

Soins aux migrants: une opportunité de pratiquer une meilleure médecine ... pour tous!

Patrick Bodenmann^a, Mario Gehri^b

^a Médecin associé, MER, Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne (PMU)

^b Médecin chef, PD & MER, Hôpital de l'Enfance, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)



«*Nous savons que notre héritage multiple est une force, pas une faiblesse. Nous sommes un pays de chrétiens et de musulmans, de juifs et d'hindous, et d'athées. Nous avons été formés par chaque langue et civilisation, venues de tous les coins de la terre.*»

(Fragment du discours prononcé par le 44^e président des Etats-Unis lors de son investiture le 20 janvier 2009) Un **constat**: à l'instar des gares ou des aéroports, le cabinet du médecin et les institutions de soins sont des endroits de transit et de flux, caractérisés par leur extraordinaire diversité: aux différentes origines se superposent des langues, des traditions, des représentations de la maladie, des regards sur la vie et la mort multiples et variés, résultat des migrations humaines, ce «chaînon manquant de la mondialisation» [1].

A partir de cet état de fait, quelles **opportunités** pour le médecin d'ici?

1. Bien souvent, dans la prise en charge d'un patient «venu d'ailleurs», le **clinicien** est d'emblée renvoyé à ses «gammes» et doit revenir aux bases de son métier, renouveler ses connaissances, être créatif dans son approche. Le socle fondamental de notre travail est l'écoute du patient. Cette écoute est parfois impossible: il y a alors nécessité d'avoir recours à un interprète communautaire qui, bien que considéré par une abondante littérature comme indispensable dans la prise en charge de la diversité, demeure non reconnu par notre système asséculogique. Cette écoute est souvent difficile et compliquée, nécessitant de comprendre une réalité différente de la maladie. Et pourtant, tout à coup, la lumière se fait: chacun se comprend, on entend l'autre; le soignant peut alors commencer à construire son raisonnement médical. Une approche clinique transculturelle [2] est indispensable parallèlement à l'évaluation des déterminants sociaux de la santé [3]. Si l'anamnèse demeure insatisfaisante, il faut être d'autant plus perspicace dans l'approche de la sémiologie clinique «métissée» par des représentations propres du symptôme, de la souffrance, de la chronicité et du sens donné à la maladie. Enfin, le clinicien peut être confronté à des maladies «lointaines», souvent moins bien connues car jusqu'alors moins prévalentes sous nos latitudes, mais devant intégrer de plus en plus nos diagnostics différentiels dans une société de la mobilité.

2. Face à la complexité de cette réalité clinique et sociale, le recours à un travail pluri- et si possible interdisciplinaire en **réseau** s'avère indispensable. Ce travail en réseau, la communication, la délivrance d'un carnet de santé rempli avec les parents pour l'enfant, sont autant d'éléments qui rendent les choses plus compréhensibles. Dans ce réseau, on s'appuie d'abord sur la fa-

mille, les proches, les assistants sociaux, le réseau scolaire; mais aussi sur des professionnels des sciences sociales (anthropologie, sociologie, psychologie, etc.), des juristes, des avocats, des médecins généralistes et spécialistes et, de plus en plus fréquemment dans les institutions de soins, sur du personnel administratif et financier, tous garants, à terme, de soins de qualité sans exception («*an exceptional medicine without exception*») quels que soient l'origine et le niveau socioéconomique rattaché.

3. Face à des situations médicosociales et juridiques souvent aux frontières de l'acceptable dans l'exercice de notre métier, l'**éthique** est immédiatement visible, à chaque instant de la consultation, et donc incontournable; les principes de l'éthique (bienfaisance, non malfaisance, justice distributive, autonomie) constitueront alors des balises de sécurité et d'orientation dans nos prises de décision et de position [4].

4. Enfin, le médecin, clinicien, souvent enseignant, parfois chercheur, est aussi un citoyen de la société civile. A ce titre, il peut adopter une position de **défenseur** («*advocate*») des droits minimaux de ses patients migrants, souvent plus vulnérables: à partir d'une réalité individuelle mais aussi communautaire et de santé publique, il est en mesure de former, informer, témoigner. Les quatre domaines évoqués nous remettent simplement devant nos devoirs «génériques» de soignant: écouter, regarder, réfléchir, communiquer en partant du patient et de sa famille pour terminer vers la «chose médicale» avant d'effectuer le chemin de retour!

Ces opportunités ont un impact sur le médecin-clinicien non seulement dans la prise en charge de patients issus d'autres horizons, mais aussi sur l'excellence et la cohérence de notre relation thérapeutique auprès du patient autochtone. Témoin privilégié de ces réalités, besoins et valeurs, le médecin-enseignant peut partager un savoir, un savoir-faire et un savoir-être auprès des étudiants et collègues moins expérimentés; quant au médecin-chercheur, il est confronté aux challenges d'une recherche souvent complexe méthodologiquement, plus difficilement finançable, mais stimulante et indispensable à un objectif de soins de qualité pour tous et en particulier pour les plus vulnérables.

En définitive, les migrants nous enrichissent et nous rappellent qu'ils viennent, comme chaque patient, nous raconter et déposer le plus intime d'eux-mêmes. Ils nous tendent une «loupe» afin de mieux regarder (car heureusement nous ne sommes pas complètement

Les auteurs certifient qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

aveugles!). Ils nous assistent en nous montrant souvent comment être meilleurs avec chacun.

Au travers de trois articles, différents auteurs suisses et internationaux porteront un regard nuancé et complet sur la situation actuelle de la santé des migrants en Suisse, sur les compétences cliniques transculturelles indispensables à tout soignant confronté à la diversité de sa clientèle, et sur l'approche pratique de rencontres apparemment «origines-discordantes» entre un médecin d'ici et un patient venu d'ailleurs.

Nous vous souhaitons une excellente lecture!

Correspondance:

Dr Patrick Bodenmann
Médecin associé, MER, MSc
Responsable de l'Unité des Populations Vulnérables (UPV)
Policlinique Médicale Universitaire
Rue du Bugnon 44
CH-1011 Lausanne
patrick.bodenmann@hospv.ch

Références

- 1 Pécoud A, Guchteneire Pd. Migration without borders. Essays on the free movement of people; 2008.
- 2 Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR. Cross-cultural primary care: a patient-based approach. *Ann Intern Med.* 1999;130:829-34.
- 3 Commission of the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva; 2008.
- 4 Benarrojo L. Ethique et responsabilité en médecine; 2006.