

L'étranger au cabinet du généraliste

Un atelier des journées de Gruyères 2002

Comment comprendre le symptôme d'un patient étranger?

Comment vivre cette relation médecin-malade? Le médecin peut-il soutenir ces patients dans leur effort d'adaptation?

Animé par P-A Etienne, le groupe a bénéficié des compétences du Dr Jacques Moser, consultant du service de santé communautaire et des migrants à la Policlinique de Genève.

Wie kann man die Symptome von ausländischen Patienten richtig verstehen? Wie soll diese Arzt-Patienten-Beziehung gelebt werden? Kann man als Ärztin, als Arzt beim Zurechtfinden im fremden Land helfen? Dieser Workshop mit Dr. Jacques Moser vom Service de santé communautaire et des migrants an der Genfer Poliklinik befasste sich unter der Moderation von P.-A. Etienne mit diesem Fragenkomplex.

Anne-Lise Tesarik

La discussion s'est limitée à la situation de l'étranger requérant d'asile et réfugié, bien qu'il ne s'agisse là que d'une partie des étrangers de notre consultation.

Notre discussion c'est orientée selon 3 axes:

1. Difficultés transculturelles et de communication
Comment comprendre le symptôme, l'intégrer dans un modèle de la maladie. Quelle est l'attente, la demande?

- Contrairement à notre culture où le fait de dire les choses, de dévoiler le secret est essentiel, il existe des cultures où l'on ne parle pas.
- Lorsqu'on ne comprend pas l'attente du patient, utiliser la question: «Avez-vous déjà connu quelqu'un qui avait la même maladie?».

Surtout: ne pas exagérer l'importance des différences culturelles: il existe beaucoup d'autres déterminants de la relation: statut social, histoire de vie, caractère, etc. Toute consultation peut être considérée comme transculturelle.

2. Vécu d'une relation médecin-malade parasitée

- Par les peurs, les préjugés, les mauvaises

interprétations de gestes culturels. (Nous avons eu une discussion très animée dans le groupe sur l'existence ou non d'un mépris de la femme exprimé par des patients musulmans: dans ce type de situation, il importe de différencier ce qui se rapporte au statut social de la femme dans la société de ce qui se passe ici et maintenant dans la relation interpersonnelle: dans la relation, ma sensibilité féministe et l'image précoce maternelle de mon patient sont des déterminants plus importants que le culturel).

Surtout: ne pas tomber dans l'amalgame «les musulmans méprisent les femmes»: c'est totalement faux par son caractère réducteur et ce type de pensée dérive rapidement vers le dénigrement d'une autre culture, voire vers le racisme.

- Par la situation de pouvoir que confère au médecin le statut de dépendance particulier du requérant d'asile: dans ce rôle de dispensateur du certificat qui devrait permettre de changer d'appartement, voire d'obtenir un permis de séjour, le médecin se sent en porte-à-faux: à son offre d'une relation basée sur les valeurs d'honnêteté et de partenariat, le patient répond par la manipulation ...

Surtout: ne pas se laisser prendre par la tendance actuelle à médicaliser, psychiatriser la souffrance et la détresse humaine: c'est inefficace.

Bien séparer la rédaction d'un certificat médical qui demande de la rigueur de ses réflexions personnelles sur la situation de détresse de notre patient.

3. Il doit exister des phases d'adaptation du requérant, sur le modèle des phases du deuil selon Kübler-Ross:

- le soulagement d'être arrivé;
- faire le deuil de ce qu'on a quitté, éventuellement des traumatismes vécus;
- tester le système;
- trouver sa place dans le système.

Durant ce cheminement, ne pas oublier qu'on ne peut s'intégrer sans un sentiment d'appartenance à son pays d'origine (chacun de nous connaît un patient qui respecte ici

strictement le Ramadan, alors qu'il ne le pratiquait pas dans son pays).

Penser, comme médecin, à s'appuyer sur les ressources du patient, souvent bien plus importantes qu'il n'y paraît: le patient se doit d'apparaître misérable à la consultation ...

Pour chacun des membres d'une famille, l'adaptation pose des problèmes spécifiques:

- le *père* doit faire face à la perte de son statut de père qui nourrit la famille et à la disqualification professionnelle «c'est pire que les tortures que j'ai subies» selon l'expression d'un Iranien ...
- la *mère* garde son rôle de mère de famille, mais dans un environnement où elle a perdu ses repères traditionnels et le soutien des femmes de l'entourage familial.
- Les *enfants* sont pris dans un conflit de loyauté entre la culture d'origine et les habitudes du groupe de pairs dans lequel ils s'intègrent.

Que peut faire le médecin face à une adolescente incapable de s'émanciper, bien que

majeure, d'une famille qui la traite d'une manière inacceptable pour nous?

- D'abord bien faire la différence entre ce qui ressort de la culture d'origine ou d'un caractère pathologique du père p.ex.
- Offrir un espace dans lequel l'adolescente peut, dans une atmosphère de respect pour sa culture d'origine, réfléchir sur ce qu'elle veut, dans sa vie adulte, garder de son pays d'origine et ce qu'elle rejette. Ce n'est qu'une fois que la jeune-fille a fait le choix de dire non à sa famille que l'on peut l'aider concrètement (recherche d'un lieu d'accueil p.ex.).

En conclusion, nous avons été unanimes à relever le *plaisir* que peuvent nous apporter ces patients:

Plaisir de la *rencontre*
de la *découverte*
de *fêtes* partagées
de la *reconnaissance* témoignée