

Souffrance du corps – souffrance de l'âme

Collaboration entre le généraliste et le spécialiste dans la prise en charge des migrants¹

Marc Walther

Les médecins semblent plus facilement arriver dans des situations d'impasse avec des migrants qu'avec des patients autochtones. Le généraliste, autant que le psychiatre auquel il demande une collaboration, se voit facilement dépourvu de ses outils habituels. Il se sent impuissant face à une demande de soigner un corps qui, d'après nos procédures diagnostiques les plus sophistiquées, ne nous délivre pas la clé pour comprendre et soulager la souffrance. Avec une meilleure compréhension des pièges les plus évidents et des éléments contextuels à respecter, nous pourrions plus facilement accepter nos limites face à des attentes démesurées et nous pourrions donner l'aide possible.

Ärzte scheinen bei MigrantInnen häufiger mit schwierigen Situationen konfrontiert als bei anderen Patienten. Der Hausarzt muss, genau wie der hinzugezogene Psychiater, auf seine üblichen Mittel verzichten. Er fühlt sich hilflos gegenüber der Aufgabe, einen Körper zu heilen, der trotz Anwendung anspruchsvollster diagnostischer Methoden keine Antwort liefert, um sein Leiden zu verstehen und zu lindern. Wenn wir die häufigsten Fallen und den Kontext besser verstehen, können wir unsere Grenzen gegenüber übersteigerten Erwartungen leichter akzeptieren und die mögliche Hilfe leisten.

Une femme d'origine arménienne souffre d'un diabète qui ne répond pas au traitement établi; il est impossible de soigner sa dépression et elle refuse toute prise en charge ou médication «psy». Une femme bosniaque gravement traumatisée pendant la guerre souffre de douleurs variées, chroniques. Sa vie familiale est marquée par la violence conjugale. Un suivi psychologique à Appartenances² est rapidement interrompu sous l'emprise du mari. Ces deux situations issues du cabinet du généraliste sont des exemples de milliers d'autres situations semblables où le généraliste se voit limité à offrir sa présence, son écoute humaine et professionnelle, sans pouvoir influencer visiblement le cours de la maladie. Souvent, il doit refuser des demandes d'exams et de thérapies inutiles et supporter le reproche (pas toujours muet) des patients, persuadés que son attitude est influencée par leur statut de migrants.

Sur la base de ces exemples, issus du cabinet du Dr Bischoff, le groupe développe ses pensées en partant d'une série de questions qui orientent la réflexion:

Du côté du praticien:

- Que peut-on faire?
- Quels buts sont adéquats dans cette situation?
- Quels moyens sont indiqués pour atteindre ces buts?

Le psychiatre rajoute alors d'autres questions préliminaires:

- Qu'est-ce qui empêche d'agir «comme d'habitude» et selon les règles de l'art (analyse des facteurs inhibant une prise en charge optimale et leur origine, telle que sociale, politique, culturelle, éducative, etc.)?
- Quel est le problème du médecin (quel est l'aspect problématique subjectif le plus important)?
- Quel est le problème de la patiente ou du patient (de son point de vue subjectif)?
- Quelle est la marge de manœuvre dans ce cas entre l'impuissance frustrante et un activisme inutile?

1 Congrès annuel de la Société Suisse de Médecine Générale, 21–23 octobre 2004; atelier animé par Thomas Bischoff (médecine interne) et Marc Walther (Psychiatre et Pédopsychiatre).

2 Appartenances est une association qui veut faciliter la vie des migrants en Suisse. Dans le canton de Vaud, elle offre de multiples prestations aux migrants et aux professionnels concernés, entre autres des consultations et des traitements multiprofessionnels (psychologues, psychiatres et physio- et éthnothérapeutes). Ses activités sont soutenues par le canton, la Croix Rouge Suisse et l'ONU.

En contextualisant les deux histoires, nous prenons du recul dans ces situations où l'impuissance pourrait nous pousser à des réponses portées par l'émotion, allant de l'épuisement au rejet.

Si nous concevons la relation patient-médecin comme la base d'un traitement efficace, et une bonne communication comme le fondement de la démarche médicale habituelle, nous sommes confrontés à des difficultés dans la grande majorité des cas des migrants. La collaboration avec des interprètes professionnels reste plutôt l'exception et elle diffère d'un canton à l'autre. Ce sont souvent les enfants qui nous dépannent, pris dans des loyautés contradictoires. Il y a donc à la base une difficulté énorme et souvent oubliée, tellement nous nous sommes habitués à ce manque. Si nous avons la possibilité d'aller au-delà des examens physiques et techniques, qui fascinent tellement nos patients, nous pourrions plus facilement déceler les questions et les soucis de nos patients, qui eux-mêmes en ignorent souvent l'importance ou même l'existence.

L'expérience gagnée dans les psychothérapies avec ces migrants (à l'aide des interprètes professionnels) nous permet de mieux comprendre quelques problèmes et conflits fréquents. Dans l'atelier, nous nous concentrons sur les deux situations évoquées, typiques et fréquentes; celle du travailleur immigré et celle de la victime de guerre et de traumatismes.

Le travailleur immigré amène chez nous normalement son corps comme seul capital. Ce corps signifie en même temps son identité, sa filiation, le lien le plus proche avec le passé, sa famille, son pays. Il est alors non seulement très hautement investi et porteur de multiples significations, mais en plus il est le seul garant du projet de migration. Quand ce corps risque de faillir, fréquemment dans des accidents dits «de bagatelle» (qui sont tout sauf une bagatelle pour le vécu du patient), le migrant voit toute son existence menacée. Comment éviter les pièges d'un diagnostic d'organe («c'est rien ...»), pour arriver à un projet de réparation, de réhabilitation commun avec le patient? Le patient, avec ses multiples conflits inconscients liés à sa situation de migrant, amène son corps comme lieu unique d'une souffrance permise et dangereuse à la fois.

L'autre situation typique, celle des requérants d'asile, connaît d'autres enjeux aussi complexes. Ici, le corps était fréquemment le «champ de bataille», le lieu de la défaite ou de l'humiliation et le patient l'a par conséquent abandonné. Il présente alors un corps douloureux, mais «inhabité» à son médecin et il réagit mal si les douleurs sont déclarées d'origine psychique. Il ne veut pas être considéré comme fou, même si, dans sa détresse, il craint parfois l'être. Ce corps est alors devenu un lieu hautement ambigu. Les douleurs sont à la fois des témoins du vécu, parfois même la seule trace qui parle encore de ce passé qui devrait donner droit à l'asile et qui ne donne cependant pas plus que des sursis répétés. Comment le médecin peut-il s'en sortir s'il ne peut parler du vécu ou au moins faire comprendre «qu'il sait» de quelle catégorie de vécu il s'agit?

Dans les deux situations, une bonne communication reste difficile, de même qu'une collaboration satisfaisante avec des psychothérapeutes, même si les moyens sont disponibles. Toute démarche du médecin serait alors d'emblée vouée à l'échec? Dans la discussion, les participants mettent l'accent sur la fonction primaire du médecin généraliste: être présent comme partenaire fiable pour le patient et sa famille. Ils suggèrent d'écouter d'autres membres de la famille, d'établir des liens avec d'autres intervenants autour du patient, de faire quelques petites démarches utiles qui ne changeront pas fondamentalement le sort du patient, mais libèrent les deux de l'impuissance. Ils mettent l'accent sur le lien établi avec le patient, qui peut servir comme contenant, comme garde-fou contre des stratégies du désespoir qui feraient accumuler des consultations en urgence et multiplier les mêmes examens sans pouvoir diminuer la détresse.

Dr Marc Walther
Association Appartenances
Rue des Terreaux 10
CH-1003 Lausanne
m.a.walther@bluemail.ch