

Migrations et médecines

Patrick Bodenmann, Jean Rodolphe Chiolero

Introduction

Au cours du dernier congrès suisse de médecine générale (Berne, 21–23 octobre) un des séminaires portait sur le thème «Migrations et Médecines». A partir de trois vignettes cliniques issues de la consultation générale d'un médecin de premier recours, celui-ci, un médecin d'une structure universitaire et une trentaine de collègues présents ont eu l'occasion d'échanger différentes réflexions sur cette thématique.

Vignette clinique n° 1 – musique du Sénégal

Patient Sénégalais de 55 ans, musicien parcourant le monde durant 10 ans avec son groupe. Il présente en novembre 2000 un hémisyndrome facio-brachio-crural gauche avec mise en évidence d'une hypertension artérielle. En 2001, ce patient vient habiter en Suisse avec sa future épouse suisse, qu'il a connue en 1994. Depuis lors, il est suivi à la consultation en cabinet d'un médecin de premier recours.

Réflexions

Malgré une hypertension artérielle de degré 1 (valeur de 140–160/90–100 mmHg), ce patient présente déjà une rétinopathie hypertensive de stade II, une discrète hypertrophie de la base du septum et une micro-albuminurie. L'hypertension artérielle est une problématique majeure chez les patients de race noire qui présentent cette maladie en étant habituellement plus jeunes, ainsi que des complications des organes cibles de manière plus rapide [1]. Ainsi, un traitement anti-hypertenseur efficace est particulièrement important: en monothérapie, seul un diurétique ou un anticalcique est efficace; lorsqu'une bithérapie sera nécessaire, il faudra associer un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou un bêtabloquant au diurétique [1]. Un traitement non pharmacologique doit être adapté en tenant compte des spécificités culturelles, sociales et familiales du patient.

Parmi les patients de pigmentation raciale noire, d'autres maladies diffèrent en termes de prévalence: ainsi, les lithiases biliaires semblent moins fréquentes parmi les patients noirs par rapport aux cauca-

siens et latino-américains aux Etats-Unis [2]. A l'opposé, la sarcoïdose, granulomatose multisystémique atteignant des patients dont l'âge moyen se situe entre 20 et 40 ans est plus fréquente chez la population noire, de même que certaines atteintes dermatologiques (chéloïdes, mélasma, pseudofolliculite barbae, vitiligo) [3].

Il ne faut pas aboutir à une «racialisation» de la maladie qui attribuerait une caractéristique physique ou comportementale à un groupe sur la base de la présence de cette caractéristique chez quelques individus; l'anémie falciforme, identifiée en 1910, a toujours été décrite comme une maladie du noir, alors qu'elle est également présente parmi les populations italiennes, grecques, indiennes et latino-américaines [4].

Cependant, on doit tenir compte des différences raciales en termes de prévalence, gravité d'atteinte et traitement sans oublier l'importance dans ce type d'étude de certains biais (culture différente, statut socioéconomique, accès au système de soins, environnement et caractéristiques génétiques) [5].

Vignette clinique n° 2 – un requérant d'asile difficile

Il s'agit d'un patient kosovar qui, à l'âge de 36 ans, enlève sa future femme dans son pays selon les coutumes et rites traditionnels de son village. En 1996, il dépose une demande d'asile en Suisse. En mars 1998 et en octobre 2000, il présente deux accidents mineurs avec des répercussions psychologiques majeures: ne pouvant assumer diverses frustrations parmi lesquelles les suites de ces deux accidents, il devient de plus en plus violent à l'égard de son épouse. Lorsque le renvoi est certifié à la famille, cette violence ne fait qu'accroître. La «valse des certificats médicaux» pour Monsieur mais surtout pour Madame commence alors.

Réflexions

Dans le canton de Vaud, la prise en charge des requérants d'asile se fait selon le modèle du double «gate-keeping», infirmier puis médical: tout requérant d'asile consulte initialement un infirmier travaillant dans un centre de santé et, dans 30% des cas, ces patients sont référés à un médecin de premier recours par l'infirmier. Ce réseau a été étudié en termes de qualité [6], de satisfaction des patients et des soignants [7], et de paramètres économiques [8] et, à ce jour, a fait ces preuves en termes de sécurité de

prise en charge, satisfaction des uns et des autres et efficience.

La violence conjugale n'est pas plus fréquente parmi les migrants que parmi les familles autochtones selon un rapport de police datant de 2002 [9]. Hormis l'aspect épidémiologique qui souligne qu'il n'y a pas d'amalgame entre migration/migrants et violence, il est également important de considérer que pendant les périodes délicates telles que vécues dans un processus de migration, l'individu et le groupe mettent en place des mécanismes de survie qui impliquent une majeure cohésion du groupe [10].

Une étude récente a mis en évidence les difficultés, pour les médecins de premier recours, de la certification dans le cadre de situations délicates [11]: la situation du patient migrant se caractérise fréquemment par une grande complexité.

Vignette clinique n° 3 – un suivi multidisciplinaire

Il s'agit d'une patiente Bolivienne âgée de 37 ans, arrivée en Suisse en 2001 avec l'un de ses enfants âgé de 4 ans. Suite à des problèmes de couple, cette patiente fera un tentamen en 2002. Par la suite, elle sera exclue de sa communauté religieuse de par la séparation avec son mari et le tentamen. Un suivi extrêmement rapproché par une équipe multidisciplinaire (infirmière de premier recours ou «nurse practitioner»), psychologue, médecin généraliste et assistants sociaux du SPJ sera fondamental.

Réflexions

Parmi les patients précarisés, les patients «sans-papiers» représentent également une des populations des plus vulnérables. Actuellement leur nombre est estimé entre 200 000 et 300 000 personnes en Suisse, parmi lesquelles 180 000 travaillent; les «sans-papiers» seraient entre 4000 et 6000 à Lausanne.

Les caractéristiques épidémiologiques de cette population dans le canton de Vaud ressortent d'une étude menée entre janvier 2001 et juin 2003 [12]: il s'agit essentiellement de femmes (60%) jeunes (34 ans), célibataires dans 50% des cas, provenant essentiellement de l'Amérique Latine et qui, dans 60% des cas, déclarent avoir un revenu (ménage, nettoyages, garde d'enfants, restauration, jardinerie); leur revenu moyen est de l'ordre de 1200 CHF/mois. Dans presque 30% des cas, ces personnes présentent des plaintes digestives (dyspepsie et gastrite); dans 20% des cas, les plaintes ostéoarticulaires (lombalgies, douleurs thoraciques pariétales), des plaintes psychiatriques lors de la première consultation ne représentant que 10% des cas.

Conclusions

Divers migrants avec des histoires de vie et de migration bien différentes ont été présentés. Dans certaines situations, la prise en charge somatique peut différer selon la race du patient.

Il n'y a pas d'amalgame entre la migration et la violence conjugale, et la situation précaire de ces patients est souvent exacerbée par de nombreuses incertitudes dans le pays hôte, incertitudes pouvant être vécues comme de nouvelles «violences» par les migrants.

La certification spécifique des migrants est complexe, et les collègues présents au cours de deux séminaires ont fait part d'un manque important d'informations concernant les documents officiels à utiliser pour ce type de certification.

Finalement, les systèmes de prise en charge spécifique de certaines populations vulnérables dans le canton de Vaud se basent sur un système de double gate-keeping, où la collaboration infirmière-médecin est fondamentale.

«La position humaniste qui voudrait être la nôtre, s'éloigne autant d'un idéaliste naïf que d'une indifférence cynique.» [13]

Remerciements au Docteur B. Favrat, médecin associé, pour sa lecture attentive et éclairée de ce manuscrit ainsi qu'à D. Kellou pour son travail précis de dactylographie.

Références

- 1 Kaplan NM, Rose BD Treatment of hypertension in blacks. 2001. UpToDate 2004.
- 2 Bateson MC. Gallbladder disease. BMJ 1999;318:1745-8.
- 3 Up To Date 2004.
- 4 Tapper M. In the blood: Sickle Cell Anemia and the Politics of Race. U.o.P. Press. 1999. p. 160.
- 5 Phimister EG. «Medicine and the Racial Divide.» N Engl J Med 2003;348:1081-2 et Burchard EG, et al. The Importance of Race and Ethnic Background in Biomedical Research and Clinical Practice. N Engl J Med 2003;348:1170-5.
- 6 Bodenmann P, Althaus F, Genton B, Pécoud A. Taking care of Asylum Seekers: medical assessment of an original gate keeping system managed by nurse practitioners and doctors in Switzerland. Submitted 2003.
- 7 Rossi I, Droz Mendelzweig M, Pasche G, Fontaine M. Professionnels infirmiers et usagers requérants d'asile dans un réseau de santé. Approche socio-anthropologique des politiques de santé. HES La Source, PMU/SSIRA, Lausanne, 2004.
- 8 Rey JC, Curt L. Evaluation du Réseau de santé Farmed. ISE 2004.
- 9 Office Fédéral de la Police. Statistique policière de la criminalité. Rapport de situation 2000. Berne: Service d'analyse et de prévention, OFP.
- 10 Métraux, JC. Au temps du silence, la nosographie reste muette. Les syndromes post-traumatiques en question. Traumatismes de guerre. Paris E. M. F. 1999. p. 41-66.

- 11 Hussey S, et al. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ* 2003 online. Mackenzie G. Medical certificates are challenging but essential part of job. *BMJ* 2004;328:461.
- 12 Bodenmann P, et al. Etre malade et «sans-papiers» à Lausanne: quo vadis? *Médecine et Hygiène* 2003;61:2023-8.
- 13 Vannotti M., Bodenmann P. Migration et violence. *Médecine et Hygiène* 2003;61:34-8.

Si vous voulez en savoir plus: Formation continue du Réseau de santé FARMED:

24 février 2005, Auditoire Hôpital de l'Enfance, Lausanne (14-17 h): Entre ici et ailleurs: le parcours de migration

7 avril 2005, Auditoire Jéquier Doge, PMU, Lausanne (14-17 h): Santé mentale et communauté kosovare

2 juin 2005, Auditoire Jéquier Doge, PMU, Lausanne (14-17 h): Santé communautaire et santé mentale: l'expérience québécoise

Dr Patrick Bodenmann, MD, MSc PH
FMH de Médecine Interne PMU, Lausanne
Responsable médical du Service de Santé Infirmier pour les
Requérants d'Asile (SSIRA)
et de l'Unité Populations Vulnérables (UPV)
Policlinique Médicale Universitaire
CH-1011 Lausanne
patrick.bodenmann@hospvd.ch

Dr Jean Rodolphe Chiolero, MD
FMH de Médecine Générale, Lausanne
Médecine Conseil du Service de Santé Infirmier pour les
Requérants d'Asile (SSIRA)
1, rue de Langallerie
CH-1003 Lausanne