

Melissa Dominicé Dao

Le futur du généraliste dans un monde transculturel

Résumé de l'exposé principal de la conférence JHaS à Thun le 20 avril 2013

Des patients venus d'ailleurs ...

Le médecin de premier recours du 21^{ème} siècle est confronté à une proportion de plus en plus importante de patients provenant d'horizons culturels différents du sien. En 2012, 23% de la population suisse était de nationalité étrangère.¹ Dans certains cantons, cette proportion est encore plus grande, le canton de Genève arrivant même à 40% de ressortissants étrangers.² Cette diversité des patients pose des défis pour le praticien et comprend un certain nombre de risques pour les patients issus de la migration. La non-prise en compte des différences linguistiques et culturelles génère des difficultés de communication, des malentendus et des préjugés

dont les conséquences peuvent être un manque de confiance au sein de la relation médecin-patient, des problèmes de coopération thérapeutique et des erreurs diagnostiques, entraînant une moindre qualité de soins aux patients issus de minorités ethniques [1].

... et des médecins porteurs de cultures

Mais cette diversité ne concerne pas seulement les patients et se reflète également au sein du personnel médico-soignant. En 2009, la proportion de médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger et pratiquant en Suisse était de 22%; en milieu hospitalier elle atteignait 30% [2]. La proportion de personnel de santé étranger dans les hôpitaux suisses représentait 36% en 2008 [3]. De plus, si l'on définit la culture comme «un ensemble de savoirs et de pratiques qui s'acquièrent et se transmettent socialement au sein d'un groupe donné, qui indiquent au sujet de quelle façon voir le

¹ Statistiques des étrangers et de l'asile. ODM, 2009. Bureau fédéral de la statistique, 2011 www.bfs.admin.ch.

² Office cantonal de la statistique, Genève <http://www.ge.ch/statistique>.

Tableau 1

Compétences transculturelles: cadre conceptuel [16].

Knowledge = connaissances

Contexte historique, culturel et social des différentes communautés rencontrées (attention aux stéréotypes)

Problématiques liées à la migration et au trauma

Différences de prévalence de certaines maladies

Ressources locales disponibles (famille, communauté, etc.)

Attitudes = attitudes

Curiosité, respect, sensibilité de l'autre

Conscience de ses propres présupposés et attentes

Attention données aux stéréotypes, racisme, discrimination

Skills = savoir-faire

Accéder au modèle explicatif de maladie

Évaluer le contexte social du patient

Négociation et participation du patient à la décision

Intégration des données relatives au patient dans le plan de traitement

Savoir travailler avec un interprète

monde, l'expérimenter émotionnellement et s'y comporter, et qui permettent aux membres du groupe social de communiquer, travailler et vivre ensemble de manière efficace» [4], la biomédecine occidentale contemporaine est également à considérer comme un groupe culturel propre avec, entre-autres, ses théories de maladie, son langage et ses règles déontologiques [5]. Pour les médecins travaillant en hôpitaux ou dans des grands centres médicaux, la culture institutionnelle locale va également jouer un rôle dans la relation avec le patient et dans sa prise en charge. Dans cette perspective, on peut dire que toute consultation médicale est par essence interculturelle.

Acquérir des compétences transculturelles

Il s'agit donc pour le médecin de premier recours du 21^{ème} siècle d'acquérir des compétences transculturelles, c'est-à-dire la capacité d'identifier, comprendre et répondre efficacement aux besoins culturels et linguistiques de ses patients. Ces compétences transculturelles reposent sur le fait d'acquérir des connaissances et de développer des attitudes et des savoir-faire spécifiques [6, 7]. En effet, plusieurs études qualitatives au Canada et en Europe mont-

rent que les médecins de famille connaissent mal l'effet de la culture sur la relation médecin-patient et sur l'expression de la souffrance du patient et manquent de cadre conceptuel interculturel pour aborder ces sujets avec leurs patients [8, 9]. Ils ont aussi tendance à ignorer leur propre référentiel culturel et à considérer le patient comme seul porteur de culture [10].

La langue

Confronté à une consultation avec un patient d'origine culturelle étrangère à la sienne, le MPR devra prendre en considération certains éléments clés du contexte du patient. La question linguistique est primordiale et l'absence de langue commune entre patient et médecin risque de générer malentendus, erreurs diagnostiques et difficultés de suivi et d'adhérence [11, 12]. De nombreux hôpitaux suisses ont décidé de faire recours à des interprètes communautaires gratuits pour le patient. Malheureusement en l'absence de remboursement par la LAMAL (une motion parlementaire proposant le remboursement des interprètes communautaires a été rejetée en 2008), cette option n'est quasiment pas utilisée par le MPR en pratique privée. Il doit donc se tourner vers les proches du patient pour traduire, avec les risques d'erreurs médicales que l'on sait et d'inconfort lié au manque de neutralité et de confidentialité de ces traducteurs improvisés [13].

La culture

Un des défis est constitué par la difficulté à accéder au contexte culturel de l'Autre [14]. Le tableau 2 propose quelques ressources internet qui peuvent fournir des informations de base sur le pays, la culture d'origine du patient ou des problématiques sociales ou de santé qu'il peut rencontrer. Néanmoins, la culture d'un individu étant plurielle et en perpétuelle transformation, le patient est à considérer comme le meilleur informateur de sa propre culture. Toute information obtenue est dès lors à vérifier auprès du patient.

Le parcours migratoire

Le patient d'origine étrangère nécessite donc un étayage anamnétique [15]. En particulier, la compréhension du vécu du patient passe par la connaissance de son contexte prémigratoire, de son histoire de migration ainsi que des différences entre sa situation postmigratoire et les représentations qu'il s'en faisait. Un élément essentiel à rechercher est l'exposition à la violence, en tant que victime ou témoin, que ce soit dans le pays d'origine, pendant la migration ou en terre d'accueil (y compris des violences structurelles comme le racisme et la discrimination).

Tableau 2

Ressources disponibles sur internet utiles avec des patients migrants.

https://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/dokumentation.html	Documents publiés par l'Office fédéral des migrations relatifs à la migration en Suisse, portraits de différentes diasporas en Suisse
www.etatdumonde.com	Informations historiques et géopolitiques par pays (payant)
www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html	Informations géopolitiques concises par pays récoltées par l'agence américaine de renseignements
http://ethnomed.org	Profils culturels, problématiques de santé fréquentes avec certaines populations
http://cultural.profiles.spirasi.ie	Répertoire de sites offrant des informations en lien avec certains groupes de population ou problématiques de santé
http://www.safetravel.ch	Informations relatives aux maladies tropicales par pays

Le comportement envers le système de santé

Les modèles explicatifs culturels et les traitements traditionnels préconisés pour les symptômes présentés peuvent évidemment offrir des pistes de compréhension au patient qu'il s'agit d'explorer avec lui. Le comportement du patient dans le système de santé va être dicté par la légitimité culturelle de ses symptômes, mais aussi par sa connaissance du système de soins et sa possibilité d'y accéder. Enfin, ses attentes des possibilités thérapeutiques et diagnostiques de la médecine occidentale sont souvent immenses, et l'absence d'un diagnostic clair ou de possibilités thérapeutiques efficaces peuvent générer de l'incompréhension. De même, l'acceptation de la chronicité d'une maladie ou des éléments de prévention peut être rendue plus difficile si le patient n'a pas été confronté préalablement à ces notions dans son parcours médical.

Les facteurs spécifiques liés à la migration

Les facteurs de stress psychosociaux habituels sont à rechercher activement, mais aussi les difficultés propres à la migration telles que l'insécurité administrative (permis de séjour), la perte de statut socio-économique, la modification des dynamiques familiales liée à l'acculturation différenciée des différents membres de la famille, ou la nécessité d'envoyer de l'argent au pays – pour n'en citer que quelques unes. Le soutien au patient passe aussi par l'exploration de ses ressources, du point de vue personnel, familial et communautaire. Ces ressources peuvent inclure des personnes à solliciter ou des actions à mener dans le pays d'origine, en cas d'isolement en pays d'accueil. La foi ou la spiritualité du patient peut également s'avérer une ressource majeure, à rechercher activement.

Considérer les préjugés

Mais surtout, la rencontre avec l'altérité du patient (migrant ou pas) nécessite de tourner le regard vers soi et d'examiner sa propre culture personnelle et professionnelle, son degré de connaissance du contexte du patient, et ses présupposés de la culture de l'Autre. L'impuissance du clinicien à agir sur les facteurs externes (sociaux, administratifs, politiques) peut générer de la frustration, qu'il convient de reconnaître. Selon le contexte politique, ce dernier peut être amené à se trouver en conflit entre son rôle de professionnel de santé et son positionnement de citoyen, comme par exemple lorsqu'un patient lui demande d'appuyer une demande d'asile par un certificat médical. Les barrières au lien et à la communication doivent être abordées, telle que l'absence de langue commune ou la possibilité d'un conflit lié à des faits historiques entre son pays et celui du patient. Dans l'espace clinique, il s'agit d'une rencontre entre deux individus, mais chacun des deux peut être porteur des préjugés de l'autre; cette réalité commune à tout entretien médical nécessite une attention particulière avec le patient migrant. Ces éléments sont repris dans le tableau 3. Pour le MPR, les différents points ne pourront évidemment pas être abordés dans une seule consultation médicale, mais plutôt sur le long terme, en même temps que se construit la relation thérapeutique.

Tableau 3

Éléments clés à prendre en compte avec un patient migrant [17, 18].

Langue(s) parlée(s)
Parcours migratoire / trauma
Religion et spiritualité
Modèles explicatifs de maladie / santé
Attentes des médecins / soins
Connaissance du système de soins local
Acceptance / rejet par le pays d'accueil (permis de séjour, accès soins et emploi, expérience de discrimination ou de racisme, etc.)
Analyse de son propre référentiel culturel et des différences avec le patient
Connaissance du clinicien du contexte culturel du patient, préjugés et stéréotypes

Conclusion

En conclusion, on peut dire que le cabinet du MPR du 21^{ème} siècle est un espace de négociation du social, du culturel et du biologique. La pratique de la médecine du futur requiert donc d'excellentes compétences cliniques générales mais sollicite également des compétences culturelles spécifiques, en particulier par un étayage anamnestique auprès du patient et par une réflexion du MPR sur son propre référentiel culturel et les éventuelles questions éthiques résultantes. Les compétences acquises par le MPR par sa pratique médicale auprès de populations migrantes bénéficieront également ses patients autochtones, pour qui une rencontre (souvent imprévue) avec la biomédecine constitue en soi un rencontre avec un référentiel inconnu et étranger, et par là une expérience transculturelle.

Références

La liste des références est publiée sur: www.primary-care.ch > archives > numéro 8/2014.

Correspondance:

Melissa Dominicé Dao
MD, MSc, Médecin adjoint
Service de Médecine de Premier Recours
Département de Médecine Communautaire
de Premier Recours et des Urgences
Hôpitaux Universitaires de Genève
4 rue Gabrielle-Perret-Gentil
1211 Genève 14
[melissa.dominice\[at\]hcuge.ch](mailto:melissa.dominice[at]hcuge.ch)