistes (11)

Ce problème de temps dédié aux patients ne concerne pas que le public migrant mais il est d'autant plus important pour permettre à 2 étrangers (le médecin et le patient) de se comprendre. Il semble donc impensable de pouvoir offrir des soins de qualité équivalente à un patient pour qui nous devons effectuer un travail d'interprétation culturelle

Dans le cadre des consultations délocalisées mises en place au foyer ADOMA, comme dit dans la première partie, les rendez-vous pour cette consultation délocalisée, sont posés toutes les demi-heures. C'est un réel « luxe » pour le soignant et le patient. Dans ces consultations de patients migrants cette demi-heure est parfaitement justifiée du fait des problèmes de traduction rencontrés avec les patients non francophones. Pour cette patiente francophone, ce temps nous a permis d'avoir des échanges plus approfondis, d'éclaircir nos incompréhensions mutuelles et de résoudre le problème de la patiente.

Notre discours médical est souvent incompréhensible, y compris pour des malades francophones. Au-delà de la spécificité du langage que nous utilisons et de sa technicité, la difficulté même du contenu que nous avons à communiquer (maladie, mort, etc.), nous amène à user d'implicites et de sous-entendus qui engendrent nombre de malentendus.

Par ailleurs, il faut également remettre en question ce qui peut apparaître parfois comme une évidence : le rapport au corps, à la maladie. Selon les sujets, de surcroît venant d'autres cultures et donc d'autres systèmes représentationnels, les représentations du corps et de la maladie non seulement diffèrent mais nous sont la plupart du temps inconnues.

### *c. La disponibilité du soignant*

Elle découle directement du temps de consultation, du lieu de consultation mais aussi du praticien. Pour cette consultation au foyer, je peux recevoir les patients entre 2 rendez-vous, ce qui leur permet de venir me poser des questions qu'ils ont oublié de poser ou sur des choses qu'ils n'ont pas compris. Je ne le fais pas au cabinet car je suis vite débordée mais là il n'y a qu'une matinée par semaine et en plus j'ai souvent assez de temps. Ces consultations « surnuméraires » sont très fréquentes mais il me semble qu'elles permettent de renforcer l'observance thérapeutique car en fait je me rends compte que bien souvent il y a eu des incompréhensions (cf paragraphe précédent) et que les gens n'ont pas osé me le dire d'emblée. Laisser la porte ouverte leur permet d'avoir le courage (je pense qu'il s'agit parfois de courage) de venir me réinterroger.

## **B. Problématiques liées au soignant**

Les professionnels de santé ont un rôle primordial à jouer pour atténuer les effets des inégalités sociales et culturelles sur la santé.

Le rapport de l'Inspection générale des Finances et de l'Inspection Générale des Affaires sociales a étudié le parcours de soins des patients AME des CPAM de Paris et de Bobigny en 2009.

95 % des bénéficiaires ont recours à des prestations de ville et 82 % des bénéficiaires ont recours à des consultations de médecin généraliste.

Ainsi, la médecine de ville tient une place essentielle dans la prise en charge des patients bénéficiaires de l'AME. À ce titre, les problématiques spécifiques de cette population concernent directement le médecin généraliste et ce quel que soit son lieu d'installation désormais (12).

Le praticien va donc devoir se confronter à une altérité qui lui est inconnue et essayer de résoudre son problème médical

Considérer la dimension culturelle du patient exige que le thérapeute adapte sa prise en charge aux spécificités du patient et le considère dans sa singularité et son intégralité.

L'identité culturelle d'une personne est basée sur ses origines, ses croyances et ses expériences. Ce système de valeurs lui sert à appréhender l'existence et les différents événements qu'elle sera amenée à vivre.

De ce fait, l'identité culturelle de tout patient en médecine de premier recours est unique tout comme celle du praticien mais il semblerait nécessaire que le praticien, de par ses obligations de soins envers tous soit conscient de l'existence de ces différences culturelles et sociales et prenne en charge le patient en tenant compte de tous ces déterminants.

Une enquête sur les connaissances et représentations de 250 internes en médecine générale de Marseille face aux inégalités de santé, réalisée en 2012, a montré que « les étudiants avaient une conscience partielle des inégalités sociales de santé (...) et surestimaient par exemple le rôle des comportements individuels par rapport aux déterminants structurels, pour expliquer les différences d'état de santé des patients ». Les internes connaissaient mal les dispositifs d'accès aux soins (CMU. PASS). Deux tiers d'entre eux avaient des comportements négatifs à l'encontre des patients bénéficiaires de la CMU-C : comportements irrespectueux, exigences particulières, consommation excessive de médicaments, fraudes plus importantes.

Moins les internes interrogés avaient de connaissances sur les inégalités sociales de santé et l'accès aux soins et plus ils apparaissaient avoir des préjugés négatifs sur les personnes en situation de précarité. Les auteures concluaient au besoin de former les soignants dans ce domaine (13).

Mettre le patient « Autre » dans le sentiment d'exister, d'être compris et entendu en tant que personne, et non en tant que porteur de maladie, est un élément de succès dans la prise en charge médicale. Cet effet s'applique à tous les patients quels qu'ils soient, d'où ce paradoxe positif « plus on s'intéresse aux différences culturelles plus on se convainc de l'universalisme de l'humain » (14).

### **1) Formation**

Dans notre cas clinique la patiente a rencontré en premier une médecin à la PASS habituée à recevoir un public migrant mais dont la prise en charge ne pouvait continuer sur du long terme puis plusieurs médecins du CST. Les 2 premiers médecins n'ont rien notifié de très marquant dans leurs observations mais ce qui m'a posé question, c'est justement la brièveté de leurs rédactions. La patiente se présentait avec une souffrance réelle qui l'handicapait au quotidien. En général on écrit les caractéristiques des symptômes, ce qu'on a recherché à

l'examen et la démarche diagnostique ou thérapeutique à laquelle on va procéder. Lorsque le patient est trop consommateur de soins on l'écrit également d'une façon ou d'une autre. Ce n'était pas le cas pour cette dame. Pour moi le fait d'avoir des observations de quelques mots seulement traduisait l'incompréhension face à cette description clinique inconnue et pour laquelle par conséquent on ne trouvait pas de réponse.

Le 3ème confrère qui la reçoit le traduit bien en écrivant « nécessité d'une consultation transculturelle » : « La souffrance de la dame est réelle mais je n'ai pas les codes pour comprendre ce qu'elle veut me dire. »

## 2) Problématique culturelle

Il est fréquent en médecine générale de se retrouver face à son ignorance mais en général nous disposons des relais que sont nos confrères spécialistes vers qui nous adressons nos patients lorsque cela ne relève plus de nos compétences.

Dans notre cas il ne s'agit pas d'un savoir bio médical. Il faut aller creuser et chercher ce que représente le symptôme pour le patient

Plusieurs travaux mettent en évidence le manque de formation et la demande des praticiens à des formations interculturelles : comment se comporter avec un Rom, un Chinois ou un Malien ? Quels rites respecter ? Quelle position adopter ? Or, ces formations seront forcément incomplètes.

Les auteurs d'un article publié dans une revue suisse « Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. Quels besoins, quels outils, quel impact ? »<sup>(15)</sup> synthétisent une approche qu'il conviendrait d'adopter face à un patient d'une autre culture :

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

mènent ensuite au processus de négociation des causes, du diagnostic et du traitement de la maladie".

### **3) Problématique sociale**

Au-delà des questions culturelles propres à chaque patient et différentes en fonction de son origine géographique, il semble également essentiel que le médecin soit conscient des problématiques auxquelles sont confrontés ou ont été confrontés les demandeurs d'asile et des réalités auxquelles ils doivent faire face.

Comme nous en avons parlé précédemment, notre patiente avait eu par le passé des retards et avait manqué des rendez-vous. Il est fort probable que ces absences/retards étaient parfaitement justifiables mais pour les praticiens que nous sommes, pris dans le flux de nos consultations, nous pouvons le percevoir soit comme de l'irrespect envers nous soit comme un manque de considération par rapport à sa propre santé. Il convient alors d'être ouvert et tolérant. J'avoue qu'au cabinet, j'ai parfois moi-même tellement de choses à faire que cela me met hors de moi quand les patients n'honorent pas leurs rendez-vous ou arrivent avec 10 minutes de retard, ce qui décale par la suite tous les autres rendez-vous. Le fait d'avoir cette consultation dédiée me fait prendre les choses de façon tout à fait différente. Je me mets dans des conditions différentes et j'adapte ma pratique.

## **C. Problématiques liées à la patiente**

### **1) Présentation clinique d'un syndrome douloureux**

L'interrogatoire sur la douleur est une aide précieuse au diagnostic de la maladie sous-jacente. Des sensations de décharges électriques nous orientent vers une origine neuropathique, ou des crampes abdominales vers une origine intestinale.

Le médecin cherche à en connaître les caractéristiques : le siège (la localisation, l'irradiation), le type de douleur (brûlure, battement, serrement, pesanteur, décharge électrique), la durée et le rythme, l'intensité (échelles, facteurs déclenchants et soulageants)

E. Perrin sociologue, dans son article sur le lien entre la douleur et la culture (16) explique que pour la médecine et les sciences "exactes", la douleur est universelle. Elle commente l'élaboration d'outils de recherche universels, permettant de quantifier la douleur, de l'évaluer et d'y répondre. Ils sont pour elle naïf(s), partiel(s) et insuffisant(s) et ce point de vue peut être assimilé à de l'ethnocentrisme : point de vue consistant à faire du groupe social auquel on appartient le seul modèle de référence.

En revanche, en ce qui concerne les sciences sociales : « ce sont les sociétés qui donnent forme et sens à la douleur, qui transmettent à leurs membres des modes de comportement douloureux, des modes d'expression de la douleur, qui leur proposent des réponses sous des formes très diverses (des traitements et des médecines, des modifications de statut social, etc.), qui différencient de manière plus ou moins complexes les douleurs et qui les hiérarchisent (des douleurs normales aux douleurs anormales, ou encore des douleurs négligeables aux très graves).»

Ayant beaucoup travaillé en Afrique de l'Ouest, j'ai de nombreuses fois été interpellée par la description clinique des symptômes et en particulier celle de la douleur. Le vocabulaire est riche, la douleur est-elle vivante ou bien est-ce l'origine de la douleur que l'on imagine vivant et se déplaçant.

Dans le cas de notre patiente, elle décrivait une douleur qui débutait au niveau pelvien, irradiait dans le dos puis avançait par la suite dans toutes les cuisses, les jambes et jusque dans les orteils à type de brûlures.

Il existe peu de données dans la littérature sur le sujet mais dans sa thèse de médecine générale (17), « Les représentations culturelles de la douleur au Bénin, ont-elles un rôle dans son ressenti, dans son expression, dans son soulagement ? (...) » l'auteur rapporte les mêmes descriptions cliniques chez des patients au Bénin pays proche géographiquement et sur certains aspects culturels et culturels de la Côte d'Ivoire : « richesse des métaphores dans l'expression de la douleur », « vocabulaire thermique » largement employé, douleurs migratrices. Autant de descriptions qui déroutent les cliniciens que nous sommes.

## **2) Etiologies possibles du syndrome douloureux**

Après un examen clinique méticuleux et des examens paracliniques, on élimine une cause organique à cette douleur.

L'objectif est donc ensuite de trouver ce qui pouvait être à l'origine de cette douleur qu'on qualifiera de « psychosomatique » chez cette patiente afin de pouvoir agir dessus.

J'avais 2 hypothèses sur l'origine supposée de la douleur de la patiente. Soit il s'agissait d'une douleur dont les origines étaient magico/religieuses, soit elles faisaient suite à son

parcours de vie et à son parcours migratoire. Dans tous les cas il y aurait un travail à faire sur la psyché mais il conviendrait de ne pas l'aborder de la même façon.

En vivant en Afrique de l'Ouest et en ayant fait une thèse sur la prise en charge du Paludisme au Burkina Faso, je savais que la pensée magico religieuse était prégnante dans le quotidien de la majorité des habitants d'Afrique de l'Ouest et je voulais en premier voir si la patiente se pensait victime d'un envoûtement.

Dans ma thèse j'avais mis en évidence plusieurs origines possibles à la maladie :

Envoûtement, « wake » qui se soigne chez le sorcier

Maladie naturelle qui se soigne chez le médecin

Maladie naturelle qui se soigne chez le tradipraticien (plantes)

Maladie envoyée par Dieu pour laquelle on essaie tous les remèdes possibles mais ce qui est en général le cas dès lors qu'une pathologie dure un peu

La patiente a dit clairement qu'elle ne pensait pas à une origine surnaturelle à son problème je n'ai donc pas poussé plus loin la recherche et en ai déduit que nous étions dans le deuxième cas. La douleur faisait suite à un traumatisme.

### 3) Soigner le traumatisme ?

La psychanalyse s'est intéressée très tôt à la douleur, cette dernière apparaissant dans les premiers modèles freudiens du psychisme.

Elle invite à considérer deux aspects :

- la douleur comme traumatisme pour le psychisme
- la douleur comme manifestation psychique conséquence d'une forme de traumatisme (18).

Pour réussir à se débarrasser de cette douleur il fallait, en premier lieu, prendre en charge le traumatisme.

J'ai dans un premier temps essayé de faire verbaliser la patiente sur son parcours. Pour moi il est évident qu'une jeune femme qui quitte son pays, a un parcours migratoire de 5 ans, reste 2 ans en Lybie avec un passage en prison, traverse la méditerranée en bateau de fortune alors qu'elle ne sait pas nager a forcément un traumatisme à faire prendre en charge et que c'est uniquement par ce biais là qu'on pourra apaiser le symptôme. Je n'ai jamais

réussi à la faire revenir sur son parcours de vie et la patiente n'a pas souhaité de prise en charge en psychothérapie.

A posteriori je pense que la thérapeutique pour la patiente était de pouvoir se projeter dans une nouvelle vie, pouvoir procréer, être vivante et entière en tant que femme. Dans le numéro de rhizome (19) « soigner le traumatisme » les auteurs de l'article « il faut du psy !. Psychologues et psychiatres face aux migrants précaires » écrivent : « la clinique du migrant précaire n'est pas forcément assimilable à celle de la non-demande. Le migrant n'est pas celui qui ne demande plus rien. Bien au contraire, il est celui qui n'a pas renoncé. Il lutte, dans sa recherche de lien et d'aide, contre l'expérience de la déshumanisation et de la désaffiliation ;(...) il s'agit d'un corps qui parle souffre, appelle ; (...) d'un corps qui cherche à survivre et à vivre ».

Le temps de revenir sur le passé pour suturer les plaies viendra, ou pas...

#### **IV. PISTES D'AMELIORATION**

Ce serait un leurre de penser que nous, médecins généralistes, pouvons prendre en charge nos patients tous de la même façon comme le voudraient les principes mêmes de la médecine. Notre humanité fait que nous avons tous une culture, un vécu, des sensibilités différentes qui font que nous serons plus à même de prendre une patientèle qu'une autre. Personnellement je sais que je suis très mauvaise dans tout ce qui concerne les pathologies du sport et j'appréhende beaucoup mes consultations de gériatrie. Pour certains de mes confrères le patient étranger sera reçu avec réticence et parfois des a priori ce qui influera forcément sur la prise en charge.

##### **A. Formation**

Même si tout médecin ne peut avoir une formation spécifique dédiée à la prise en charge du patient migrant, le fait d'avoir été sensibilisé à cette problématique lors de son cursus initial améliorerait sans doute son approche. Au-delà de cette formation initiale dans le cadre de la formation médicale continue, il serait bien de voir plus de formations dédiées. Ces formations devraient autant porter sur les problématiques juridico sociales auxquelles les

patients doivent faire face et pour lesquelles le médecin peut être sollicité (ouverture des droits, titre de séjour pour soin, qu'est-ce que l'OFFI qui nous demande de remplir des certificats et quel peut être l'impact de notre certificat...) que sur la prise en charge de pathologies spécifiques et notamment le stress post traumatique où le généraliste est souvent en première ligne.

## **B. Développer les réseaux**

Même si c'est un fait que tout généraliste prendre et doit prendre en charge la patientèle migrante et qu'il doit administrer les premiers soins au patient, il ne saurait travailler seul.

Dans les grandes villes notamment, une multiplicité d'offres existe. Elles sont souvent limitées car elles dépendent d'associations ou de services publics à budgets limités mais il est indispensable de pouvoir solliciter des professionnels, de notre domaine ou pas, pour nous aider dans certaines prises en charge.

Ce DIU m'a beaucoup aidé pour cela. J'ai par exemple réussi à obtenir un financement pour la prise en charge d'interprètes au téléphone lors de mes consultations ce qui change totalement la donne !

J'ai découvert l'infirmière mobile du réseau santé précarité parce que j'ai cherché si un tel dispositif existait dans ma ville après en avoir entendu parler dans ce DIU. Je ferai encore beaucoup de partenariat c'est sûr mais c'est parfois difficile de prendre le temps de créer ces réseaux même si on a la chance d'avoir plusieurs dispositifs sur place. Il serait intéressant de pouvoir répertorier toutes les structures qui peuvent aider à la prise en charge et de pouvoir en diffuser la liste. Je m'y attèlerai prochainement.

## **C. Suivi du patient**

Comme vu dans le cas clinique, les patients ont parfois des difficultés à trouver un référent. Dans ce cas c'était dans la même ville mais il n'est pas rare que les patients doivent changer de lieux de résidence. Certains sont très méticuleux et ont des suivis de leurs santé très organisés. D'autres moins. Il serait intéressant de développer l'usage de carnets de santé spécifiques où on pourrait notifier les vaccinations comme cela se fait souvent mais également les bilans de santé biologiques et les annotations des praticiens. Il faudrait sans doute faire attention avec cet outil pour ne pas porter

préjudice à la personne au cas où ce carnet serait lu par des personnes qui ne seraient pas les destinataires (non médecins). C'est à réfléchir mais certaines structures l'utilisent déjà (ex : conseil départemental du Puy de Dôme).

#### **D. Unité de lieu**

Aider les patients en centralisant un maximum les services que nous pouvons offrir aux patients me semble très intéressant, tant pour le médecin qui ne voit pas des patients arriver en retard ou ne pas venir du tout que pour le patient à qui on enlève le stress de se rendre dans un nouvel endroit , souvent éloigné de son lieu de vie, alors qu'il ne maîtrise pas encore les codes du pays , ni même parfois la langue, qu'il ne peut parfois pas se repérer sur un plan ou qu'il a des obstacles techniques tels que les transports ou les conditions météo. Cela vaut sans doute également pour les psychologues, les juristes ou toute personne à laquelle le patient doit se référer.

## CONCLUSION

Qu'ils le veuillent ou non, les médecins généralistes sont confrontés quotidiennement aux problématiques de la précarité et de la migration.

Même si tout médecin se doit d'être bienveillant à l'égard de ses patients, il se peut que, face à des incompréhensions culturelles, de langage, de comportement, de par sa propre ignorance ou ses a priori, le médecin ne délivre pas au patient migrant les soins tel qu'il le devrait.

Il est vrai que la sensibilité de tout un chacun joue sur cette prise en charge mais au-delà de cela, cette problématique de prise en charge des patients migrants pourrait être améliorée si les médecins étaient mieux formés et informés dès le début de leur cursus sur cette population particulière et à la fois très hétérogène et si des structures ou juste des temps spécifiques leurs étaient dédiés dans plus de structures médicales et/ou médico-sociales.

Si nous parvenons à prendre le temps au début et à instaurer une relation de confiance, il y a fort à parier que toutes les consultations qui suivront seront beaucoup mieux rentabilisées !

## Bibliographie

- (1) Ressource électronique disponible sur : <https://www.centredesante71.fr/>
- (2) Ressource électronique disponible sur : <https://www.adoma.cdc-habitat.fr/>
- (3) Ressource électronique disponible sur : ["https://www.insee.fr/fr/statistiques"](https://www.insee.fr/fr/statistiques)/statistiques
- (4) Ressource électronique disponible sur : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/>
- (5) « En Côte d'Ivoire, nombreux sont ceux qui rêvent toujours d'Europe » Ressource électronique disponible sur <https://www.infomigrants.net/fr/post/23085/en-cote-d-ivoire-nombreux-sont-ceux-qui-revent-toujours-d-europe>
- (6) Ressource électronique disponible sur : <https://www.infomigrants.net/fr/post/6665/migrations-vers-l-europe-les-chiffres>
- (7) Metraux JC, La migration comme métaphore, Paris, La Dispute, 2011, 260 p., ISBN : 9782843031984.
- (8) Sabard M, Fillaut, T. Vingt-cinq ans d'exercice de la médecine vus par des généralistes d'Ille-et-Vilaine. *Exercer*. 2011;22(96):57-51
- (9) Martos S. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes ,*Le Quotidien du médecin*. 2/05/2017
- (10) Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France 2018. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr>
- (11) Avril 2006 DREES.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
- (12) Le soin aux étrangers : une question médicale, morale et politique Isabelle Marin, Sara Piazza Dans *Jusqu'à la mort accompagner la vie* 2015/4 (N° 123), pages 55 à 68
- (13) Ernst S et Meriaux I, les internes en médecine générale face aux inégalités sociales de santé / faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Thèse médecine, Aix-Marseille, 2013
- (14) Bouchaud O, Approche transculturelle de la santé des migrants : un outil pour l'alliance thérapeutique, *La Revue du Praticien*, vol 69, juin 2019, p670-671
- (15) Althaus F, Hudelson P, Domenig D, Green AR, Bodenmann P, Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. Quels besoins, quels outils, quel impact?" *Février 2010 Forum Médical Suisse* 10(05):7983 DOI : 10.4414/fms.2010.07077 »
- (16) Perrin E, Douleur et culture, Le point de vue d'une sociologue, paru dans *douleurs et analgésie*, N°4, Ed . Médecine et hygiène, Genève, 1996
- (17) Lalleman L, « Les représentations culturelles de la douleur au Bénin, ont-elles un rôle dans son ressenti, dans son expression, dans son soulagement ? Quelques outils pour une meilleure compréhension des représentations de la maladie dans un pays d'Afrique de l'ouest », thèse de médecine générale de l'université de Paris Descartes, 2014
- (18) Pedinielli J.L., Rouan G, Douleur et traumatisme: lecture psychanalytique. Paru dans *douleur et analgésie*. 10, 95–100 (1997). <https://doi.org/10.1007/BF03008055>)
- (19) PETROUCHINE R, MAURY DE FERAUDY J, ZEROUG-VIAL H, « Il faut du psy ! ». *Psychologues et psychiatres face aux migrants précaires*, *Rhizome* n°69-70 – Soigner le traumatisme ? (décembre 2018),

## Le patient migrant au cabinet du généraliste : Réflexion autour d'un cas.

**Mots clés :** médecine générale, migration, transculturalité, relation médecin patient

Pendant nos consultations de médecine générale nous sommes chaque jour confrontés à des patients migrants ou issus de la migration.

Si pour certains le motif de consultation ne constitue pas de difficulté particulière, pour d'autres, cette consultation de 15 minutes devient un véritable défi et cela sans entrer dans les difficultés d'incompréhensions linguistiques ;

Comment aider au mieux un patient dont nous ne maîtrisons pas les codes culturels ni le vocabulaire sémiologique pendant le temps restreint d'une consultation ?

Nous essaierons dans ce mémoire de décrypter cette problématique en nous basant sur le récit d'une jeune patiente qui, bien qu'elle n'ait pas de pathologie médicalement complexe, met le soignant en échec thérapeutique et la maintient dans sa souffrance faute de prise en charge appropriée. Puis nous proposerons des pistes pour essayer améliorer cette prise en charge.

**Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »**  
Rédigé sous la direction de Guillaume Pegon