

Mémoire DIU Santé des migrants (Impacts sur la santé de la migration en France)

U.F.R. Santé, Médecine, Biologie Humaine - SMBH

Intérêt d'un travail en réseau multi professionnel pour l'accès aux soins des migrants

Introduction :

La rencontre humaine et médicale de personnes venues du monde entier mais surtout du monde en souffrance dans leur pays d'origine dans une consultation de médecin généraliste est devenue un fait de société.

Nous, professionnels de la santé, avons à remettre en questions nos pratiques et notre analyse pour un accueil efficace et soignant de personnes en situation de précarité.

Après l'historique de mes 40 années de pratique de médecin généraliste en ZUP, nous décrypterons tout d'abord deux populations très différentes : le soignant et le migrant. Enfin, à partir de deux cas cliniques, nous démontrerons que la qualité de la rencontre humaine est primordiale pour initier la démarche vers le soin.

Partie 1 : 37 ans de médecine générale en ZUP

1- Mes choix

Entre 1977 et 1980, dans l'idée de m'installer, j'ai choisi de travailler dans les différents services de l'hôpital local pour connaître tous les praticiens hospitaliers et les différents réseaux de soins, de façon à pouvoir réorienter ma future patientèle. Par la suite, ces connaissances m'ont apporté une fluidité pour la gestion de pathologies complexes entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Installée en 1980, j'ai choisi de m'installer en tant que médecin généraliste dans une zone où l'accueil des populations simples, précaires et internationales a toujours été une priorité. En effet, pour ces populations le rôle de médecin généraliste est le pivot de la santé de leur famille et la porte incontournable pour l'entrée dans tous les soins.

Enfin, j'ai choisi de m'installer avec des collègues médecins militants dans une commune communiste. Beaucoup de ces mairies mettaient un point d'honneur à accueillir les populations de réfugiés des quatre coins du monde, ce qui était intéressant à mes yeux.

2- L'évolution des populations migrantes

Jeune médecin, je me suis rapidement trouvée témoin de chemins de migrations complexes, aussi bien des Espagnols, ayant fui la dictature de Franco, que des Italiens, des Polonais et des Portugais, à la recherche de travail. Ma compréhension de l'histoire de leur maladie a évolué avec la compréhension de l'histoire de leur migration.

J'ai toujours été curieuse de comprendre les motifs et l'histoire des migrations :

- Les « boat people » Vietnamiens
- Les réfugiés à la suite des dictatures latino-américaines

En 1990, après une réflexion personnelle sur l'impact des dates clés d'une vie sur la fragilité de la santé sur la personne et ses descendants, j'ai reporté mon analyse sur les populations en migration et leurs descendants.

3- La naissance des réseaux ville - hôpital

En 1990, à l'occasion de la célèbre épidémie meurtrière de VIH, nous avons vu arriver dans notre consultation des patients dépressifs, dénutris et en difficultés de lien social, nécessitant une prise charge complexe.

Le patient demande, mais que demande-t-il exactement ? Ou plutôt quelle est sa réelle recherche ? Et cette expérience avec les personnes touchées par le virus du VIH nous a conduits à des questionnements sur la façon de leur apporter une réponse. C'est pourquoi, nous nous sommes regroupées, médecins de ville, soignants hospitaliers et acteurs de préventions. Nous avons créé un réseau officiel de relations multidisciplinaires pour faire face aux demandes sociales et médicales des patients touchés par l'épidémie.

Effectivement, chaque professionnel de santé a sa grille de lecture pour comprendre où en est le patient :

- répertorier les urgences vitales, sociales ou médicales
- comprendre leur itinéraire de vie,
- effectuer les démarches prioritaires (sécurité sociale, papiers...).

Grâce au réseau, nous pouvions échanger sur les différentes conduites à tenir pour meilleure prise en charge. Le réseau était aussi l'occasion de se soutenir, de partager les responsabilités et de confronter nos points de vue.

En 1997 parallèlement les médecins généralistes ont reçu de plus en plus de patients du monde entier arrivés sur notre territoire récemment et en demandes multiples !

Bien souvent la première porte d'entrée vers le soin était la consultation de ville de médecine générale. Or dans nos emplois du temps parfois trop chargés beaucoup de nos confrères se sentaient dépassés par l'ampleur de la tâche. Les difficultés linguistiques apparaissaient au premier plan. Toutes sortes de peur envahissaient les confrères, et ils me les adressaient pour plus de simplicité.

Le nombre de consultants migrants augmentant, nous nous sommes regroupés pour bâtir une structure qui accueillerait tous ces étrangers avec un partenariat :

- les médecins de ville
- les médecins hospitaliers
- les assistantes sociales en contact direct avec l'assurance maladie
- la pharmacie minimale gratuite.

C'est ainsi qu'est née la consultation dite de précarité. Tous les jeudis, depuis vingt ans, dans les locaux de l'hôpital nous nous relayions médecins de ville, infirmiers et assistants sociaux pour faire en sorte que la demande destinée aux médecins généralistes soit re-dispatchée et revue avec les regards professionnels croisés de toute notre équipe.

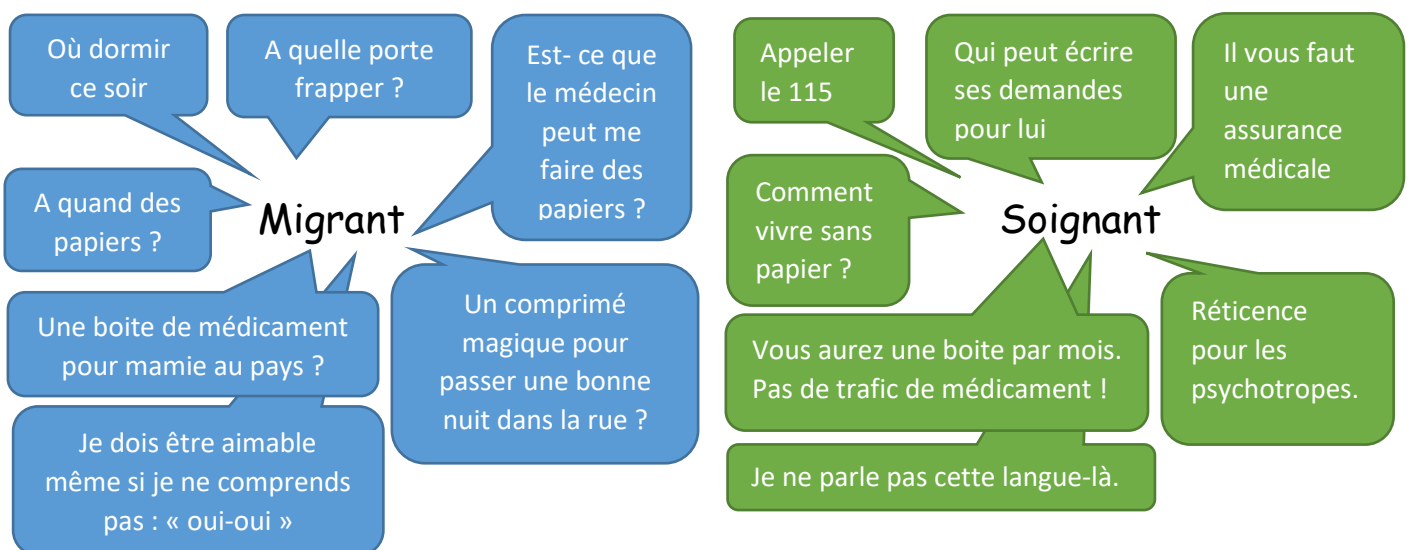
Après ces vingt années de travail en réseau, nous avons acquis une relative expérience de ces démarches d'accès aux soins pour construire une vraie porte d'entrée vers le soin de qualité pour toute la population internationale accueillie sur le territoire.

Partie 2 : Deux univers, un objectif : l'accès aux soins

Pour enrichir nos façons de pratiquer, cette partie aura pour objectif de mettre en lumière le contraste entre deux univers qui sont amenés à regarder dans une optique de santé publique.

1- Les recherches et les souhaits de chaque interlocuteur

Les représentations réelles ou imaginaires des soignants sont éloignées de celles des populations fraîchement arrivées sur le territoire :



Le contraste est saisissant entre deux statuts différents (voire opposés) deux positions de vie différentes :

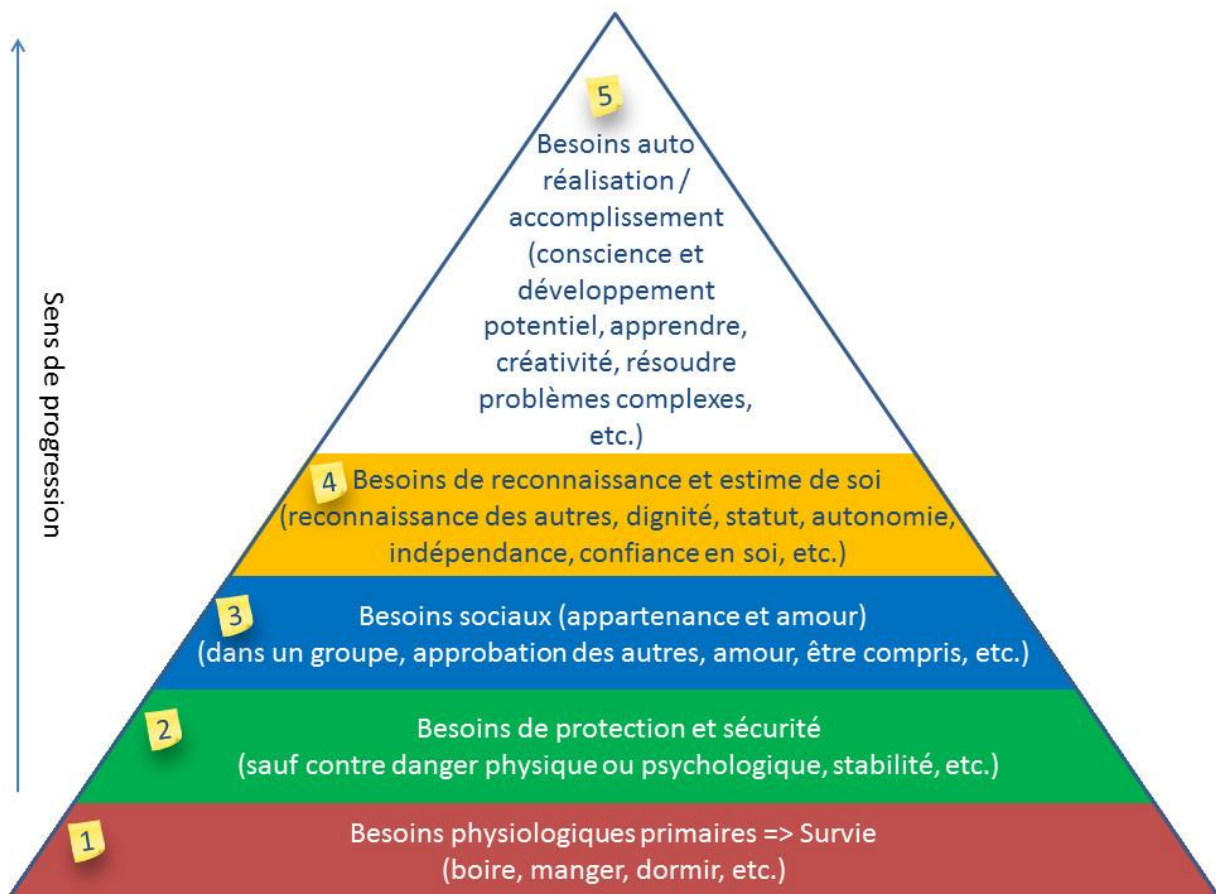
- Les soignants habitués à s'exprimer par la parole sont déroutés par le migrant qui semble ne pas pouvoir le faire.
- Le soignant est stable dans sa fonction et le patient est instable, hésitant, répondant « oui oui » pour ne pas trop montrer qu'il ne sait pas parler, n'osant pas trop donner ses symptômes pour ne pas être vite fait étiqueté comme psychiatrique. La notion de temps est très différente.

- Le migrant imagine un médicament miracle qui va lui retirer ses troubles pour passer un cap et le soignant a dans sa tête une démarche de soins sur la longue durée et une démarche de sante publique structurée.

Malgré ses connaissances universitaires et son expérience, le médecin doit rester humble. Il doit être à l'écoute de l'itinéraire du migrant. En effet, le consultant migrant a une expérience de la santé et de la maladie plus riche que le médecin ne l'imagine, il a souvent survécu à des longs trajets dans des pays inconnus et a su garder sa vie sauve dans des situations périlleuses.

2- Le trépied vital pour envisager la santé

Lors des consultations, les médecins s'appliquent à diminuer la souffrance médicale. Or, les médecins des pays développés oublient que les patients précaires n'ont pas acquis le premier niveau de la pyramide de Maslow.



La pyramide de Maslow (Source : nous comprendre.com)

En effet, avant tout le migrant est souvent momentanément dans une position où le trépied vital est instable. Ce que j'appelle le trépied vital pour la santé c'est l'association de trois éléments indispensables pour pouvoir se projeter en sante : logement/ travail/

Titre de séjour. Notre objectif est de participer à l'amélioration du trépied vital en orientant ses démarches pour :

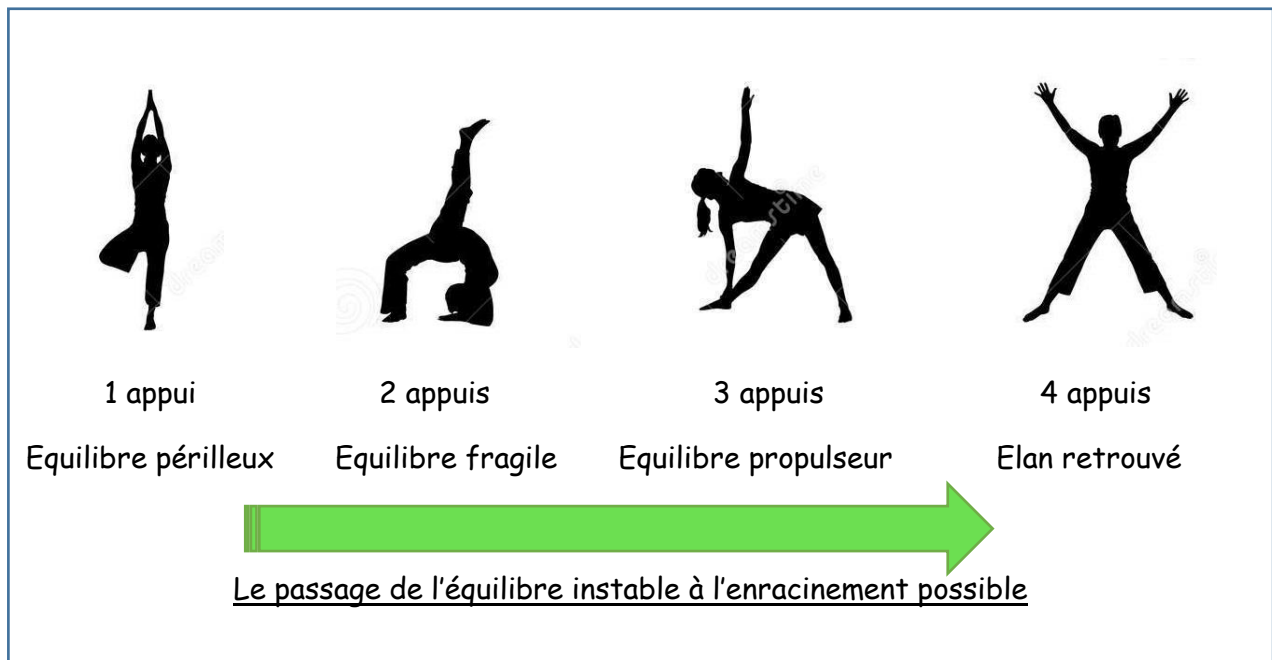
- trouver un logement le moins précaire possible,
- l'encourager vers un travail même très partiel déclaré ou non pour une source de revenus même infimes
- commencer les démarches de papiers envisageables pour obtenir un titre de séjour.



Et tant que ce fameux trépied vital n'est pas en cours de construction, la communication entre le soignant et le migrant ne peut guère fonctionner. Les considérations médicales sont difficilement assimilable, ni imaginable tant que manger et dormir reste un problème.

L'objectif de l'équipe pluridisciplinaire est de se préoccuper de tous les facteurs avant même de parler santé.

Trop souvent, les deux parties évoquent la santé avant d'avoir éclairé les différents éléments du trépied vital.



Partie 3 : Le cas clinique

1- Le canevas de rencontre migrant - soignant

Pour effectuer une consultation de qualité, nous devons donner l'opportunité aux migrants de nous éclairer sur :

- Le motif de la migration, vraie ou supposé ;
- Le trajet de la migration, par avion ou par bateau, le temps, les pays traversés, leurs ressources ;
- L'histoire connue ou supposée du pays d'origine et de la famille d'origine (enfants, femme au pays, niveau de vie, illettrisme...)
- Le trépied de sécurité /stabilité dans le pays d'accueil.

2- Le Guinéen dans ta salle d'attente

La rencontre

En juillet 2016, lors de la consultation du jeudi soir à la précarité, le patient DS rentre en salle d'examen. C'est un grand noir, mince, d'une trentaine d'année, il parle français. Il se plaint de mal d'estomac, de troubles digestifs et de peurs multiples. Pour le moment il dort à la gare de Melun, et il a peur de ce qu'il s'y passe la nuit.

L'échange

Je cherche à savoir son itinéraire. Il est parti brutalement de Guinée, de peur d'être emprisonné. Il me vient à l'esprit les histoires que j'ai déjà entendu. En effet, en 2000 j'ai eu l'occasion d'accompagner une collègue infirmière dans son dispensaire de Kindia en Guinée pendant un mois. Lors de cette expérience, j'ai écouté les conflits entre les différentes ethnies de ce pays et j'ai rencontré des Peuls comme lui. A partir de ce moment est né un intérêt mutuel. En poursuivant l'investigation je comprends, qu'il a fait un long voyage, qu'il est arrivé en bateau en Italie. En lui prenant la tension, je constate qu'il a plusieurs épaisseurs de textiles sur lui, donc il dort dehors et avec ses deux gros sacs en plastique, à l'évidence il n'a pas d'hébergement.

Le bilan de l'entretien

L'analyse de sa situation lui avait fait comprendre qu'il manquait de sommeil et il avait espéré trouver un hébergement ponctuel grâce à l'équipe du réseau. De mon côté, à la recherche du trépied habituel, il était dans une demande d'asile en cours, il lui manquait un lieu pour dormir au calme le temps que l'administration lui propose un logement. Ainsi, à lui comme à moi, il nous semblait évident que la solution à court terme était un lieu privé pour dormir. Les troubles digestifs présentés initialement étaient passé au second plan.

Les solutions possibles

Je lui propose d'appeler le 115. Il connaît le système et ils n'ont pas trouvé de place.

Sachant que 95% des Guinéens sont musulmans, je lui propose de se renseigner auprès de la mosquée de Damarie-Les-Lys. Il semble septique.

Lorsqu'il m'a demandé où j'exerçais, me vient à l'idée de lui proposer de dormir dans le jardin de mon cabinet sachant que je suis absente pendant 10 jours. Il accepte volontiers, pensant que c'est ce qu'il lui faut et qu'il attendra mon retour en poursuivant les démarches proposées par le réseau.

Parfois les symptômes médicaux attendent une réponse à propos du trépied vital, ci-dessus, il nécessitait un lieu de repère avec une personne de confiance intéressée par la situation de son pays d'origine.

Suite et fin

A mon retour, plus de soucis médicaux, et il a obtenu un logement et une CMU grâce au réseau. Il a continué à m'expliquer mieux son itinéraire de migration et m'a cité en référence auprès des différents interlocuteurs administratifs et de santé.

Conclusion :

L'accueil des migrants par un groupe de professionnels en consultations successives permet de faire préciser la demande prioritaire. De plus, ils se sentent pris en charge par une équipe dans une démarche de soin. Tous les professionnels de santé qui se sentent désarmés devant une avalanche de problèmes, connaissent l'existence de ces consultations de précarité ouverte de façon hebdomadaire à tous les migrants.