

UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N° 05 6

THESE
pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Études Spécialisées
Médecine Générale

par

Anissa DOUJA

née le 26 septembre 1980 à Compiègne

Présentée et soutenue publiquement le 12 juin 2012

**Prise en charge de la dépression chez le migrant en
médecine générale : difficultés et attentes des praticiens.**
Enquête qualitative auprès de 14 médecins généralistes nantais.

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Directrice de thèse : Madame le Docteur Vanessa CAPRON

“ La véritable médecine, toujours selon la tradition hippocratique, commence par la connaissance des maladies invisibles, c’est-à-dire des faits dont le malade ne parle pas, qu’il n’en ait pas conscience ou qu’il oublie de les livrer ”

Pierre BOURDIEU, Sociologue, dans *La misère du monde*, p. 942.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	10
PREMIERE PARTIE : EXPOSE DE LA PROBLEMATIQUE.....	12
A) La santé des migrants.....	12
1. Définitions.....	12
2. Les migrants en France.....	13
B) La dépression.....	16
1. Définition et diagnostic.....	17
2. Épidémiologie.....	18
3. La dépression chez le migrant : un diagnostic difficile.....	19
a) Le dépistage.....	19
b) Les déterminants.....	19
c) Le médecin généraliste face à la plainte du migrant dépressif.....	20
d) La prise en charge.....	20
C) La problématique de ce travail.....	20
DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE.....	22
A) Choix de la méthode.....	22
1. La recherche qualitative.....	22
a) Principes.....	22
b) Le choix de la méthode.....	22
2. L'entretien semi-directif.....	22
a) Principes de l'entretien semi-directif.....	22
b) Les règles de bonne conduite d'un entretien.....	23
3. Élaboration du guide d'entretien.....	23
a) Principes.....	23
b) Le guide d'entretien.....	24
B) Échantillonnage.....	24
1. Le recrutement.....	24
a) La zone géographique.....	24
b) L'origine « culturelle » du médecin généraliste.....	24
2. Critères d'exclusion.....	25
C) Réalisation et analyse des entretiens.....	25
1. Modalités de recueil des données.....	25
a) Le cadre spatio-temporel.....	25
b) L'enregistrement.....	25
c) La retranscription.....	25
2. Méthode d'analyse des données.....	25
3. La saturation des données.....	26
D) Méthodologie de recherche bibliographique.....	26

TROISIEME PARTIE : RESULTATS.....	27
A) Caractéristiques des médecins rencontrés.....	27
B) Difficultés rencontrées par les médecins.....	28
1. La barrière de la langue.....	28
2. La culture.....	28
a) Dépression et culture.....	28
b) Une expression clinique différente.....	29
c) La non-observance des traitements.....	31
d) Le recours au spécialiste.....	32
e) Le non-respect des horaires de consultation.....	33
C) La relation médecin-patient.....	34
1. La relation de confiance.....	34
2. La remise en cause des compétences.....	34
3. Parler la même langue, connaître les cultures, être de même origine.....	35
4. Les « plus » pour communiquer.....	36
5. Un espace de parole.....	36
D) Attentes des médecins.....	36
1. Des lieux de rencontres pour les patients.....	36
2. Des ethnopsychiatres.....	37
3. Un psychiatre qui parlerait la langue.....	37
4. « Des microstructures » de proximité.....	37
5. Des informations pratiques pour les médecins.....	38
6. Des formations pour les médecins.....	38
7. Des formations pour les patients.....	38
8. Une aide culturelle pour les patients.....	38
9. Pas d'idée.....	38
10. Aucune attente.....	38
E) L'interprétariat.....	39
 QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION.....	 41
A) Limites de l'étude.....	41
1. Biais de sélection des médecins.....	41
2. Biais liés à l'enquêteur.....	41
3. Biais liés à la méthode.....	41
B) Discussion des résultats.....	42
1. La consultation médicale.....	42
a) La relation médecin-malade.....	42
b) Le médecin généraliste.....	43
c) La rencontre avec un patient de culture différente.....	44
d) La barrière de la langue.....	45
e) La communication.....	45
f) Les horaires de consultations.....	46
2. La dépression et le migrant.....	47
a) Le dépistage : facteurs de risque et facteurs protecteurs.....	47

b) Le diagnostic : une expression clinique différente.....	50
c) le recours au spécialiste.....	53
3. L'interprétariat.....	53
4. Les attentes des médecins interrogés et ce qui existe déjà.....	55
a) Quelques mots sur l'ethnopsychiatrie ou psychiatrie transculturelle.....	55
b) Les équipes et réseaux pluridisciplinaires.....	56
c) Les associations : soutien à l'accueil, soutien de proximité.....	58
d) Les interprètes.....	59
e) La formation des médecins.....	60
f) Les pistes évoquées.....	61
CONCLUSION.....	62
LISTE DES ABREVIATIONS.....	63
BIBLIOGRAPHIE.....	64
ANNEXES.....	68

INTRODUCTION

Dans une société de plus en plus métissée et multiculturelle, il est important de permettre un accès aux soins à tous et de pouvoir apporter une réponse adaptée à la demande des patients en les prenant en compte dans leur globalité. Ce qui explique que l'état de santé des migrants en France soit considéré comme un enjeu de Santé Publique.

En effet, la France est le plus ancien pays d'immigration en Europe. Les patients ont des origines culturelles très diverses, expliquant les inégalités de santé et les disparités selon le pays d'origine. Les familles migrantes rencontrent des situations inédites, des difficultés et des souffrances. Les professionnels devraient pouvoir s'engager vers de nouvelles réflexions pour modifier leur regard, leur accueil et leurs approches, d'autant que les migrants ne constituent pas une population homogène.

Parmi les problèmes de santé rencontrés par les migrants, celui de la santé mentale semble important comme en témoignent les données des centres spécialisés dans la prise en charge des personnes migrantes.

La dépression est l'une des maladies les plus répandues. Elle touche les deux sexes et toutes les classes d'âge de la population. Elle est « reconnue depuis des siècles et dans des aires très différentes tant sur le plan géographique que culturel » [1].

Chez le migrant, on retrouve différents modes de présentation : la somatisation, les tentatives de suicides, les dépendances alcoolique et tabagique, les symptômes dépressifs.

Lors de mes premiers remplacements en médecine générale, je me suis retrouvée confrontée à ces difficultés. Je suis pourtant moi-même migrante de deuxième génération, d'origine marocaine.

Deux rencontres en particulier m'ont marquée et ont participé au choix de ce travail.

La première patiente, d'origine algérienne, âgée de 60 ans, consultait fréquemment le médecin que je remplaçais pour des rhumatismes ayant nécessité de multiples traitements médicamenteux dont des infiltrations. Lors de notre première rencontre, elle s'est rapidement confiée à moi au sujet de ses problèmes personnels, mettant de côté à ce moment-là le motif premier de sa consultation : la douleur de l'épaule droite. Je n'ai d'abord pas compris comment nous en étions arrivées à parler de sa fille alors que j'examinais son épaule. Je l'ai laissée parler, ce qui semblait lui convenir et la soulager. Concernant sa douleur d'épaule, à la fin de la consultation, je n'avais pas grand-chose de plus à lui proposer que les médicaments qui lui avait déjà été prescrits pour ses douleurs, je lui ai juste réexpliqué les posologies, et pourtant elle a accepté la prescription sans opposition et me semblait plutôt satisfaite. Je pense que c'est le fait d'avoir pu déposer une partie de sa détresse qui lui a permis de repartir satisfaite et non ma prescription d'antalgiques identique aux précédentes.

Quant à la deuxième patiente, je l'ai rencontrée dans un autre cabinet. Elle était d'origine marocaine, âgée de 29 ans. Elle se présentait à la consultation pour des « difficultés à dormir ». Au cours de la consultation j'ai donc recherché les causes pouvant expliquer ses troubles du sommeil. Son discours, mêlé de français et d'arabe, orientait mon diagnostic vers un syndrome dépressif. Elle m'énumérait ses différents symptômes : troubles du sommeil, anorexie, anhédonie, manque de motivation pour les activités de la vie quotidiennes, absence d'envie de jouer avec sa fille de 2 ans, et tout cela en souriant. Troublée par son sourire, paradoxal par

rapport à la souffrance psychologique que je décelais, je n'ai pas réussi à mener la consultation comme je l'aurais souhaité. Je n'ai pas abordé avec elle le diagnostic de dépression ou du moins de détresse psychologique. La patiente ne désirait pas de médicaments, et je ne sais toujours pas ce qu'elle attendait de la consultation.

J'ai alors compris la difficulté rencontrée lors de la prise en charge du patient migrant lorsqu'il s'agit de santé mentale.

À qui demander conseil lorsque l'on pense à un syndrome dépressif chez un patient migrant ? Quelles sont les limites de compétences du médecin généraliste et jusqu'où assurer le suivi ?

Tout ceci m'a amenée à vouloir en savoir plus sur la prise en charge des migrants dépressifs en médecine générale.

L'objectif de ce travail de recherche est d'identifier les difficultés et les attentes des médecins généralistes de la région nantaise dans la prise en charge de la dépression chez le migrant.

Ce travail sera conduit suivant le plan suivant :

Dans la première partie sera posée la problématique de santé mentale liée aux patients dits migrants. Les notions de migrant, migration et dépression, seront définies.

Dans la deuxième partie seront décrits les principes de la méthodologie qualitative justifiant le choix de son utilisation dans ce travail de recherche.

Dans la troisième partie seront présentés les résultats de nos entretiens avec les médecins généralistes.

Enfin, dans la quatrième partie seront identifiées les limites de notre étude. Nos résultats seront ensuite confrontés aux données de la littérature.

A/ La santé des migrants

1. Définitions :

Migrant ou immigré :

Selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration, un migrant ou immigré est *une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France*. Un migrant peut être étranger ou avoir acquis la nationalité française. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré.

Les migrants représentent une vaste population très variée. Les caractéristiques de cette population diffèrent selon le statut face à la nationalité française, l'origine face à la migration, l'origine géographique, l'histoire familiale, le motif d'immigration, le niveau d'études et la maîtrise de la langue, le statut sur le marché de l'emploi et les conditions de vie (revenus, précarité, logement, vie en collectivité, loisirs et santé).

Santé :

En 1946, l'Organisation mondiale de la santé a défini la santé « *non seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité, mais comme un état de complet bien-être physique, mental et social* ». Cette définition statique, qui a pourtant mis des décennies à s'imposer, était, dès 1955, complétée par la définition dynamique donnée par René Dubos : « *La santé, c'est la situation dans laquelle l'organisme réagit par une adaptation tout en préservant son intégrité individuelle.* » Une meilleure appréhension des déterminants de la santé permet depuis la déclaration d'Alma Ata en 1978 d'envisager une définition plus large qui rejoint la définition de Dubos : « *La capacité de développer, de maintenir ou de restaurer un équilibre harmonieux entre l'individu et son environnement physique, social et culturel* ».

Les migrants représentent une partie non négligeable de la population générale dont les besoins sanitaires doivent être satisfaits comme ceux de la population autochtone. Les migrants sont souvent en situation de dépendance, ils découvrent une nouvelle langue, une nouvelle culture, de nouvelles habitudes sociales. Ceux qui ont migré pour raison économique ou politique sont par ailleurs exposés à une situation de précarité qui les rend davantage vulnérables. Ces différents facteurs constituent des obstacles majeurs à la satisfaction des besoins humains élémentaires considérés comme des préliminaires essentiels au développement d'un bon état de santé.

Les migrants ont souvent été exposés à des risques inhabituels ou excessifs, majorant la prévalence de certaines pathologies. Le dépistage de ces pathologies a rarement été fait dans le pays d'origine où l'organisation de la santé et l'accès aux soins sont parfois insuffisants. Les prévalences de certaines pathologies infectieuses sont parfois plus importantes que dans la population autochtone, exposant cette dernière à un risque de contagion.

Pour ces différentes raisons, les patients migrants nécessitent des soins adaptés, à organiser au niveau de la collectivité, ce qui relève de la santé publique. [2]

Il semble donc légitime dans ce travail de définir la notion de santé publique. L'OMS en donne la définition suivante :« *La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à :*

1. *assainir le milieu ;*
2. *lutter contre les maladies ;*
3. *enseigner les règles d'hygiène personnelle ;*
4. *organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies ;*
5. *mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé ».*

Une des composantes importantes de la santé publique est la promotion de la santé. La Charte d'Ottawa (1986, OMS) propose la définition suivante : la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.

2. Les migrants en France :

Quitter son pays n'est pas anodin et requiert du courage. La motivation principale est la recherche d'une vie meilleure. L'émigrant peut décider de partir par choix ou par contrainte (causes politiques, nécessité économique, rapprochement familial, violences, etc.). Les raisons peuvent également se mêler.

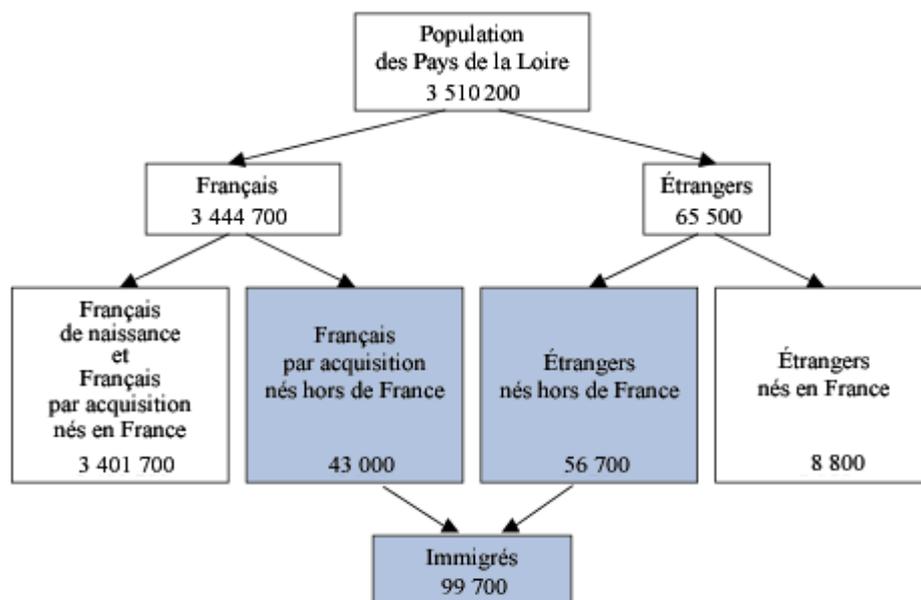
La France, pays reconnu par son immigration qui s'accroît depuis le XIX^e siècle, a d'abord accueilli des flux migratoires d'origine européenne : Belges, Italiens, Espagnols, Polonais. Les flux migratoires d'après-guerre, eux, ont une forte composante maghrébine. D'après l'Organisation internationale pour la migration (2010), la population immigrée en France compte 6,7 millions de personnes, soit 11% de la population.

La région des Pays de la Loire a historiquement connu des vagues d'immigration de faible volume. On assiste à une accélération récente de l'immigration dans cette région avec une évolution des profils de migrants.

Les Pays de la Loire comptent 99 729 immigrés pour une population totale estimée à 3 510 170 habitants (Insee, recensement 2008). Parmi eux, 43 000 sont devenus français par acquisition et 56 700 ont gardé leur nationalité d'origine. La population étrangère des Pays de la Loire comprend également 8 800 personnes nées en France et donc non immigrées, ce qui porte à 65 500 le nombre d'étrangers dans la région.

Près de 100 000 immigrés dans la région

Immigrés et étrangers en Pays de la Loire en 2008



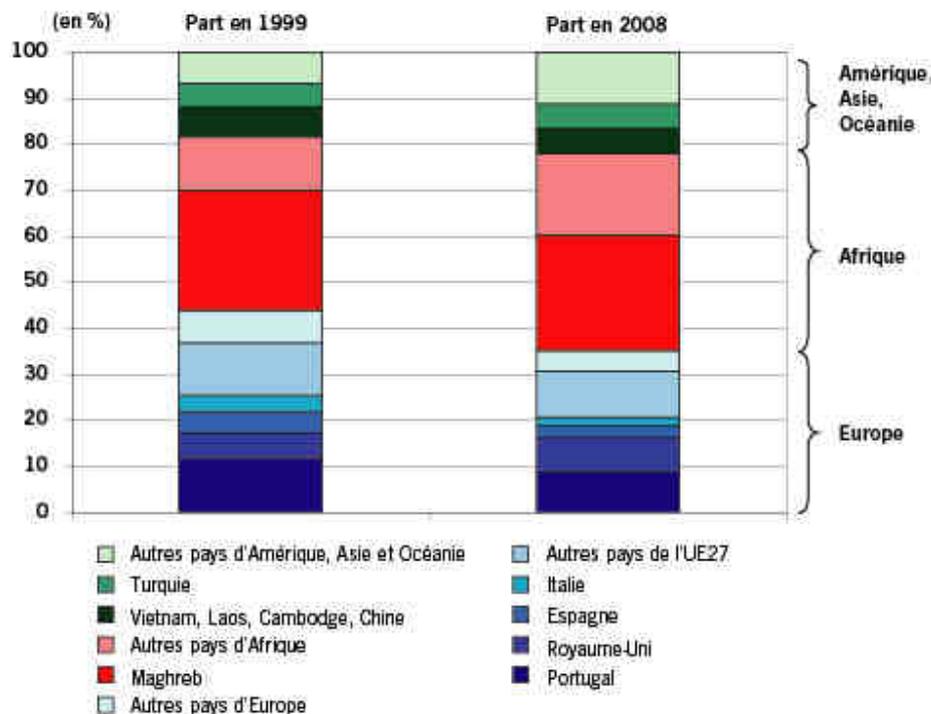
Source : Insee, Recensement de la population (RP) 2008 exploitation principale.

La population immigrée se diversifie.

Plus de la moitié des immigrés du continent africain sont originaires du Maghreb, une part moindre qu'au niveau national, où sept immigrés africains sur dix sont d'origine maghrébine. L'Afrique sub-saharienne est de plus en plus représentée dans la population immigrée des Pays de la Loire : la totalité des 48 nationalités qui la composent y sont ainsi recensées en 2008. La diversité des origines se retrouve également dans la population immigrée issue des autres continents, avec plus de 80 nationalités représentées, principalement asiatiques. Près de la moitié des immigrés d'origine européenne sont originaires du Portugal et du Royaume-Uni. La population immigrée issue du Royaume-Uni a plus que doublé en 10 ans dans la région des Pays de la Loire.

Plus de 4 immigrés sur 10 originaires d'Afrique en 2008

Répartition de la population immigrée des Pays de la Loire par pays de naissance en 1999 et 2008



Source : Insee, Recensements de la population (RP) de 1999 et 2008 exploitations principales.

La population immigrée réside dans les grands pôles urbains.

Au sein de la région, les immigrés résident principalement en Loire-Atlantique, dans le Maine-et-Loire et dans la Sarthe. Ces départements accueillent respectivement 42 %, 24 % et 15 % de la population immigrée des Pays de la Loire, essentiellement dans les pôles urbains et leur périphérie. Les communes de Nantes, Saint-Nazaire, Angers, Cholet et Le Mans regroupent ainsi à elles cinq 45 % des immigrés de la région, dont plus de la moitié sont originaires du Maghreb et de l'Afrique sub-saharienne.

En Mayenne et en Vendée, départements plus ruraux, les immigrés sont pour l'essentiel des originaires d'Europe, et représentent respectivement 50 % et 56 % des immigrés de ces deux départements. En particulier, le nord de la Mayenne et le sud de la Vendée accueillent de nombreux natifs du Royaume-Uni. Plus de la moitié de ces derniers sont venus dans la région, s'y sont installés et y passent leur retraite.

À Nantes, dans les années 1920, les arrivants viennent surtout des pays frontaliers (Belgique, Italie, Espagne), ainsi que de Bretagne, au gré de contrats de travail, dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre due au premier conflit mondial.

Après 1945, les étrangers viennent de plus loin. Les Algériens arrivent en premier. Puis, entre 1970 et 1980, Portugais, Marocains, Tunisiens et Turcs sont sollicités pour travailler sur des chantiers [3].

On attire l'étranger pour reconstruire la ville puis pour assurer l'expansion urbaine des « trente glorieuses ». Il quitte alors son pays pour trouver du travail, fuir la misère et les conflits, mais aussi maintenant pour rejoindre de la famille.

Aujourd'hui environ 60 % des étrangers s'établissent à Nantes pour rejoindre de la famille. 21 % sollicitent le statut de réfugié. Le nombre de demandeurs d'asile varie en fonction du contexte géopolitique mondial et de l'immigration régulière qui baisse [3].

D'après les données de l'Insee, Nantes compte 20 694 immigrés pour une population totale de 283 288 habitants, soit 7,3 % de la population. Pour information, le nombre d'étrangers, lui, est de 14 669 personnes. (Insee, recensement 2008)

Ci-dessous, la répartition des immigrés à Nantes par âge et pays de naissance (Insee, recensement 2008) :

	Moins de 15 ans	15 à 24 ans	25 à 54 ans	55 ans ou plus	Ensemble
Portugal	35	45	540	351	971
Italie	11	45	108	70	234
Espagne	24	79	161	151	415
Autres pays de l'UE (à 27)	191	451	970	297	1 909
Autres pays d'Europe	86	146	416	101	748
Algérie	182	324	2 021	756	3 283
Maroc	55	315	1 472	479	2 321
Tunisie	25	115	766	235	1 141
Autres pays d'Afrique	324	992	3 070	284	4 670
Turquie	63	126	846	183	1 218
Autres pays	299	952	2 123	410	3 785
Ensemble	1 296	3 591	12 493	3 315	20 694

B/ La dépression

D'après l'ANAES en 2002 : les données des recommandations de l'ANDEM en 1996 sont toujours d'actualité : « La maladie dépressive constitue un problème majeur de santé publique du fait de sa fréquence, de ses conséquences médicales, sociales, et économiques. Le nombre de morts par suicide chaque année est en France de l'ordre de 12 000 ; le nombre de tentatives serait dix fois supérieur ; 30 à 50 % de ces tentatives seraient secondaires à une maladie dépressive. Il ressort de différentes enquêtes que seulement un tiers de déprimés seraient efficacement traités. »

1. Définition et diagnostic :

La dépression ou « état dépressif caractérisé » est une pathologie clairement définie par des critères internationaux (cf CIM-10 [annexe 2] et DSM-IV [annexe 3]) .

Elle se définit par une rupture par rapport à l'état antérieur, avec un nombre suffisant de symptômes parmi une liste pré-établie présents tous les jours depuis au moins deux semaines et ayant un retentissement sur la vie de tous les jours.

Les symptômes habituellement retrouvés sont [4, 5] :

- une tristesse durable,
- une diminution ou une perte d'intérêt,
- une fatigue, un ralentissement psychomoteur,
- une perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi,
- des modifications d'appétit ou de poids,
- des perturbations du sommeil,
- des difficultés à se concentrer ou à prendre des décisions,
- des idées de dévalorisation ou de culpabilité,
- des idées de mort récurrentes ou suicidaires, ou des tentatives de suicide.

Mais dans l'exercice au quotidien, cela est parfois plus compliqué. Des « signaux-symptômes » peuvent nous faire rechercher une dépression [6]. On peut citer quelques exemples :

- retard, oubli de rendez-vous ;
- émotivité, hyperactivité, irritabilité du patient ;
- multiplication des consultations, persistance d'un symptôme, nouveau symptôme, motif de consultation pas clair ou apparemment bénin ;
- plaintes à propos de quelqu'un de l'entourage ou de la société, etc.

Cette liste n'est pas exhaustive.

L'anxiété est fréquemment associée. Les troubles somatiques peuvent aussi avoir une étiologie psychoaffective.

Quelques références existent pour le diagnostic de la dépression :

- Le *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*, utilisable en médecine générale [annexe 1] ;
- La *classification internationale des maladies, 10ème édition (CIM-10)* de l'Organisation mondiale de la santé 1993 [annexe 2] ;
- Le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4^{ème} édition (DSM-IV)* de l'American Psychiatric Association 1994 [annexe 3]. Le *Guide de formulation culturelle* est une innovation importante du DSM-IV. Son utilisation permet d'ajouter à la démarche diagnostique une démarche complémentaire d'évaluation de l'expérience du trouble telle qu'elle est vécue par le patient avec ses propres références. Cinq dimensions sont à évaluer :

Tableau : Éléments de la formulation culturelle (American Psychiatric Press, 1994; yilmaz et Weiss, 2001) :

1. Identité culturelle de l'individu (groupe culturel de référence, langue, facteurs culturels dans le développement, implication de la culture d'origine, implication dans la culture hôte).
2. Modèle étiologique des troubles (manifestations du trouble et catégories locales, sens et sévérité des symptômes en regard des normes culturelles, causes perçues et modèles explicatifs, comportement et projection, niveau de fonctionnement et handicap).
3. Facteurs culturels liés à l'environnement psychosocial et au niveau de fonctionnement (facteurs sociaux de stress et de protection, niveau de fonctionnement et handicap).
4. Éléments culturels de la relation entre le sujet et le clinicien.
5. Conclusions de l'évaluation culturelle susceptibles d'éclairer l'évaluation diagnostique et les soins.

2. Épidémiologie :

Selon l'enquête Santé et Protection Sociale menée par le CREDES en 1996-1997 [7,8], la prévalence de la dépression est de 14,9 % chez les personnes âgées de 16 ans et plus, avec un taux plus élevé chez les femmes (20 %) que chez les hommes (9%).

Elle varie également selon les caractéristiques socio-économiques :

- l'activité professionnelle (plus de dépressifs chez les chômeurs, les employés et ouvriers, les inactifs dont « invalides ») ;
- le niveau d'études (un niveau d'études supérieur est protecteur) ;
- le revenu (la dépression frappe plus les personnes disposant de faibles revenus) ;
- la situation familiale (il y a 2 fois plus de dépressions chez les personnes divorcées ou séparées, 1,4 fois plus chez les personnes vivant seules).

Si l'on se réfère aux données de l'étude réalisée par téléphone auprès d'un échantillon aléatoire de deux mille personnes en population générale, parmi lesquelles cent soixante-quatorze personnes étaient nées à l'étranger (enquête Anadep : *La dépression en France*, Inpes, parue en 2008), il n'apparaît pas de différence entre les migrants et les autochtones en matière de recours au soin. Les migrants présentent en revanche des antécédents significativement plus fréquents de crise d'angoisse et d'états de stress post-traumatique.

À Nantes, aucune enquête sur la dépression des migrants n'a été menée. Toutefois, une enquête « *Prise en compte des immigrés vieillissants* » a été réalisée entre novembre 2004 et septembre 2006, par E. Chiron, alors étudiante en santé publique. Son travail avait pour objectif de recueillir les besoins des personnes immigrées de 60 ans et plus de l'agglomération nantaise à travers un état des lieux de leurs conditions de vie, leur état de santé et leur accès aux droits. Les résultats concernant l'état de santé ont permis de mettre en évidence les pathologies les plus fréquemment rencontrées. Celles-ci figurent dans le tableau suivant :

Groupes de pathologies	Nombres de malades (/112)	Prévalence
Problèmes locomoteurs/Rhumatologie	49	44 %
Problèmes cardiovasculaires	34	30 %
Diabète	27	24 %
Problèmes digestifs	18	16 %
Symptomatologie dépressive	15	13 %
Problèmes respiratoires	12	11 %
Autres troubles métaboliques	10	9 %
Urologie	9	8 %
Problèmes ORL	6	5 %
Trouble de la mémoire	4	4 %

Ces résultats précisent également que la symptomatologie dépressive touche 21 % des personnes seules, alors qu'elle concerne seulement 10 % chez les personnes entourées [9].

Le rapport d'activité de la PASS de Nantes pour l'année 2009 montre que parmi les pathologies rencontrées chez les patients reçus, le pourcentage de troubles mentaux s'élève à 6 % dont 40 % d'états de stress post-traumatique (E.S.P.T.). Ce pourcentage élevé d'E.S.P.T. laisse supposer une évolution vers la dépression s'il n'est pas pris en charge. (Le pourcentage de dépression n'était pas cité.)

3. La dépression chez le migrant : un diagnostic difficile

Du dépistage à la prise en charge, chaque étape est source de difficultés.

a) Le dépistage :

Le domaine de la maladie mentale est celui qui donne lieu aux plus grandes différences culturelles au niveau de la reconnaissance et de l'interprétation des symptômes et des signes cliniques.

b) Les déterminants :

Tous les migrants ont en commun l'expérience du déracinement et de l'exil qui ont parfois des conséquences psychologiques qui peuvent varier d'un milieu culturel à l'autre [10]. D'une part, le déracinement correspond à une rupture avec le « milieu d'origine ». Le migrant perd famille, relations, nation, paysage, climat et langue maternelle.

D'autre part, l'exil se traduit par une double expérience : un passé souvent fait de souffrances et de violences, mais aussi d'attentes et d'espoirs, et un présent désormais pris dans les contradictions de l'accueil et du rejet, du travail trouvé et de ses conditions difficiles, des valeurs culturelles personnelles et de celles de la société d'accueil [10].

Nombreux sont les facteurs de risque de dépression chez les migrants : la raison de l'émigration, la durée et les conditions d'acheminement vers le pays d'accueil, les difficultés de communication, la précarité, l'exclusion, la culpabilité du départ, les responsabilités « économiques » vis-à-vis de la famille et des proches restés au pays, etc.

c) Le médecin généraliste face à la plainte du migrant dépressif :

En ce qui concerne les troubles psychologiques, les migrants auront tendance à se tourner principalement vers la famille et l'entourage, ou à s'en remettre à Dieu. Lorsqu'ils consultent, la première plainte est une plainte somatique. Culturellement, la détresse s'exprime fréquemment par des plaintes somatiques [11].

La communication entre les professionnels de santé et les patients migrants est rendue difficile par la moindre maîtrise de la langue et la confrontation de représentations et d'expressions différentes de la maladie. Lorsqu'il doit parler de sa souffrance, le patient, s'il ne maîtrise pas la langue du pays d'accueil, peut ne pas trouver les mots pour l'exprimer. Il utilise alors des métaphores ou la plainte corporelle pour signaler une souffrance. Pour le médecin, il est difficile de faire la part des choses. La façon dont le patient est accueilli et l'attitude du médecin déterminent la qualité de la prise en charge.

d) La prise en charge :

La psychothérapie n'est pas toujours évidente du fait de la barrière de la langue. La brièveté des consultations de médecine générale ajoute une difficulté. La proposition du médicament lorsqu'il est nécessaire n'est pas toujours acceptée, tout comme l'orientation vers un confrère spécialiste (psychiatre ou psychologue).

C) La problématique de ce travail

Le pourcentage de migrants par rapport à la population générale à Nantes croît régulièrement. Les migrants sont d'âge, de sexe et de pays d'origine différents. Cette population présente des facteurs de risque de dépression liés à la migration et à l'accueil.

Le médecin généraliste est souvent le premier dépositaire de la souffrance physique et de la souffrance psychologique à la symptomatologie multiple. Il est donc amené à dépister, soigner et orienter le patient migrant dépressif et se voit souvent confronté à de nombreuses difficultés dans cette prise en charge.

J'en ai moi-même fait l'expérience.

Que vont-ils nous dire? Sommes-nous capables d'entendre? Sommes-nous capable de dépister ?
Comment allons-nous traduire leur souffrance? Apporterons-nous une réponse acceptable et efficace ?

Face à ce constat, j'ai voulu rencontrer les médecins généralistes concernés par cette prise en charge afin de recueillir leurs attentes à travers un état des lieux des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien.

A) Choix de la méthode

J'ai choisi de réaliser une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes de Nantes qui accueillent des patients migrants.

1. La recherche qualitative

a) Principes :

L'analyse qualitative est une méthode issue des sciences humaines et sociales. Elle a permis d'accroître la capacité des chercheurs à appréhender la complexité des comportements des individus, non accessible à la recherche quantitative. C'est en cela qu'elle est riche de sens et d'intérêts.

La recherche qualitative tente de voir les événements, actions, normes, valeurs, etc. du point de vue des personnes étudiées et met l'accent sur le contexte et les manières dont les caractéristiques d'une situation ou d'un contexte spécifique influencent le phénomène étudié. Elle s'inscrit dans une vision holistique, globale, du contexte étudié [12]. Elle cherche à décrire, à comprendre et à expliquer des phénomènes particuliers.

La représentativité statistique n'est donc pas recherchée [13].

Elle est particulièrement utile pour comprendre un comportement de santé, les attitudes des soignants ou des soignés, les croyances concernant une maladie ou un traitement, ou encore pour évaluer comment les recommandations des médecins sont intégrées dans la vie quotidienne des patients [14].

b) Le choix de la méthode :

Plusieurs techniques peuvent être utilisées pour la recherche qualitative :

- Les entretiens individuels,
- Les entretiens de groupes (*focus groups discussions*, méthodes participatives),
- L'observation participante ou non participante.

La méthode choisie, est l'entretien individuel semi-directif : il consiste en une communication interpersonnelle organisée pour la recherche d'informations détaillées à propos d'un thème défini, et favorisant l'expression des croyances et des perceptions de l'interviewé.

2. L'entretien semi-directif

a) Principes de l'entretien semi-directif :

Il s'agit d'un entretien basé sur des échanges libres entre l'enquêteur et l'interviewé, orienté sur le sujet de l'étude par un guide d'entretien préalablement élaboré.

Sa structure est assez souple dans le sens où il n'est ni totalement ouvert, ni cadré par un ensemble de questions très précises. Le chercheur élabore une liste de thèmes qu'il va explorer par des questions ouvertes. Il ne se contente pas d'énumérer ses questions les unes après les autres, dans un ordre bien défini, ou dans la formulation initiale. Il va laisser l'interlocuteur exprimer son vécu et ses représentations le plus naturellement possible, en veillant cependant à recentrer l'entretien si celui-ci s'écarte trop des thèmes prévus [15].

Ce type d'entretien vise à découvrir les représentations de l'interviewé, tout en évitant d'imposer les suppositions de l'enquêteur et une structure trop rigide.

b) Les règles de bonne conduite d'un entretien :

Les principaux traits de l'attitude à adopter au cours d'un entretien semi-directif sont résumés par R. Quivy et L. Van Campenhout dans *Manuel de recherche en sciences sociales* [15] :

- Expliquer le cadre de l'entretien : Pourquoi cette étude ? Pourquoi cet interviewé ? Un bref exposé introductif sur les objectifs de l'entretien et sur ce que l'on attend de l'étude contribue à instaurer un climat de confiance, à limiter les mécanismes de défense et à lui témoigner du ton libre et ouvert de l'entretien.
- Poser le moins de questions possible afin de laisser le champ libre au discours du patient.
- S'efforcer à formuler ses interventions par un maximum de questions ouvertes pour inciter l'interviewé à exprimer sa propre réalité.
- Relancer de temps en temps notre interlocuteur afin qu'il approfondisse certains aspects importants directement en lien avec le thème.
- Éviter de s'impliquer soi-même dans le contenu de l'entretien, même par un simple acquiescement, pour ne pas influencer la parole de l'interlocuteur.
- S'assurer que l'entretien se déroule dans un environnement adéquat : interviewé disponible, de préférence seul, dans un endroit où il se sent à l'aise et ne risque pas d'être dérangé. Il est conseillé de prévenir l'interviewé de la durée prévue de l'entretien afin qu'il réserve un temps approprié à la discussion.
- Enregistrer l'entretien après avoir recueilli l'accord de l'interviewé et avoir garanti la confidentialité de l'entretien. En le libérant de la prise de notes, cela permet à l'enquêteur d'être plus disponible à l'écoute et favorise une attitude empathique.

3. Élaboration du guide d'entretien

a) Principes :

Il ne s'agit pas d'un questionnaire mais d'un système organisé de thèmes que l'enquêteur prévoit d'aborder dans un ordre ou un autre, selon le déroulement de l'entretien. C'est « un simple guide, pour faire parler les informateurs autour du sujet, l'idéal étant de déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions, tout en restant dans le thème » [16].

Son élaboration se fait à partir des questions posées dans l'étude et des données existantes de la littérature.

b) Le guide d'entretien : [Annexe 4]

Le guide utilisé se compose de deux parties :

→ La première partie s'intéresse aux questions socio-démographiques :

- mode d'exercice du médecin,
- expérience professionnelle,
- caractéristiques de la patientèle ;

→ La seconde partie s'intéresse aux pratiques médicales :

- difficultés lors d'une consultation avec un patient migrant,
- syndrome dépressif et difficultés que cette pathologie pourrait ajouter,
- solutions palliatives mises en œuvre, évaluation des solutions trouvées,
- attentes.

Les questions proposées n'impliquaient pas de réponses binaires par « oui » ou « non » (en tout cas le moins possible) pour essayer de faire exprimer par le médecin les sensations et les références qui le guident à adopter tel ou tel comportement.

B) Échantillonnage

La population étudiée est l'ensemble des médecins généralistes accueillant en consultation des patients migrants pouvant présenter un syndrome dépressif.

Le nombre de médecins est lié à la variabilité des informations obtenues lors de chaque entretien et la rapidité de saturation des données.

1. Le recrutement

Le choix des médecins généralistes s'est fait à partir de deux critères :

a) La zone géographique :

Certains quartiers de Nantes sont connus pour avoir une densité de population de migrants importante. J'ai donc recherché les médecins généralistes nantais installés dans ces quartiers. Une liste de plus de quarante médecins a pu être faite (outils : pages jaunes et carte de la ville de Nantes). J'ai donc appelé plusieurs médecins jusqu'à obtention d'une saturation des données. Tous ceux que j'ai contactés ont accepté de participer à ce travail.

b) L'origine « culturelle » du médecin généraliste :

Au sein de cette liste, deux médecins ont été choisis systématiquement du fait de leur origine ethnique : l'un étant d'origine chinoise, l'autre d'origine maghrébine.

2. Critères d'exclusion

Le seul critère d'exclusion pour mon étude était l'absence de migrant dans la patientèle. Tous les médecins que j'ai rencontrés accueillent quotidiennement des patients migrants.

C) Réalisation et analyse des entretiens

1. Modalités du recueil des données

a) Le cadre spatio-temporel :

Les entretiens ont été réalisés du 28 septembre 2011 au 21 mars 2012.

Lors d'un premier contact téléphonique, j'ai demandé au médecin s'il acceptait de participer à ce travail après avoir vérifié l'absence de critère d'exclusion. Une fois leur accord oral obtenu, soit la date et l'horaire de la rencontre étaient fixés d'emblée, soit les médecins me rappelaient pour pouvoir les fixer.

La plupart des entretiens se sont déroulés au cabinet médical du médecin (12 entretiens), certains ont eu lieu à leur domicile (2 entretiens).

b) L'enregistrement :

Tous les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone. Personne ne s'y est opposé. Leur durée variait de 10 minutes à 40 minutes.

c) La retranscription :

Chaque entretien a été retranscrit littéralement, respectant ainsi le discours parlé, sans modification de sa syntaxe ou de sa structure grammaticale. En moyenne, 10 min d'entretien a demandé 1 h 10 de retranscription.

2. Méthode d'analyse des données

J'ai choisi l'analyse de contenu thématique qui consiste à découper transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Ce type d'analyse cherche ainsi une cohérence thématique inter-entretiens [17] et repose sur l'hypothèse qu'une caractéristique est d'autant plus fréquemment citée qu'elle est importante pour le locuteur [15].

Selon Pope et al. [11,12], les différentes étapes de l'analyse sont les suivantes :

- La familiarisation avec les données en les réécoutant, les retranscrivant et en les lisant à plusieurs reprises.

- L'identification de structures thématiques, à partir desquelles les données recueillies peuvent être classées. Elles peuvent être issues des hypothèses de départ ou de résultats obtenus au cours des entretiens avec les patients.
- L'indexation des passages de texte par rapport à la structure thématique, si besoin au moyen de codes numériques.
- Le réarrangement des données en fonction de la structure thématique.
- L'interprétation, en définissant des concepts et en créant des associations entre différents thèmes dans le but d'apporter des explications aux résultats. Ce processus est influencé par les objectifs initiaux de recherche, mais aussi par les thèmes qui ont émergé des données elles-mêmes.

3. La saturation des données :

Les entretiens ont eu lieu jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucun nouveau thème ne se dégage des entretiens. Le nombre d'entretiens n'avait pas été défini au départ.

D) Méthodologie de recherche bibliographique

Les sources documentaires suivantes ont été consultées :

- Bases de données bibliographiques PUBMED, CiSMeF
- Le Système Universitaire de Documentation (SUDOC)
- La Bibliothèque Inter-universitaire de Médecine (BIUM)
- Moteur de recherche : GOOGLE SCHOLAR
- NANTILUS, le portail documentaire de l'université de Nantes
- Les sites internet de l'Inpes
- Les sites internet du BEH

Les mots-clés utilisés ont été :

- En français : migrant, dépression, culture, ethnopsychiatrie, somatisation, relation médecin malade, enquête qualitative, médecin généraliste.
- En anglais : migrant, foreigner, culture, depression, somatization, mental health, mental illness, general practice.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

A) Caractéristiques des médecins rencontrés

Quatorze entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes exerçant dans sept quartiers différents de Nantes et ses alentours.

Dans un souci d'anonymat, les entretiens ont été numérotés dans l'ordre chronologique de leur réalisation. M 1 correspond au premier médecin rencontré et M 14 au dernier.

Médecins	Sexe	Age (ans)	Cabinet	Quartier d'exercice	Circonstance d'installation	Pourcentage estimé de migrants dans la patientèle (%)
M 1	H	59	de groupe	Bellevue	l'opportunité	40
M 2	F	48	de groupe	Malakoff	le hasard	25-30
M 3	F	54	de groupe	Sillon de Bretagne	par choix	40
M 4	F	46	de groupe	Sillon de Bretagne	l'opportunité	50
M 5	H	60	de groupe	Sillon de Bretagne	par choix	33 (« le tiers »)
M 6	H	36	de groupe	Bellevue	par choix	20-25
M 7	H	53	de groupe	Beaulieu	l'opportunité	5
M 8	F	44	de groupe	Beaulieu	le hasard	non estimé
M 9	F	50	de groupe	Les Dervallières	par choix	25 (« un quart »)
M 10	F	45	de groupe	Château de Rezé	par choix	30
M 11	F	34	de groupe	Beaulieu	par choix	20-30
M 12	H	48	de groupe	Bellevue	le hasard	60
M 13	H	47	Seul	Chantenay-Bellevue	le hasard	50
M 14	F	49	Seul	Beaulieu	le hasard	50-60

Liste des abréviations utilisées :

H : homme

F : femme

Les patients migrants rencontrés par les médecins généralistes interrogés sont essentiellement originaires du Maghreb, d'Afrique sub-saharienne, de Turquie, d'Europe de l'Est, et d'Asie.

L'analyse des entretiens a permis de dégager les thèmes suivants.

B) Difficultés rencontrées par les médecins

1. La barrière de la langue

Douze médecins ont cité la barrière de la langue comme une difficulté pendant une consultation avec un migrant.

« *La difficulté, après c'est **la langue**.* » M 2

« *Puis en plus l'expression c'est pas toujours facile parce qu'il y a aussi **la langue**, moi j'ai pas du tout la langue.* » M 3

« *- La barrière de **la langue** ? - Des fois, c'est chiant ! [...] Après, oui des fois **c'est dur**.* » M 4

« *Après il y a les problèmes de **langue**.* » M5

« *Parfois **une petite barrière de la langue**,...* » M 6

« *Bah, **la langue surtout**... Voilà, c'est ça, la langue.* » M 7

« *Moi **j'ai pas les mots** pour ce genre de pathologies, je sais pas bien me faire comprendre et ils savent pas non plus me faire comprendre ce qu'ils veulent me dire, au niveau sentiment et ce qu'ils ressentent vraiment, c'est plus difficile.* » M 8

« *Oui, **la langue**, quand ils parlent pas le français, c'est un énorme obstacle.* » M 9

« *Alors la première difficulté, c'est **la barrière de la langue**, ça c'est vraiment ma difficulté.* » M 10

« *Quand il y a pas de **barrière de langue**, ça va.* » M 11

« *Essentiellement **le langage**.* » M 12

« *C'est **le problème de langue** finalement. La langue c'est important.* » M 14

Lorsque le médecin parle plusieurs langues, il rencontre moins de difficultés avec certaines populations.

« *Je parle **six langues**. [...] Je parle Français, je parle Anglais, je parle Allemand, je parle Cantonnais, le Mandarin, le dialecte Hangzhou. [...] **Ça aide**. [...] Je ne pensais pas que mes langues allaient me servir dans mon métier, finalement, j'ai choisi par hasard, mais le hasard, n'est pas si hasardeux finalement.* » M 13

« *Vu que **je parle arabe**, donc c'est beaucoup **plus facile pour eux**.* » M 14

2. La culture

La culture est également un obstacle décrit par les médecins interrogés, avec cinq problèmes particuliers au syndrome dépressif :

a) Dépression et culture :

La deuxième difficulté signalée par dix médecins sur quatorze est celle de la représentation culturelle de la dépression.

« **C'est un autre syndrome dépressif des migrants**, c'est, euh il faut le prendre dans son intégralité, c'est-à-dire dans sa culture. » M 2

« bon ben c'est pas bien d'être dépressif non plus. (Rires) C'est pas une maladie... [...] La maladie, y a pas forcément d'intérieur pour eux, on sait bien que ça peut venir d'ailleurs, mais bon. **On n'a pas du tout la même conception**, donc c'est pas toujours facile.» M 3

« **L'abord de la douleur et de la maladie en fonction des cultures est différente** [...] ils ont pas forcément une connaissance de leur corps par rapport à nous, si tant est qu'on ait une connaissance de notre corps, tu vois ; c'est des gens qui sont déjà en souffrance, dès qu'ils sont malades, ça prend des proportions, tu vois, beaucoup plus importantes [...]. » M 4

« Bah, il peut y avoir la compréhension, je pense de **culture, la manière dont ils fonctionnent**. » M 5

« **Je ne sais pas si la dépression est connue dans les populations migrantes** [...] c'est une maladie qu'ils ne reconnaissent pas [...] parce que **la culture n'est pas la même et que la maladie dépressive n'est pas connue**. » M 9

« C'est des gens qui acceptent mal le fait d'être... oui je pense que **la dépression, c'est un peu tabou**. » M 10

« Je pense que c'est pas vu de la même façon dans ces pays-là. » M 10

« **Est-ce que c'est dans la culture de pas se plaindre ?** » M 11

« Non, non, non, culturellement comme vous disiez, peut-être que **la dépression est moins bien vue de l'autre côté de la Méditerranée**, c'est fort possible. » M 12

« **Déjà syndrome dépressif, ça dépend des cultures**. [...] Le mot dépression n'existe pas en Chinois déjà, on sait pas ce que ça veut dire la dépression. [...] quand la psychiatrie «occidentale» est arrivée en Asie, on avait... Les Chinois ont du mal à traduire ce mot-là, parce qu'on savait pas ce que ça voulait dire. [...] Chez les Africains qui sont nés là-bas, qui ont une culture sur place, c'est encore autre chose. [...] on peut pas parler psychiatrie, dépression à la française, et l'appliquer à un Africain de souche et à un Asiatique de souche, c'est pas possible » M 13

« **C'est comme si la dépression n'existe pas chez eux**. » M 14

b) Une expression clinique différente :

Le syndrome dépressif s'exprime différemment selon la culture. Le plus souvent, ce sont les plaintes somatiques et multiples qui sont exprimées. Treize médecins l'ont évoqué.

« [...] ils l'abordent rarement d'emblée, en fait, souvent donc elle revient, elle revient, elle revient parce qu'elle a beaucoup de maux de tête [...] c'est souvent de **manière physique** qu'ils

s'expriment en disant bah oui, je vais pas bien, j'ai très mal ici, j'ai très mal, il vient tous les quinze jours, voire toutes les semaines.

Oui, oui, oui. Alors que physiquement on ne trouve rien de particulier, mais **maux de tête, maux de ventre et maux de dos** qui viennent, qu'on n'arrive pas à soigner avec du paracétamol simple, alors que une radio, une prise de sang de débrouillage ne montrent rien de particulier, on se dit, mais est-ce que ?... Physiquement ça se sent, en fait. » M 2

« y a une dame qui vient presque **tous les jours**. On se pose la question oui : qu'est-ce qui se passe derrière ?

(Pause)

Sinon, les grands motifs aussi c'est **la fatigue**, vous voyez les consultations, on sait pas trop pourquoi ils viennent ou c'est **un petit peu mélangé, beaucoup de plaintes**. Bon ça c'est ce qui me fait penser à la dépression mais c'est pas quelque chose que l'on peut dire comme ça parce que hum. » M 3

« Les plaintes multiples, de fatigue, de... [...] Ça revient souvent sur le somatique. » M 3

« [...] l'abord de la douleur et de la maladie en fonction des cultures est différente. » M 4

« Une **somatisation** très importante [...]. Les plaintes sont plutôt **somatiques**, enfin un malaise [...]. Les plaintes **répétées** [...]. » M 5

« Il y en a un au départ, on était partis sur tout autre chose, **multi-plaintes** et à la fin, on s'est aperçu que c'était une dépression. [...] Très difficile de savoir où est-ce qu'on allait. Genre arthralgies diffuses, des choses comme ça. » M 6

« Il y a le problème de la dépression, où là, ça peut être masqué, ça peut être **des plaintes**. [...] ça peut être **des douleurs lombaires répétées, des insomnies** [...]. » M 7

« [...] ils viennent pas me voir en disant qu'ils vont mal psychologiquement, ils ont beaucoup de plaintes physiques en fait au départ. » M 8

« Et plein de symptômes sont en rapport avec un état dépressif, sauf que ça passe par **une plainte physique** et qu'on tourne en rond puisqu'ils sont demandeurs d'examen complémentaires. » M 9

« [...] pas mal **de plaintes somatiques**. » M 10

« [...] il y a toujours de toute façon dans leur présentation, **dans leur façon d'exprimer les symptômes, une différence**, ça c'est certain. [...] dans l'expression même, ne serait-ce que la douleur, on aura des... vraiment **des différences, dues je pense à leur origine ethnique, culturelle** en tout cas et ça. [...] ils vont pas venir spontanément pour exprimer leurs difficultés, c'est pas un thème qu'ils vont aborder facilement. [...] elles vont être fatiguées, **la fatigue**, je crois que c'est un des motifs les plus fréquents, mais elles viendront pas avec un motif de dépression ou déprime. » M 11

« C'est souvent **des plaintes générales : mal partout**. On fait des examens, on trouve rien ; des gens qui sont un petit peu isolés aussi. [...] qui somatisent beaucoup [...]. » M 12

« [...] j'ai vu plusieurs cas chez l'Africain, la dépression telle qu'elle est décrite, n'existe pas, quand ils ont une contrariété très très forte etc., ils se manifestent par **une psychose** [...]. Selon vraiment la culture, la façon de l'exprimer, la dépression, telle qu'on la décrit, n'est pas du tout la même selon les cultures. [...] **des plaintes fonctionnelles**, beaucoup de plaintes fonctionnelles » M 13

« Ben le syndrome dépressif n'est pas toujours exprimé chez cette, cette population. Ils vont jamais venir parler d'un vrai syndrome dépressif, c'est-à-dire qu'il faut vraiment qu'on le cherche. [...] Ce sera toujours masqué. C'est toujours un syndrome dépressif masqué. [...] Par des plaintes. Toujours. **Des plaintes, des vertiges**, des... C'est surtout des plaintes, quoi. La plupart du temps c'est ça, **le mal de dos, les douleurs diffuses**, on a rien aux examens et voilà. [...] le syndrome dépressif, il vient pour autre chose, il vient pour **d'autres douleurs, somatisation**. » M 14

c) La non-observance des traitements :

Les traitements, lorsqu'ils sont acceptés, sont souvent arrêtés ; les patients se plaignant d'effets secondaires.

« Elle a jamais voulu prendre ses médicaments en disant, j'ai des **vertiges**, j'ai des choses comme ça. » M 2

« Ils les prennent un mois point. Donc ça va mieux ou pas mieux ou il y a des **effets secondaires**. » M 3

« C'est variable, mais parfois **ils arrêtent d'eux-mêmes** parce que ça va mieux. » M 6

« La mise en route des traitements, c'est un peu difficile à faire accepter. Ils aiment pas prendre ce genre de traitement. » M 8

« Les médicaments ne marchent pas, parce que... parce que souvent **ils les arrêtent**. [...] dans la majorité des cas, ils arrêtent les médicaments, parce qu'**ils voient pas les bénéfiques** tout de suite... euh il faut attendre, il peut y avoir **des effets secondaires** au début du traitement [...]. » M 9

« **C'est pas des gens qui aiment beaucoup prendre des médicaments** non plus, euh... enfin, certains médicaments, bah **justement les traitements psy**, les antidépresseurs. » M 10

« Pas toujours évidente, parce que souvent **les effets secondaires** et alors ils nous l' disent à la consultation suivante, qu'ils ont pris le traitement trois jours ou quatre jours et puis qu'ils l'ont arrêté. » M 12

« De toute façon ils vont présenter **les effets secondaires** tout de suite, parce que c'est pas dans leur culture de prendre quelque chose pour ça. [...] La seule difficulté chez les migrants c'est, c'est l'observance des médicaments. » M 14

d) Le recours au spécialiste :

Il est difficile d'adresser un patient migrant souffrant de syndrome dépressif à un spécialiste. La difficulté peut être due au patient lui-même (vision qu'il a du psychiatre ou du psychologue, acceptation, coût) ou à l'organisation au sein du système (accessibilité, intervention d'interprètes, plannings).

➤ Difficultés liées au patient :

« - Et je ne sais pas après si dans la culture effectivement, dans la culture soit Africaine, soit Maghrébine, l'accès en fait à un...

- ... **un spécialiste.**

- À un **spécialiste en fait, psychologue ou psychiatre, fait partie de la culture et de la manière de vivre.** » M 2

« Comme **c'est pas facile non plus de leur proposer quelqu'un.** D'abord déjà c'est pas facile le psychiatre ou le psychologue. Donc il y a le coût des psychologues. Et puis bon, c'est pas quelque chose qui sont habitués, parce que... alors là c'est encore pire : on n'est pas fous, on n'est pas... » M 3

« Pour la psychothérapie « spécialisée » entre guillemets, là **c'est encore une autre paire de manches.** » M 5

« Oui, oui alors parler de psychiatre à une population migrante, c'est très très difficile, par contre. [...] c'est encore à connotation... C'est **la folie quoi.** » M 7

« Alors la principale difficulté là, c'est de les envoyer consulter, c'est des gens qui aiment pas... qui ont du mal à se livrer, je pense, c'est sans doute peut-être par rapport à leur culture, je sais pas, mais en tout cas, ils **consultent pas facilement** les psychothérapeutes, les psychologues, les psychiatres. » M 10

« Parce que comme ils **veulent pas qu'on passe la main**, bah, enfin... dans le domaine de la psychiatrie. » M 10

« Alors la psychothérapie, **c'est pas encore dans leur culture** [...]. C'est pas facile hein. Parce que bon, ok, c'est les nerfs d'accord, mais ça s'arrête là, on peut pas aller plus loin, c'est pas possible. Ils ont une telle croyance ces gens-là, donc. [...] La thérapie comme je t'ai dit, hors de question, parce que tout de suite : « je suis fou », même si je leur dis c'est pas être fou, c'est juste pour..., non, non, non, c'est même pas la peine. » M 14

➤ Difficultés liées à l'organisation au sein du système :

« [...] qui auraient besoin d'un soutien psychologique à mon avis, psychologue ou psychiatre parlant l'arabe. **J'ai déjà cherché, et j'ai pas trouvé, ni au CHU, ni euh...** » M 2

« On essaie dans tous les cas d'orienter les gens et je crois qu'on le fait pas très bien, parce que **c'est pas bien organisé.** » M 5

« Si euh... je devais envoyer quelqu'un qui parle pas bien français voir quelqu'un pour une psychothérapie, **ce serait difficile ou alors il faudrait une tierce personne.** » M 6

« Parce qu'on a pas la même culture ou parce qu'ils parlent pas la langue et qu'à ce moment-là, **il faut un intermédiaire et un interprète.** » M 9

« Le problème c'est la prise en charge, les C.M.P., nous refusent les gens maintenant, les psychologues ne sont pas pris en charge, donc on est un petit peu confronté à **ces problèmes-là de consultations.** » M 12

« Donc C.M.P., elle est allée, elle a vu donc un médecin, qui parle vraiment très peu l'anglais, donc il a pas su... [...] ils sont tellement débordés [...]. Tu vois le problème il est, **c'est que au C.M.P. pas moyen d'avoir un interprète.** » M 14

e) Le non-respect des horaires de consultation :

Culturellement le système des consultations avec rendez-vous n'est pas toujours connu. Il arrive donc que les patients consultent sans rendez-vous, ou ne viennent pas au rendez-vous pris, ou viennent à plusieurs pour un même créneau de consultation, ou monopolisent le médecin un certain temps.

« **Ils ont quand même du mal à venir avec des rendez-vous.** [...] Les Africains d'Afrique Sub-saharienne, c'est leur culture avant ça, **ils sont souvent en retard**, enfin bon. Bon ben c'est comme ça, **ils viennent pas à leur rendez-vous et après ils viennent sans rendez-vous** » M 3.

« C'est un peu un problème, ça c'est plus les Africains, [...]. Au début, **ils comprennent pas que... on leur donne un rendez-vous, qu'il faut respecter le rendez-vous.** » M 7

« Quand c'est un Chinois, je sais que je vais passer beaucoup de temps. [...] **ils ont pas du tout le code culturel du pays**, ça n'existe pas le médecin de famille et quand ils sont là, **ils ont l'impression que tout leur temps est dû.** [...] Au début il y a quelques rappels, les Chinois arrivent toujours en retard, [...] Chez les Asiatiques, **ce n'est pas du tout la même façon d'aborder le temps**, il y a une notion de temps qui est différente selon un petit peu les coutumes de chaque pays. » M 13

« Mais moi je trouve la difficulté c'est, euh, c'est d'abord, commençons par **le non-respect des rendez-vous, déjà !** » M 14

B) La relation médecin-patient

1. La relation de confiance :

Six médecins pensent que lorsque la confiance est établie dans la relation médecin-malade, la prise en charge est facilitée.

« Bah la seule chose particulière à laquelle je crois, c'est la **relation thérapeutique**, donc qu'il faut essayer d'établir [...] mais je pense que le principal c'est ça, c'est la relation thérapeutique [...] y a quand même un point de référence. » M 5

« C'est déjà ça, qu'ils gardent **la confiance** [...]. » M 9

« Ils préfèrent rester un petit peu avec leur médecin généraliste, parce que je pense qu'ils ont réussi à établir une **relation de confiance**, alors du coup, ils se contentent de ça. » M 10

« Une fois que la confiance est établie, je pense que voilà, on arrive à faire passer des choses. » M 10

« Ah oui, oui, **quand ça vient de nous**, de moi ou de ma collègue, je pense **qu'il y a pas de souci**, parce que c'est des patients qu'on connaît bien très souvent. » M 12

« Il y en a d'autres qui ont changé de quartier, mais qui sont attachés à moi et ils reviennent » M 13

« C'est **la relation qu'on a avec son médecin** et moi je connais leur culture [...]. » M 14

2. La remise en cause des compétences :

Suite à cet entretien, un médecin s'est posé des questions par rapport au syndrome dépressif chez les migrants.

« Je suis peut-être un mauvais médecin, je recherche peut-être pas ça, mais c'est pas quelque chose que je connais, chez les migrants. [...] Alors soit je le dépiste pas, possible que je suis pas apte, ou que je ne sens pas les choses, je sais pas, ou soit ils n'en parlent pas. [...] Non. Alors, est-ce que ? Je sais pas, il y a peut-être un problème de ressenti. On sent pas forcément la même chose, ils sont pas... enfin et donc. Peut-être qu'on les recherche pas non plus ou qu'on est aussi envahi par d'autres, d'autres demandes qu'ils ont par rapport à nous, et que ça, ça passe et c'est... Parce que je pense que ça existe, plus qu'on ne le croit. » M 1

En parallèle, deux médecins parmi les quatorze ne rencontrent pas de difficulté dans la prise en charge de la dépression chez le migrant.

« En fait, j'ai pas eu l'impression d'avoir une difficulté à aborder le problème. Non, parce que de toute façon, très vite, je vais vers ça, si je le suspecte, si... Enfin si pour moi, ça ressemble à un état dépressif, euh... y a pas de raison qu'on en parle pas. » M 6

« Non, non, j'ai pas eu vraiment de problème pour traiter... même pour traiter des états dépressifs. » M 7

3. Parler la même langue, connaître les cultures, être de même origine :

- Les patients consultent le plus souvent un médecin de leur quartier. Certains sont pourtant prêts à aller consulter loin de leur quartier lorsque le médecin parle la même langue ou est de même origine culturelle.

« Il y en a **qui viennent de plus loin** [...] quelques quartiers, je sais pas trop comment ils arrivent là. Le nom, je crois. [...] Marocain, c'est mon mari. » M 8

« Oui il y en a **qui viennent d'autres quartiers**, des Chinois » M 13

« Alors au tout début, il y avait que les patients du quartier, ça a duré je crois quatre ou cinq ans. Après, maintenant ils **viennent de partout**. Et bien sûr surtout la communauté maghrébine, ils viennent de Bellevue, de la Bottière, Boissière, Orvault, Malakoff, Dervallières, **vraiment tous ces quartiers-là** et j'ai même quelques familles qui viennent de **Bouaye**, qui viennent de **Saint-Nazaire**, qui viennent de **Sainte-Pazanne**, enfin **bref tout autour**, le sud Loire. Donc ça vient de partout. [...] Vu que je parle arabe, donc c'est beaucoup plus facile pour eux, pour elles surtout parce que c'est la plupart du temps des femmes, il y a pas mal d'hommes aussi. Mais ça facilite la prise en charge, ça facilite, oui, ça permet d'avancer et de faciliter la prise en charge. » M 14

« Une patiente qui parle très peu l'anglais, elle parle l'arabe, donc elle vient me voir parce qu'elle ne parle pas un mot français. » M 14

- En ce qui concerne la psychothérapie, il semblerait que le fait de parler la même langue ou de connaître les cultures n'aide pas forcément.

« Que ça soit un médecin qui parle leur..., voilà, ou que ça soit quelqu'un qui s'y connaît dans leur culture, c'est pas pour autant qu'ils vont aller faire une thérapie. » M 14

4. Les « plus » pour communiquer :

Afin de communiquer au mieux avec les patients qui ne parlent pas français, les médecins utilisent parfois le langage « non verbal » : gestes, mimes, dessins, contact. Certains essaient même de parler quelques mots de leur langue.

« On arrive toujours à se débrouiller en fait avec **les gestes**. En fait ils ont des petits mots de français et moi **des petits mots d'arabe** : un chouïa, des choses comme ça et on arrive à

échanger. [...] On arrive **avec des mots, avec des chiffres**, avec... les chiffres en fait elles arrivent à lire et avec les gestes en fait à **montrer avec les doigts** : 1, 2, 3. » M 2

« Des fois je fais des **petits dessins**. Quand je peux **parler anglais**, je parle anglais, tu vois [...]. Je parle en anglais, je **parle avec les mains**, je montre, moi je touche. **Je touche** les gens, voilà. Et ça fait partie aussi de la culture.

Si, si maintenant, il y a un super outil, c'est quand tu connais pas un mot, moi je vais sur internet et je montre. Ah ça c'est bien, ça s'est super **internet**. » M 4

« J'essaie d'**apprendre deux-trois mots de leur langue** et ça se passe très très bien comme ça. » M 13

5. Un espace de parole :

Le fait d'accueillir et d'écouter le patient fait du cabinet médical un espace de parole dont le patient peut profiter.

« Après je pense qu'on traite aussi parce qu'on les reçoit, on les accueille ; on les accueille, on les soigne... dans l'ensemble de leur truc, donc je pense qu'on fait psychothérapie dans le sens large du terme, donc je pense que le fait que le cabinet soit un lieu d'accueil, où ils peuvent recourir, c'est déjà très important. » M 5

« Moi, je suis à leur écoute [...] on essaie de parler, on essaie de comprendre, on essaie d'expliquer. » M 9

« [...] j'explique, je parle beaucoup, je leur explique énormément. Je ne fais pas qu'écouter [...] Il y a un dialogue, et ça c'est très important. Il y a toujours un dialogue avec les patients. » M 14

D) Attentes des médecins

À la question : « Auriez-vous des attentes au niveau extérieur qui vous aideraient dans cette prise en charge ? », voici ce que les médecins ont répondu :

1. Des lieux de rencontres pour les patients : (4/14)

« Il faudrait qu'il puisse y avoir peut-être des... des groupes, comme on fait par exemples pour les alcooliques anonymes etc., c'est-à-dire qu'il y ait des... des groupes de mis en place par population, par langue, où ils pourraient chacun s'exprimer et qu'un thérapeute parle la langue et qu'ils puissent en fait parler d'eux dans leur langue. [...] **des groupes de paroles**, en fait. » M 9

« Et pourquoi pas des **réseaux de groupes de parole en langue étrangère** avec les populations les plus... les plus importantes et qui puissent s'exprimer ouvertement mais dans leur... avec leurs mots, avec leurs vécus, avec leurs ressentis, avec leurs souffrances aussi... » M 9

« Je pense que si c'était plus **des lieux de rencontres** ou sous forme de choses moins... moins médicalisées, moins... ça pourrait peut-être mieux fonctionner. » M 10

« [...] qu'elles aient une activité pour elle, qu'elles aient... qu'elles puissent avoir des amis, qu'elles puissent socialement s'intégrer, **qu'elles puissent pouvoir parler avec d'autres femmes souvent quand même de leur culture**, parce qu'elles se comprennent mieux comme ça [...]. » M 11

2. Des ethnopsychiatres : (4/14)

« Bah, peut-être des psychologues ou des psychiatres qui seraient formés à l'ethnomédecine. » M 4

« Je pense qu'il manque de consultations spécialisées pour les migrants justement dans ce domaine-là. » M 10

« ...des spécialistes. » M 12

« On avait un ethnopsychiatre qui était en stage pendant six mois, j'ai sauté sur l'occasion, j'ai... donc elle a eu une consultation avec lui, donc c'était vraiment extraordinaire, ça a permis de faire progresser les choses. » M 13

3. Un psychiatre qui parlerait la « langue » : (3/14)

« Psychologues, Psychiatres qui parleraient effectivement une langue sans tierce personne en fait, qui pourraient parler, soit qui parle l'arabe... après il y a plein de dialectes aussi africains. » M 2

« Et la psychothérapie, bah voilà, faudrait une psychologue qui parle arabe, tu vois. » M 4

« Bah, j'aimerais bien qu'il y ait un psychiatre qui parle arabe, ça serait bien. [...] ce serait bien, ce serait super. Je suis sûr qu'il en existe d'ailleurs. » M 6

4. « Des microstructures » de proximité : (2/14)

« Il faudrait des choses localement » M 3

« Ce qu'on rêverait [...] c'est les... ce qu'on appelle les microstructures, enfin disons les possibilités de proximité, c'est-à-dire que des gens puissent venir dans nos locaux pour faire des consultations autres, spécialisées, que ce soit des psychologues, des trucs comme ça, ça serait, je pense que ce serait un plus. [...] un médecin généraliste tout seul peut pas tout faire. » M 5

5. Des informations pratiques pour les médecins : (2/14)

« *Moi, ce que j'aimerais, c'est avoir des correspondants qui pourraient m'aider, en fait c'est surtout ça, psychologues et psychiatres qui parlent la langue ou c'est d'avoir **une liste de psychiatres ou psychologues** qui pourraient éventuellement...**à qui je pourrais adresser mes patients** quand j'en ai besoin. » M 2*

« ***Savoir tout ce qui se fait exactement** pour pouvoir leur proposer des choses plus concrètes. » M 11*

« *Après si directement j'avais **une liste** peut-être **d'associations de migrants ou d'activités plus spécifiques**, peut-être que je leur donnerais aussi en direct. » M 11*

6. Des formations pour les médecins : (2/14)

« *Enfin, on devrait tous être formés, [...] Peut-être connaître plus les significations des symptômes, peut-être. [...] l'abord de la santé dans les différentes cultures.» M 4*

« *Soit je me mets à parler plusieurs langues, ça, ça peut être une piste, mais je suis nulle en langue. » M 9*

7. Des formations pour les patients : (1/14)

« *[...] ils ont besoin, à mon avis c'est même indispensable, de... leur faire **des formations** peut-être, je sais pas. Qu'ils soient un petit peu au courant voilà, comment le système fonctionne [...]. » M 14*

8. Une aide culturelle pour les patients : (1/14)

« *Il faut une aide culturelle [...] une autorité morale [...]. Ils peuvent consulter ces gens-là, ça peut être une aide importante pour... pour la prise en charge, je pense de la maladie dépression. » M 13*

9. Pas d'idée : (1/14)

« *Je sais pas du tout comment on peut faire pour un petit peu améliorer ça de façon extérieure : **point d'interrogation !** » M 14*

10. Aucune attente : (1/14)

« *Je n'ai pas de demande... » M 1*

E) L'interprétariat

On remarque une ambivalence par rapport à la présence d'un interprète lors d'une consultation avec un migrant, en particulier dans la prise en charge du syndrome dépressif. L'interprétariat est vu différemment selon qu'il est fait par un membre de la famille ou par un professionnel.

Certains médecins s'interrogent sur la fidélité de la traduction et le respect du secret médical.

« Et après, il pourrait y avoir un intermédiaire, donc un intermédiaire dans une relation psychologique, je pense que c'est... ouais, c'est un... » M 2

« L'interprétariat par la famille c'est pas toujours terrible. Je suis au C.A. de l'A.S.A.M.L.A. autrement et donc quand j'ai affaire à des vraies interprètes médiatrices, c'est quand même pas la même chose. On voit bien la différence. C'est pour savoir surtout quand on n'a pas accès à la langue ce qui se passe derrière, parce que bon c'est pas traduit, c'est pas vrai. » M 3

« Quand c'est les enfants, des fois aussi c'est pratique quand même. Ça dépend de quoi on parle. » M 4

« [...] qui dit psychothérapie, dit quand même un monde un peu intime, donc il faut... il faut vraiment trouver la tierce personne neutre et c'est pas toujours facile. [...] Il n'y a jamais de neutralité, donc euh. » M 6

*« Et puis **quelle est la place d'un interprète** dans cette situation ? C'est pas possible non plus. [...] C'est pas possible, il peut pas y avoir un intermédiaire, c'est pas... » M 9*

*« Et l'interprète fait que de toute façon, ça va fausser les choses, puisque **la traduction sera pas bonne... la traduction sera pas bonne, et que la personne qui ne parle pas la langue, ne va pas se dévoiler forcément... elle est fragilisée.** » M 9*

*« Je suis obligée de leur demander de venir avec des... des... des gens... pour traduire. Euh... c'est... **j'aime pas utiliser les enfants comme interprète**, donc voilà, ça m'aide pas beaucoup non plus » M 10*

*« On demande à ce **qu'ils soient accompagnés** de quelqu'un qui parle français, enfin qui peut traduire, [...]. » M 12*

*« on est obligés souvent d'avoir un traducteur, donc ce qui pose un petit peu le **problème de la confidentialité.** » M 12*

*« Évidemment il y a... traduire ça veut dire trahir, donc **c'est jamais fidèle**, mais ça permet déjà de... de... si, quand même de **retirer pas mal d'informations.** Euh, il y a deux-trois sortes de traduction, vous avez soit la **traductrice officielle** qui vient, [...] donc là, je pense que la traduction n'est pas mauvaise, [...] une fois, j'ai eu un patient Roumain, qui parle Roumain, donc j'ai une traductrice roumaine qui est venue, et enfin, j'ai su des choses que je ne savais pas avant, donc **c'est quand même un avantage**, quand on a vraiment une barrière de la langue, d'avoir un traducteur. Bon après **les gamins qui viennent traduire [...]** c'est pas forcément très*

bien, parce que quand je pose la question, il répond à la place de sa mère ou de son père, [...] c'est un petit peu l'inconvénient, [...] » M 13

*« Il faut un traducteur, **si on peut avoir un traducteur, c'est quand même important**, savoir ce que ressentent les gens. Je pense qu'une première consultation avec un traducteur qui traduit fidèlement, le plus fidèlement possible les mots c'est important, [...]. » M 13*

Le recours occasionnel à la langue maternelle (interprétariat professionnel par exemple) permet de favoriser la compréhension et la relation d'aide.

A) Limites de l'étude

1. Biais de sélection des médecins :

Les deux critères de sélection des médecins consistaient :

- en la zone géographique d'exercice (quartiers à forte proportion de migrants) : grâce aux pages jaunes et à une carte de Nantes, j'ai fait une liste des médecins susceptibles de recevoir des migrants en consultation ;
- et en l'origine ethnique non française du médecin (liste établie par des contacts personnels et donc limitée).

J'ai, dans un premier temps, appelé les médecins travaillant dans les « quartiers » et ai mené les entretiens jusqu'à saturation des données.

Puis, alors que j'étais arrivée à saturation des données, j'ai voulu rencontrer deux autres médecins du fait de leur origine ethnique non française, pensant que leurs témoignages étaient susceptibles d'enrichir cette enquête (médecins qui, par ailleurs, faisaient partie de la liste des médecins réalisée par rapport à la zone géographique d'exercice).

2. Biais liés à l'enquêteur :

Ce travail de recherche est ma première expérience en matière d'enquête qualitative, ce qui a pu influencer la réalisation du guide d'entretien et les entretiens eux-mêmes. Ma technique s'est en effet affinée et je me suis sentie de plus en plus à l'aise au fur et à mesure des entretiens.

D'autre part, de façon inhérente à la méthode qualitative, l'enquêteur ne peut jamais être réellement neutre dans sa relation avec l'enquêté. De par sa personnalité, ses opinions, son regard, il peut interférer dans l'échange et influencer le discours de l'interviewé. Dans ce cadre, je me suis efforcée de ne pas donner mon avis sur le sujet.

3. Biais liés à la méthode :

L'enquête s'intéresse à la prise en charge en médecine générale de la dépression chez les patients migrants, sans distinction d'origine, d'âge, de sexe ou de date d'arrivée en France. Les entretiens ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien pré-établi, basé sur une majorité de questions ouvertes.

Cette enquête qualitative a permis de rapporter le fonctionnement des médecins généralistes enquêtés uniquement. Le but de la méthode qualitative n'est pas la réalisation de statistiques mais l'émergence d'hypothèses et de pistes de réflexion.

B) Discussion des résultats

1. La consultation médicale :

La rencontre entre le médecin et le patient se fait lors d'une consultation médicale. Il convient donc de rappeler quelques points sur la relation médecin-malade en général, avant d'essayer de comprendre les difficultés qui peuvent être spécifiques à la rencontre avec un patient migrant.

a) La relation médecin-malade :

L'analyse des entretiens met en évidence le rôle majeur de la relation entre le médecin et le patient.

Comme l'ont souligné plusieurs médecins interrogés dans cette enquête, la qualité de la relation joue un rôle essentiel.

« La relation médecin-malade reste d'un domaine très original et ne ressemble à aucun autre type de relation » [18].

La relation médecin-malade est une relation faite d'attentes et d'espérances mutuelles. Le malade attend un soulagement et si possible la guérison. Quant au médecin, il attend une reconnaissance de la part de son malade et une vérification de son pouvoir soignant.

La relation médecin-malade est une relation inégale. Elle a pour point de départ la demande d'un sujet souffrant adressée à un sujet disposant d'un savoir.

Une relation médecin-malade harmonieuse permet une démarche diagnostique efficace, une amélioration de la qualité de vie par la prise en compte du point de vue du malade et une bonne observance thérapeutique.

« Le médecin doit apprendre l'empathie c'est-à-dire la capacité à mettre en place une relation de soutien et de compassion vis-à-vis du patient, sans aller vers des sentiments plus conformes aux relations inter humaines habituelles c'est-à-dire de sympathie ou d'antipathie.

Dans ce contexte le médecin doit être à l'écoute du patient, respecter ses désirs, être capable de discuter sans passion de la problématique que lui pose le patient, en respectant son avis, et sans exercer trop de pression pour faire valoir un point de vue ou une conduite à tenir refusée par le patient » [18].

La relation médecin-malade est exigeante et nécessite de plus en plus d'écoute et de capacités pédagogiques des praticiens. En se préoccupant activement et de manière évidente des émotions, des valeurs et des expériences du patient, le médecin montre qu'il est bien présent et bienveillant.

Le médecin doit donc instaurer une relation de confiance en respectant la pudeur et les difficultés psychologiques du patient, en maîtrisant ses propres réactions, et en identifiant la hiérarchie des besoins. Il doit être accessible et disponible. Il doit prendre en compte les préférences du patient. Cela favorise l'obtention de son consentement éclairé, essentiel pour la réussite de la prise en charge.

La confiance du patient, elle, repose sur une communication sans tabou, une satisfaction dans le traitement prescrit et une disponibilité du médecin pour répondre à ses inquiétudes.

D'ailleurs, Michael Balint, dès les années 40, a développé à Londres, à la *Tavistock Clinic for Human Relations*, une formation collective des médecins généralistes destinée à les sensibiliser à l'importance de la dimension psychologique dans la médecine générale.

Pour Balint, la maladie est fréquemment l'expression somatique d'un conflit émotionnel.

Déjà à l'époque, Balint affirme que l'efficacité thérapeutique face à une maladie qui est l'expression d'un conflit émotionnel réside dans la relation entre le médecin et le malade, dans la qualité de l'écoute et du soutien que le médecin est capable d'apporter à son patient aux prises avec des difficultés existentielles (*Le médecin, son malade et la maladie*, publié en 1957 et traduit en français en 1960).

À la même époque, Carls Rogers, dans *Le développement de la personne*, ouvrage réunissant un ensemble d'articles parus de 1951 à 1961, définissait déjà la relation thérapeutique comme une des formes des relations interpersonnelles ayant pour vocation de favoriser chez l'autre la croissance, la maturité, une plus grande capacité à affronter la vie, en mobilisant ses ressources.

La relation est parfois plus difficile à instaurer avec un patient migrant qui est confronté aux déceptions et aux difficultés dans le pays d'accueil. Chaque étape de la consultation est source de difficultés auxquelles il faut trouver une parade. L'absence d'écoute, l'absence d'empathie et l'absence d'explications suffisantes est à l'origine de la plupart des mécontentements des patients par rapport aux praticiens.

b) Le médecin généraliste :

Il semble important de faire un rappel des caractéristiques, du rôle et des compétences du médecin généraliste, qui peuvent illustrer l'importance de la place du médecin généraliste dans la prise en charge des migrants.

Ces notions sont bien définies par la WONCA (World Organization of Family Doctors, 2002).

La place du médecin généraliste est particulière. Il est « habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée ».

La médecine générale « développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires. La médecine générale s'occupe des personnes et de leurs problèmes dans le cadre des différentes circonstances de leur vie, et non d'une pathologie impersonnelle ou d'un "cas". Le patient est le point de départ du processus. Il est aussi important de comprendre comment le patient fait face à la maladie et comment il l'envisage, que de s'occuper de la maladie elle-même. Le dénominateur commun est la personne avec ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. La valeur de cette relation personnelle est déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste et est en elle-même thérapeutique. [...] Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle ».

Le médecin généraliste soigne les patients dans leur « contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie ».

Il agit personnellement ou fait appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services.

c) La rencontre avec un patient de culture différente :

Dans ce travail, il a été mis en évidence plusieurs problèmes essentiels dans lesquels les représentations et croyances sur la maladie tiennent une place majeure.

Le migrant appartient à un pays, une terre, une religion, une culture. Patient et médecin sont chacun dotés d'une culture et leur rencontre se produit dans un contexte précis.

On note l'importance de la prise en compte de l'altérité, du statut de la culture et de la langue dans la prise en charge d'un patient migrant.

Le médecin généraliste qui accueille un patient de culture différente se trouve souvent dans une situation où il peine à comprendre les raisons qui ont poussé le patient à le solliciter et où il ne parvient pas à se faire comprendre.

Le rapport à l'Autre présume une différence. Chacun construit son identité et sa relation à l'altérité en posant cet écart entre soi et autrui [19].

Le soignant ne doit pas enfermer l'Autre dans une indépassable différence. L'outil ethnopsychiatrique est précieux pour la mise en commun préalable d'un ensemble de représentations culturelles, entre le patient et le thérapeute qui sont de culture différente.

Selon M. R. Moro, « la clinique des patients migrants nécessite donc, de façon convaincante, l'éclairage et l'apport de la culture, la leur, non pas pensée comme une totalité mais plutôt de la façon dont ils se l'approprient et s'y réfèrent, et comme une ressource précieuse de l'alliance thérapeutique » [20].

Chaque patient a une personnalité et une histoire différentes auxquelles le médecin doit s'adapter dans la relation médicale qu'il établit à partir de la demande exprimée par le patient.

Le médecin, qui a un système de représentations qui lui est propre, peut se retrouver désarmé face à un patient venu d'un autre univers que le sien et dont les plaintes peuvent être vagues ou se déplacer. Louis Ferrant, médecin généraliste belge, les décrit comme des plaintes en « mouvement de pendule ». La façon dont le soignant va accueillir ces plaintes peut être la cause de leur manque de clarté [21].

Devant des plaintes mal localisées, pauvres et qui veulent orienter vers une lésion d'organe, C. Mestre précise que « toute tentative plus ou moins impatiente, souvent maladroite de la part du praticien, de localiser la douleur ailleurs que dans le corps désigné est source d'incompréhension et de doute. Les interventions du type « vous n'avez rien », ou bien « c'est dans la tête » ou bien encore, « c'est psychologique », plongent souvent le patient dans un trouble profond et aggravent le sentiment d'errance et de perte de soi » [22].

En effet, la parole du médecin a un impact non négligeable auprès des patients.

L'alliance thérapeutique s'appuie sur une co-construction de la relation. Écouter le patient c'est l'humaniser. C'est le reconnaître en tant que sujet. La reconnaissance de la subjectivité passe par la reconnaissance de l'altérité [23]. L'écoute et l'empathie peuvent clarifier la plainte et lui faire atteindre une autre dimension. Le médecin peut signifier au patient qu'il est prêt à entendre

ses représentations culturelles par rapport à la plainte. Il peut par exemple demander si quelqu'un dans la famille a évoqué des causes possibles aux troubles [24]. Le patient exprime différemment sa plainte s'il se sent accepté et respecté. L'alliance thérapeutique peut alors se nouer et le processus psychothérapeutique se dérouler.

Lorsque le thérapeute maîtrise la langue du patient, et inversement, l'alliance thérapeutique sera d'emblée facilitée. Et dans ce cas, il faudra alors se méfier de la qualité de cette relation en termes de transfert/contre transfert.

Un migrant « déprimé » peut mettre en avant des plaintes somatiques dans un premier temps, alors que la dimension psychologique de sa souffrance ne pourra être dite qu'une fois une relation de confiance établie (Kirmayer et Groleau, 2001), ce qui risque d'entraîner un diagnostic erroné de trouble somatoforme [25].

d) La barrière de la langue :

Au cours des entretiens, la barrière de la langue a été citée comme une difficulté majeure lors d'une consultation avec un migrant par douze médecins sur quatorze.

L'enquête « *Patients immigrés dans la région rennaise, le regard des médecins généralistes* », réalisée en 2007 par une sociologue, montre que « l'absence ou la mauvaise connaissance du français (ou de toute autre langue commune de dialogue) est un problème majeur et indépassable » pour « environ » la moitié des médecins [26].

La relation médecin-malade est une relation paradoxale. Elle a le corps pour objet mais passe le plus souvent par la parole, ce qui peut être source de malentendus et d'incompréhension. Souvent le patient migrant maîtrise mal la langue française, et le plus souvent le thérapeute ne maîtrise pas la langue maternelle du patient.

Les barrières linguistiques sont mobiles : elles sont hautes avec les arrivants récents et les inactifs ; elles s'abaissent avec le temps, la scolarisation et l'exercice d'une profession.

La difficulté de communication entre médecins et patients ne parlant peu ou pas le français complique la perception de problèmes pensés comme psychologiques. D'autant que les termes fréquemment utilisés en psychiatrie n'ont pas forcément d'équivalent dans d'autres langues.

Pour les patients migrants, la langue constitue un véritable handicap pour exprimer une souffrance qui n'attend qu'à se dire. Le recours à la langue maternelle peut faciliter la rencontre soignant-soigné. L'intervention d'un tiers ou d'un interprète professionnel peut alors être d'une grande aide.

e) La communication :

Lors d'une consultation médicale, les moyens de communication que le médecin et le patient peuvent utiliser sont multiples :

- Tout d'abord **la parole** : qui permet d'informer directement de façon simple et intelligible. Elle associe le ton de la voix, le regard et l'expression du visage qui peuvent traduire le souci, l'inquiétude, l'hésitation. Elle n'est pas toujours évidente. Il faut parler la même langue pour se faire comprendre d'une part et il est parfois difficile d'exprimer sa souffrance par des mots d'autre part.

Il existe donc d'autres moyens de communication non verbale qui sont une source d'informations :

« Les signes de communication non verbale accompagnent la communication verbale et se retrouvent aussi chez celui qui écoute » [18].

- **l'expression écrite** : qui doit être accompagnée d'un commentaire et d'un dialogue si possible ;

- **d'autres moyens** tels que :

- ✓ Le contact physique
- ✓ La proximité
- ✓ L'orientation
- ✓ L'aspect extérieur
- ✓ La posture
- ✓ Les signes de tête
- ✓ L'expression du visage
- ✓ Les gestes
- ✓ Le regard
- ✓ Les aspects non linguistiques du discours d'élocution (ton de la voix, rythme et rapidité d'élocution) ;

- mais aussi, comme l'ont testé quelques-uns des médecins qui ont participé à cette étude :

- ✓ le recours à **internet** (google traduction, google image) ;
- ✓ les **imagiers**, les **planches anatomiques**, le **dessin** ;
- ✓ le **mime**, etc.

Les résultats de l'enquête sus-citée en région rennaise montrent également que pour la moitié des médecins interrogés, la barrière de la langue n'est pas un obstacle puisque « d'autres techniques existent pour contourner la difficulté » et il n'y a pas de communication impossible.

f) Les horaires de consultation :

La consultation avec un migrant dure en moyenne plus longtemps. Cette relation nécessite un temps d'interrogatoire plus important en raison du barrage de la langue, des expressions linguistiques différentes et des représentations différentes de la maladie ; ainsi qu'un temps plus long d'explication de l'ordonnance.

De plus, le temps est culturellement codé. Les médecins interrogés ont effectivement constaté que les populations maghrébine et africaine pouvaient ne pas se présenter aux rendez-vous ou venir sans rendez-vous. Les patients chinois, quant à eux, ont tendance à profiter de l'opportunité de rencontrer un médecin accessible pour parler, dès lors la consultation est souvent longue, comme en témoigne M 13.

La brièveté des consultations en médecine générale ne facilite pas toujours la parole, par crainte pour le patient de prendre trop de place et pour le médecin de prendre trop de retard. Pourtant, la consultation médicale est pour le patient une opportunité d'échange. Le moment semble précieux, le temps passé ne semble plus compter, et il est difficile d'abrégé la consultation.

2. La dépression et le migrant :

La migration, même lorsqu'elle est choisie, entraîne une perte des repères affectifs et culturels, et nécessite une adaptation psychologique importante. Certains migrants étaient déjà fragilisés sur le plan psychique dans le pays d'origine : vécus de traumatismes, ruptures familiales, marginalité, etc.

En situation transculturelle, la reconnaissance du diagnostic de dépression ne va pas de soi.

a) Le dépistage : facteurs de risque et facteurs protecteurs :

Quels sont les facteurs qui peuvent aider le médecin généraliste à être vigilant ?

La dépression chez le migrant peut s'expliquer par **de multiples facteurs de vulnérabilité**.

Tous les migrants ne vont pas être dépressifs ; cela dépend en partie du vécu avant, pendant et après la migration. Le Comede et de nombreux professionnels décrivent la gravité des traumatismes induits par la migration, conséquence des tortures, du parcours migratoire, du simple fait de la migration, de l'arrivée et de l'adaptation dans un monde nouveau, à la recherche de nouveaux repères pour se reconstruire [Comede 2008].

Les facteurs personnels biologiques, psychologiques et sociaux ont aussi une influence [27,28].

Tout d'abord, le vécu pré-migratoire est générateur de vulnérabilité lorsqu'il est chargé d'événements traumatiques (enfance difficile, situations de guerre, violences, etc.). Une étude sur la dépression chez les Irlandais vivant à Londres l'a mis en évidence [29].

Les motivations, nombreuses, qui vont amener la personne à migrer ont aussi leur importance.

Puis viennent la migration, volontaire ou non, et le voyage en lui-même. La migration représente une des expériences les plus marquantes de la vie d'un individu et des membres de sa famille. Migrer c'est laisser derrière soi de la famille, des amis, un statut social et la terre de ses ancêtres ; un ensemble de deuils que le migrant doit vivre. La planification et l'organisation du voyage, ainsi que les conditions même de celui-ci peuvent être difficiles.

L'étude réalisée à Londres a démontré que les Irlandais pour lesquels la migration avait été mal planifiée avaient un plus haut risque de dépression [29].

Enfin, une fois arrivé dans le pays hôte, le migrant se retrouve dans un premier temps confronté à la société d'accueil et à sa politique d'intégration. La discrimination et une position d'exclusion relative peuvent provoquer des symptômes anxieux et dépressifs [25].

La migration entraîne toute une série de changements : environnement, langage, réseau social, travail, rituels religieux, etc. Il se produit un choc culturel, qui provoque une réaction d'adaptation

qui comprend plusieurs phases, au cours desquelles il semble normal de ressentir des émotions telles que la tristesse, la peur et la méfiance [24,25,27,30].

Cette « adaptation » nécessaire est aussi désignée par le terme d'acculturation. Selon Antoni, l'acculturation est « l'ensemble des phénomènes et des processus qui surviennent lorsque deux cultures se trouvent en contact, agissant et réagissant l'une sur l'autre ». La notion de perte « d'une langue, d'un système de référence, d'un système de codage des perceptions, des sensations et des représentations » est précisée par M. R. Moro en ce qui concerne l'acculturation.

Le migrant va chercher un travail. Les qualifications du pays d'origine ne sont pas toujours reconnues dans le pays d'accueil et souvent il ne trouve pas un travail satisfaisant correspondant à celui qu'il avait dans son pays. Le niveau social se voit changé et le migrant en souffre. Cela a été démontré pour des patients chinois qui ont consulté un médecin généraliste, dans une étude réalisée en Australie [31].

Le chômage, mais aussi un réseau social peu développé, un bas niveau scolaire et des conduites à risque comme l'abus d'alcool, sont autant de facteurs de risque de dépression du migrant [29].

Les troubles dépressifs sont plus fréquents chez les migrants en situation précaire (réfugiés, demandeurs d'asile, clandestins, etc.) que chez les migrants non précarisés [32].

Pour illustrer cette vulnérabilité, voici quelques exemples :

- Les migrants âgés :

L'immigration française est ancienne. La population immigrée vieillissante est présente. Certains problèmes spécifiques à ces migrants vieillissants sont observés : le retour impossible, l'obstacle de la langue, une usure prématurée due aux conditions de travail, des pathologies lourdes (diabète, problèmes respiratoires, rhumatismes invalidants), parfois la pauvreté, la malnutrition et tous les problèmes sociaux. Le migrant vieillissant est partagé entre ses rêves de retour et la réalité de son déracinement. Il est partagé entre le choix du retour (outre le fait que le retour pourrait réactiver des souvenirs difficiles de l'avant migration, le migrant doit se séparer de ses enfants et perd son droit à la retraite) et le choix du non-retour (rester en France avec ses enfants par exemple, mais accepter de mourir loin de sa famille et de sa terre natale) [24]. Certains migrants venus seuls pour travailler et ayant laissé leur famille « là-bas » sont confrontés à la solitude une fois la retraite arrivée. En vieillissant, le migrant doit donc inventer d'autres rationalisations de sa présence [33]. Tout ceci est anxiogène.

- La deuxième génération :

En France, dans certains quartiers, plus de 80 % des jeunes sont d'origine étrangère, étrangers, français nés à l'étranger ou nés en France de parents nés à l'étranger [34].

Les parents migrants, ceux qui ont fait le voyage, acceptent souvent la place « d'un immigré en voie d'intégration ». Pour les enfants, le défi est différent, ils ne sont pas dans la dynamique du voyage qui est déjà une donnée de leur existence. Leur construction identitaire se fait autour de la différence et de l'altérité ressentie. Ces enfants rencontrent des obstacles sociaux et culturels [20]. La perception de la culture d'origine évolue. Les plus jeunes développent des systèmes de repères nourris des deux cultures. Les jeunes immigrants vivent un processus d'acculturation plus complexe que celui de leurs parents. Ils sont partagés entre deux systèmes culturels : le système culturel familial dont ils ont hérité et le système culturel du pays d'accueil [27,35]. Certains

conflits peuvent survenir en raison d'une incompatibilité entre les valeurs associées à chacune de ces cultures.

Ils essaient de trouver leur place. Et lorsqu'ils ne la trouvent pas, ils sont en souffrance.

- Les migrants les plus vulnérables du fait de leur situation face à l'immigration : demandeurs d'asile, réfugiés, exilés, sans-papiers et « clandestins » :

Il est important de rappeler quelques définitions :

- Demandeurs d'asiles : étrangers entrés en France, en séjour régulier dans l'attente de la réponse à leur demande de statut de réfugié ;
- Réfugiés : la définition du réfugié est donnée par l'article 1er de la Convention de Genève de 1951 : « le terme de réfugié s'applique à toute personne... qui... craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays » ;
- Exilés : personnes résidant en France et contraintes de vivre hors de leur pays d'origine, parfois expulsées, le plus souvent ayant fui la persécution ;
- Sans-papiers : étrangers résidant en France en séjour irrégulier, qui réclament un titre de séjour ;
- « Clandestins » : personnes qui vivent cachées, présentes de façon illégitime en France.

Pour les demandeurs d'asile, le départ est nécessaire pour échapper à une menace vitale. Ils quittent leur pays en situation d'urgence. La séparation avec la famille et la terre natale est involontaire, précipitée et peut donc être traumatique. Naît ensuite la préoccupation au sujet du sort de la famille demeurée dans le pays d'origine. N'ayant peu ou pas de prise sur la séparation, les migrants peuvent alors ressentir culpabilité, impuissance et sentiments dépressifs.

Leurs parcours, leurs conditions de vie, l'instabilité juridique et le manque de perspectives futures semblent être des sources de stress et de troubles psychiques plus ou moins sévères.

La maladie et la souffrance n'ont pas de frontière. L'extrême précarité se surajoute aux problèmes de la migration et celle-ci est comparable à la précarité des autochtones.

Entre personnes de niveau socioculturel comparable, il y a beaucoup de similitudes dans les problèmes de santé et dans la manière de les appréhender ou de les gérer quelle que soit leur culture d'origine.

Il existe néanmoins **des facteurs protecteurs** et facilitant l'adaptation dans le pays hôte, comme le fait par exemple d'y retrouver un groupe d'appartenance. Le sentiment de solidarité et d'appartenance ethnique protège le migrant. Les associations de migrants, nombreuses, leur permettent de rompre l'isolement et de donner des repères [25].

Une bonne situation professionnelle, une bonne maîtrise de la langue du pays hôte, une participation active à la vie locale sont également des facteurs protecteurs [29].

Parmi les difficultés d'accès aux soins des migrants, peuvent être cités : la compréhension du système de santé, l'éloignement des centres de soin, l'expression des besoins, les

préoccupations autres, le manque d'information, le coût, etc. [36]. Le dépistage peut alors être tardif.

b) Le diagnostic : une expression clinique différente :

Les réactions face à la souffrance peuvent être institutionnalisées et culturellement codifiées.

Qu'est-ce que la culture ? En quoi peut-elle influencer sur l'expression, le dépistage et la prise en charge de la dépression ?

De nombreuses définitions de la culture ont été proposées. Un point principal est généralement admis : « il n'existe pas d'homme sans culture ». Comme l'a souligné Roheim dès 1943 : « la culture signifie humanité, car même les manifestations les plus élémentaires de l'existence humaine [...] peuvent être considérées comme les commencements de la culture ».¹

Gresle et ses collaborateurs² donnent une définition générale de la culture : la culture est « l'ensemble des connaissances et des comportements (techniques, économiques, rituels, religieux, sociaux, etc.) qui caractérisent une société humaine » [37,38].

Pour M. R. Moro (1994), « un système culturel est constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manière de faire [...] Tous ces éléments épars sont structurés de manière cohérente par des manières de penser : les représentations » [25].

La culture façonne la personnalité dans son développement normal et pathologique. Elle a un rôle adaptatif : elle oriente les choix gérés par un groupe d'hommes pour affronter leur environnement [33]. En ce qui concerne la maladie, la culture intervient à la fois dans la manière dont le patient va expérimenter ses symptômes et dans la manière dont il va les communiquer au médecin.

La culture est une dynamique. « Tout système culturel est sujet à des changements dans le temps – modifications intérieures aussi bien qu'intégration d'apports extérieurs » [25]. La culture est donc un cadre, mouvant et souple, qui permet d'appréhender le monde.

Pour apprendre à reconnaître et à prendre en compte la part des représentations culturelles dans l'expression de la pathologie, il est important de conjuguer la perspective de la psychopathologie et celle de l'anthropologie [38]. Le savoir de l'anthropologie médicale a incité les cliniciens à s'interroger sur les interactions réciproques entre le dehors (la culture) et le dedans (le fonctionnement psychique de l'individu). En 2002, Benoist définit l'anthropologie médicale comme « une anthropologie tournée vers la façon dont les sociétés perçoivent, définissent et expliquent ces agressions que sont la maladie et la mort, et les moyens qu'elles emploient pour prendre en charge les demandes de ceux qui les subissent » [25].

Selon les observations et les positions cliniques de Tobie Nathan, la culture est déterminante dans l'expression des troubles mentaux, nécessitant des adaptations thérapeutiques. En 1993, il développe la théorie de la « clôture culturelle » : la culture rend cohérent l'espace social et est le système « intérieur aux individus permettant de clôturer leur espace psychique ». Ces positions

1 Dans : Origine et fonction de la culture (trad. fr.), Paris, Gallimard, 1972 (œuvre originale, 1943).

2 Dictionnaire des Sciences Humaines, Sociologie, Psychologie sociale, Anthropologie, Paris, Nathan, 1990.

attribuent une position passive du patient à l'égard de sa culture et ignorent l'impact de la migration. Des ethnopsychiatres tels que Marie-Rose Moro prennent leur distance par rapport à cette notion de « clôture culturelle ». Penser le patient migrant comme ethniquement distinct, porteur d'une personnalité ethnique, risquerait de le réduire à sa seule dimension culturelle [20]. Une question se pose alors : sommes-nous confrontés à la même maladie dans les différentes cultures ?

L'appartenance culturelle influence la présentation, la mimique, l'expression des affects et le contact. La manière d'exprimer les affects de façon plus ou moins expressive, la communication non verbale, la conception de la politesse et du respect sont également des éléments culturellement codés dans la relation [25].

Les médecins l'ont clairement exprimé lors des entretiens, lorsqu'ils sont confrontés à un syndrome dépressif chez un migrant, l'expression des affects est rare et les plaintes somatiques sont au premier plan.

Les symptômes de dépression considérés comme significatifs en France (tristesse, auto-dépréciation, culpabilité) ne le sont pas toujours dans d'autres contextes culturels. La culture influence la présentation clinique de la dépression [28]. La plainte somatique est fréquemment le motif de consultation initial retrouvé chez le migrant déprimé [25].

Pourtant, malgré des différences de présentation et de modèles explicatifs, et quelque soit leur origine, les patients peuvent développer des troubles dépressifs [28,32].

La plainte est une invitation à entrer dans le monde du patient. Les non-Occidentaux somatisent souvent les symptômes de la dépression. La somatisation désigne un processus selon lequel les patients présentent des symptômes somatiques et ne sont pas conscients de l'origine non somatique de leur maladie [39].

La prédominance des plaintes somatiques peut masquer une dépression. On peut parler de « dépression masquée ». Les douleurs sont au premier plan : multiples, atypiques, diffuses et changeantes [40]. C. Mestre énonce le symptôme somatique comme étant le témoin d'une grande souffrance pour le migrant, « le signe d'un désordre bouleversant et insupportable dans l'univers de la personne ». Il tente par la plainte somatique de nouer un lien avec le soignant [22]. Très souvent, ces plaintes sont accompagnées d'une revendication assez forte sur les examens à réaliser, les médicaments à prescrire et les bénéfices secondaires à obtenir. Le patient nie souvent toute cause psychologique.

Il n'est pas exclu que la difficulté de communication, due à la moindre maîtrise de la langue du pays d'accueil, favorise la mise en forme « somatique » de la plainte.

Lorsqu'on ne trouve aucune origine organique à la plainte exprimée, malgré de nombreuses explorations, et que celle-ci reste rebelle à toute thérapeutique, c'est que la réponse est ailleurs. L'aspect symbolique de la plainte ne doit pas être négligé [21].

Les troubles somatiques peuvent avoir une étiologie psychoaffective dont les médecins généralistes perçoivent l'omniprésence dans leur pratique [6].

Le symptôme central du trouble dépressif, à savoir la tristesse, est discordant avec beaucoup d'expériences locales de par le monde. Le langage de la dépression varie

significativement. Les symptômes associés aux états dépressifs sont différents d'une culture à l'autre.

Quelques exemples vont illustrer les différentes façons d'exprimer la dépression « ailleurs ».

En Chine, le terme symptomatique ordinaire pour désigner le trouble dépressif n'est pas celui de dépression ou de tristesse, mais celui de « *men* ». *Men* évoque la dysphorie qui serait liée à une oppression interne, à une irritabilité, voire à l'ennui. Les Chinois possèdent des termes corrects parfaitement techniques pour décrire les troubles dépressifs. Pourtant ils ne les utilisent pas dans la vie de tous les jours, la plupart ne reconnaissent pas ces états [39]. Les Chinois parlent plus volontiers de neurasthénie, qui se caractérise par de la fatigue, une faiblesse générale et des plaintes somatiques aspécifiques (douleurs diffuses, vertiges, plaintes gastro-intestinales, irritabilité) [28,32].

La notion de *syndrome méditerranéen* traduit « une tendance géographiquement déterminée aux plaintes fonctionnelles notamment algiques ». Cette notion est utilisée pour qualifier un tableau de plaintes somatiques jugées hyper-expressives, théâtrales et surtout non fondées, survenant chez des sujets originaires du **Bassin méditerranéen** [25].

Par exemple, **au Maghreb**, le bien-être est plus appréhendé en termes de santé physique qu'en fonction d'un état psychologique. La personne est davantage caractérisée par sa présence physique et son fonctionnement dans le groupe que par sa personnalité [21]. Le désordre mental est conçu comme une prise de possession par un esprit divin, ancestral ou démoniaque, possession qui peut être perçue comme un signe d'élection ou un signe de punition.

La dépression s'y exprime différemment. On retrouve la fréquence des plaintes somatiques, la faible expression des affects et des symptômes du registre psychopathologique, la rareté des thèmes de culpabilité, la fréquence des thèmes de persécution et de la projection.

Toutefois, « l'expérience au quotidien montre que les symptômes classiques de la dépression sont présents et mis en évidence dès lors que l'on dépasse les premières plaintes du malade » [41].

Le recours à la plainte somatique pour exprimer une souffrance psychologique peut s'expliquer. D'une part, les patients ont des difficultés à trouver les mots pour exprimer leur souffrance même en arabe. En effet, l'arabe classique est une langue d'une immense richesse. Les mots pour exprimer les affects, les sentiments, les états d'âme sont nombreux et divers. Mais l'arabe classique n'est pas accessible à tous. L'arabe dialectal, parlé au quotidien, est plus pauvre et il est difficile de trouver des mots communément utilisés et consensuels pour dire la tristesse, l'anxiété, le mal être, etc. [41].

D'autre part, dans la culture maghrébine il y a beaucoup de pudeur à exprimer ses sentiments.

Enfin, le maghrébin ne se sent pas profondément maître de sa propre destinée et invoque souvent le « *mektoub* » (destin, fatalité). Le plus souvent il n'est ni fautif, ni responsable, ni coupable, mais plutôt victime.

Dans la civilisation africaine, l'investissement corporel est très intense. En Afrique, la dépression ne s'exprime pas tant par un dégoût de la vie ou par de la tristesse que par des plaintes somatiques ou des symptômes psychotiques [42].

Selon Diop et coll. (1964), « les idées de possession, d'envoutement, de persécution ne sont pas toujours des idées délirantes vraies : elles peuvent se rencontrer chez des individus « normaux » et ne sont pour le « malade », qu'une façon de traduire les symptômes morbides, en l'occurrence dépressifs, d'une manière qui est comprise par le groupe » [25].

Chez les Afro-Américains, la colère et l'irritabilité peuvent représenter les affects prédominants de la dépression. Les premières manifestations cliniques sont alors des symptômes neurovégétatifs et des baisses de performance au travail [32].

Les patients emploient parfois un langage subjectif, métaphorique. Les métaphores utilisées sont riches de signification. Elles représentent le langage de la personne en relation avec sa culture et son passé.

c) Le recours au spécialiste :

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours. La psychothérapie qu'il propose permet d'éviter l'enkystement de la souffrance [6].

D'après l'enquête Anadep lancée en 2005 par l'Inpes sur la dépression en France, la moitié des personnes déclare ne pas connaître la différence entre un psychologue et un psychiatre. Le médecin généraliste est le principal professionnel impliqué. Lorsqu'il y a recours à un spécialiste, c'est souvent en combinaison avec un recours au généraliste [43].

Les migrants ne connaissent pas forcément le rôle des spécialistes. En France, ils vont chercher le soin autant auprès des professionnels de la santé qu'auprès de certains tradi-praticiens. C'est pourquoi la consultation de guérisseurs traditionnels installés dans le pays d'accueil ou dans le pays d'origine lors d'un retour, et le recours aux remèdes traditionnels doivent être respectés. Il faut accepter la complémentarité d'une deuxième référence thérapeutique.

Les vieux migrants, par exemple, pensent encore que consulter un psychologue demeure une démarche perçue comme réservée aux fous ou aux personnes qui s'écoutent trop.

3. L'interprétariat :

Comme l'a montré l'analyse thématique des entretiens, douze médecins (sur quatorze) sont confrontés à la difficulté de la barrière de la langue et pourtant ils ne sont pas tous convaincus par l'interprétariat, en particulier lorsque c'est un proche qui intervient.

Plusieurs médecins interrogés dans l'enquête rennaise ont eux aussi signalé le problème de l'interprétariat par un membre de la famille et en particulier par les enfants dont ils estiment qu'ils n'ont pas à jouer ce rôle, surtout lorsqu'il s'agit de troubles gynécologiques ou psychologiques [26]. Ce que M 13 avait également bien exprimé : *« c'est pas forcément très bien, parce que quand je pose la question, il répond à la place de sa mère ou de son père, hein, en fait, si on leur confère une responsabilité, qu'il ne devrait pas avoir »*.

Le médecin peut toujours comprendre le patient par certains gestes ou certaines attitudes. Mais l'introduction de la langue maternelle comme principe de narration aide à une meilleure compréhension dans la relation soignant-soigné.

Comme le souligne Marie-Rose Moro, l'une des difficultés qui s'oppose à la possibilité d'un travail clinique avec la langue de l'autre est celle de l'introduction d'un tiers dans le dispositif de prise en charge.

La présence d'un interprète dans une consultation de médecine générale modifie la relation médecin-malade qui de duale devient triangulaire.

Deux possibilités se présentent :

- La relation est enrichie, la parole peut se libérer, circuler plus facilement. À travers cette relation à trois, le médecin peut enfin décrypter les demandes et aller à l'essentiel en découvrant des souffrances qui n'ont jamais pu être dites auparavant. Quant au patient, il a accès à une meilleure compréhension de sa maladie et du traitement ce qui entraîne un meilleur suivi et une meilleure compliance au traitement.
- L'existence de ce tiers est un frein à la parole du patient, qui s'autorise alors plus difficilement à se confier au médecin.

L'interprétariat peut être fait par un proche ou par des professionnels formés à l'entretien médical.

➤ L'intervention d'un membre de la famille :

Les migrants se font parfois accompagner par un membre de la famille ou un tiers de confiance. Consulter accompagné par un proche est banal. La présence d'un familier est apaisante et rassurante. Lorsque le patient est accompagné, le médecin doit s'assurer que celui-ci est entouré par la personne de son choix.

L'intervention d'un proche est pratique du fait de son accessibilité. Cependant, la neutralité et la fidélité à la traduction des propos échangés peut être mise à mal (intimité, gêne réciproque). Mais surtout, l'accompagnant ne mesure pas toujours l'importance du secret médical.

➤ L'intervention d'un interprète professionnel :

L'interprète a une position clé. Il connaît la langue et la culture. Le plus souvent natif d'un autre pays, il a, comme le patient, l'expérience du voyage et de l'exil (lui même ou ses parents). L'interprète sert de trait d'union entre le professionnel et le patient [10]. Il matérialise le passage d'un code culturel à un autre.

Le recours à un interprète, atout important, permet d'instaurer un climat de confiance, de traduire mais aussi d'interpréter des concepts différents [21]. Le rôle de l'interprète est fondamental. Il doit rester au plus près des mots du patient tout en faisant passer l'idée, les sensations, les ressentis, les émotions contenues dans le langage, contenues dans des métaphores ou des images qui renvoient elles-mêmes au système symbolique du groupe. Il transforme « l'implicite en explicite » [34,44]. Le clinicien et l'interprète doivent préalablement établir la manière dont ils vont travailler.

Quelque soit la personne choisie pour interpréter, le patient va pouvoir exprimer sa propre singularité, tant sur un plan culturel, que sur un plan psychique. Il peut passer de sa langue maternelle au français à sa guise. Lorsque le patient désire s'exprimer dans la langue du pays d'accueil, l'interprète a alors pour rôle d'intervenir en cas de besoin, permettant des allers et retours entre les deux langues [24, 25].

La langue maternelle revient de façon privilégiée lorsqu'il s'agit d'exprimer tout ce qui comporte une forte charge d'affects et d'émotion [34].

Mais même lorsqu'on travaille avec un interprète, les erreurs diagnostiques existent. En effet, les mots « déprimé » et « dépression » n'existent pas dans toutes les langues [32].

En cas de difficulté de communication linguistique, la présence d'un interprète professionnel est préférable à celle des proches qui manquent souvent de la neutralité nécessaire [45]. La présence d'un proche peut influencer sur l'expression de la maladie. La dépression sera rarement dévoilée devant un proche.

Cela n'est cependant pas toujours facile. Les intervenants doivent le plus souvent composer avec les ressources existantes. Pour le praticien libéral, les personnes ressources les plus accessibles sont les membres de la famille ou les amis.

Certaines raisons peuvent freiner le recours à un interprète : l'intrusion d'une tierce personne dans la consultation, la crainte d'une déformation des plaintes ou parfois le coût.

4. Les attentes des professionnels interrogés et ce qui existe déjà :

Les médecins de notre échantillon ont soumis plusieurs remarques quant à leurs attentes.

a) Quelques mots sur l'ethnopsychiatrie ou psychiatrie transculturelle :

Comment comprendre, accompagner, soigner des sujets issus de cultures non occidentales, où les troubles psychiques s'expliquent autrement ? Tel est le défi que tente de relever l'ethnopsychiatrie auprès de populations migrantes.

L'ethnopsychiatrie est un domaine de recherche partageant objets et méthodes tant avec la psychologie clinique qu'avec l'anthropologie. M. R. Moro et T. Nathan définissent l'ethnopsychiatrie comme « *une théorie et une pratique psychothérapeutique réservant une part égale à la dimension culturelle du désordre et de sa prise en charge, et à l'analyse des fonctionnements psychiques* » [37]. L'ethnopsychiatrie s'est intéressée aux désordres psychologiques en rapport à leur contexte culturel d'une part, et aux systèmes culturels d'interprétation et de traitement du mal, du malheur et de la maladie d'autre part.

Georges Devereux (1908-1985), anthropologue et psychanalyste, est considéré comme le père fondateur de la discipline. Il est le premier à avoir soutenu que la maladie mentale s'exprime et se soigne différemment selon les cultures.

En France, l'histoire de l'ethnopsychiatrie est indissociablement liée à deux noms, celui de Georges Devereux, précurseur de l'ethnopsychiatrie contemporaine, et celui de son disciple, Tobie Nathan (1948-), qui a entièrement renouvelé le champ (trans-)disciplinaire de l'ethnopsychiatrie tout en s'éloignant de la conceptualisation psychanalytique.

Ce dernier a créé la première consultation d'ethnopsychiatrie en France, en 1979, au service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hôpital Avicenne (Bobigny), alors dirigé par Serge Lebovici (1915-2000).

T. Nathan a également fondé en 1993 le Centre Georges Devereux, centre universitaire d'aide psychologique aux familles migrantes, au sein de l'U.F.R. *Psychologie, pratiques cliniques et sociales* de l'Université de Paris VIII – centre qu'il a dirigé de 1993 à 1999. Ce centre est en

France le premier lieu universitaire de clinique psychologique au sein d'une U.F.R. ou d'un département de psychologie.

La démarche transculturelle est intéressante : le soignant prend en compte la culture de l'Autre tout en gardant à l'esprit la sienne.

Ces dernières années, la clinique et la recherche transculturelles se sont développées en France et dans le monde. Elles intègrent la culture des familles et le fait migratoire pour mieux comprendre et mieux soigner [20]. Cette discipline a connu une extension dans les vingt dernières années, engendrant des dispositifs originaux de prise en charge des souffrances psychologiques des populations migrantes.

b) Les équipes et réseaux pluridisciplinaires :

Parmi les médecins généralistes rencontrés, certains désireraient savoir à qui s'adresser et comment orienter leurs patients. Quand il y a des obstacles réels à la mise en place d'un cadre thérapeutique, il est bon de pouvoir disposer de structures de consultations psychiatriques spécialisées.

➤ **En France :**

Certaines associations humanitaires comme **Médecins du monde** ouvrent des consultations dans les structures publiques.

Il existe également des structures spécialisées dans la prise en charge de la santé mentale des migrants.

La consultation transculturelle d'Avicenne, à Bobigny, où sont reçus des patients venus essentiellement d'Afrique Noire, du Maghreb, des Antilles et d'Asie du Sud-Est mais aussi de la Réunion, de la Turquie, et de bien d'autres pays.

Le dispositif technique est composé de plusieurs co-thérapeutes de langue, de culture et de parcours divers. Les thérapeutes expérimentés qui constituent le cœur de la consultation sont de formation psychanalytique. Ils sont psychiatres ou psychologues essentiellement. Ceux qui viennent se former sont médecins, pédiatres, infirmiers... Les thérapeutes sont tous sensibilisés à l'anthropologie, certains ont une double formation de cliniciens et d'anthropologues. Certains parlent plusieurs langues ou dialectes et il y a toujours un traducteur qui connaît bien la langue et la culture du patient. À ce titre le traducteur peut être aussi un informateur sur les données anthropologiques précises et spécifiques concernant les groupes d'appartenance du patient [20].

L'Association Santé Mentale du 13^e arrondissement de Paris (centre Philippe Paumelle), a pour objectif de permettre à la population asiatique du quartier de bénéficier d'une psychiatrie de secteur adaptée à ses caractéristiques socio-démographiques, culturelles et épidémiologiques. Il s'agit d'accroître l'accessibilité aux soins ; d'assurer des consultations psychiatriques et psychothérapeutiques régulières pour des patients non francophones ; d'intégrer durablement des interprètes ; d'adapter les pratiques aux particularités linguistiques, familiales et culturelles ; de

rendre compréhensibles et acceptables les pratiques de la France en tenant compte des attentes et des représentations que les asiatiques pouvaient se faire des services français [34].

Le Centre Française Minkowska est une structure non sectorisée qui assure des consultations psychiatriques et psychologiques ainsi qu'une prise en charge sociale des patients migrants et réfugiés de la **région Ile-de-France**. Le centre dispose de huit équipes : Afrique Noire, Asie du Sud et du Sud-est, Maghreb, Portugal et pays lusophones, Espagne et pays hispanophones, Europe centrale et de l'Est, Turquie, Antenne intersectorielle de langue portugaise basée en Essonne.

Le Centre joue un rôle essentiel dans l'accessibilité aux soins en favorisant l'insertion des migrants ; dans la prise en charge spécifique par des équipes pluridisciplinaires, dans une dimension culturelle et linguistique, de patients migrants présentant des troubles psychiatriques et psychologiques ; dans la prévention ; dans l'orientation et l'aide au diagnostic à la demande des professionnels de la santé, mais aussi des secteurs scolaire, de l'éducation, de la justice, etc.

Le Centre assure également des actions de formation et d'information auprès de professionnels de la santé, médicaux et non médicaux. Un fonds documentaire, articulé autour de la psychiatrie, de l'anthropologie, de l'ethnopsychiatrie et des données socio-historiques des mouvements migratoires, est mis à la disposition des étudiants et des professionnels.

Les équipes du Centre sont pluri-linguistiques et pluri-culturelles [34].

Cette liste n'est pas exhaustive, elle montre ce qui est ou peut être fait.

➤ **À Nantes :**

Il n'existe pas de structure dédiée à la santé mentale des migrants.

Les consultations psychologiques transculturelles de **Médecins du monde** sont orientées sur la prise en charge des psycho-traumatismes. Elles ont lieu les lundis et jeudis après-midis et les mardis et vendredis matins essentiellement sur rendez-vous.

En novembre 1999, un groupe de travail pluridisciplinaire a élaboré un **projet de dispositif PASS** au sein du CHU de Nantes, devant pouvoir répondre aux objectifs suivants :

- permettre une meilleure identification des situations de précarité ;
- favoriser l'accès aux droits ;
- faciliter l'accès aux médicaments des personnes en situation de précarité ;
- participer à la consultation et au développement du réseau entre professionnels de santé et professionnels du social ;
- contribuer à informer et former les personnes aux problèmes de précarité ;
- mettre en place une consultation médico-sociale à visée généraliste : la **Consultation Jean Guillon (CJG)**. L'équipe de la CJG est composée d'un médecin généraliste, d'un interne en médecine générale, de trois infirmières, de deux assistantes sociales, d'une aide-soignante et d'une secrétaire. Cette équipe est complétée par des médecins généralistes vacataires présents l'après-midi. Les patients accueillis à la CJG sont donc pris en charge à la fois sur le plan médical, leur permettant ainsi d'avoir accès aux soins et

aux traitements nécessaires, ainsi que sur le plan social, dans l'optique de faire valoir leurs droits et de les guider au sein des démarches administratives.

Les PASS sont des dispositifs de prise en charge médico-sociale intégrés à l'hôpital public, résultant de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions [46].

Cette loi est venue conforter les mesures déjà prises suite à la circulaire du 17 septembre 1993, destinée à promouvoir l'implantation au sein des locaux hospitaliers d' « une cellule d'accueil spécialisée pouvant aider les personnes les plus défavorisées à faire valoir leurs droits ».

Les objectifs des PASS sont définis sur le plan législatif comme suit : « l'objectif poursuivi consiste à mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, de soins. Cette collaboration est d'autant plus importante qu'une partie des publics en situation précaire nécessite une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux, et que les actions de santé ne se limitent pas aux soins mais accordent une place essentielle à la prévention ».

Entre 1998 et 2003, 369 PASS sont ainsi créées dont 21 en Pays de la Loire (et 4 en Loire Atlantique).

À Nantes, la PASS est considérée comme un dispositif transversal, mis en place au niveau des différents services et unités accueillant des personnes en situation de précarité, comme la pédiatrie, la gynécologie obstétrique (UGOMPS), **l'Équipe de Liaison Psychiatrie – Précarité (E.L.P.P.)** et le Centre de Soins Dentaires.

L'action de l'E.L.P.P., créée en 2005, vise à favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique ou de troubles psychiques, vivant en situation de précarité et d'exclusion.

Depuis janvier 2012, s'est créée une **PASS psychiatrique**, composée d'un psychiatre et d'une psychologue. Les consultations ont lieu tous les jours sauf le lundi. La première fois, les patients rencontrent le psychiatre et la psychologue. Le suivi se fait ensuite par l'un ou par l'autre en fonction de la pathologie et des besoins du patient.

À force de vouloir sectoriser la prise en charge des immigrés (ou des personnes en situation de précarité), n'existe-t-il pas un risque de marginaliser ces populations?

Il faut faire attention à ne pas reproduire dans la pratique clinique les catégories et les frontières qui définissent ces populations dans le champ social. La prise en charge du patient migrant doit se faire par rapport à son profil pathologique et non par rapport à son profil ethnique et/ou socio-économique [34]. Tout comme le choix du thérapeute par le patient ne devrait pas se faire sur son appartenance ethnique, ce qui serait une façon habile de stigmatiser encore l'étranger, mais plutôt sur ses compétences interculturelles [47].

c) Les associations : soutien à l'accueil, soutien de proximité :

Elles sont sollicitées comme centres-ressources. Aujourd'hui dans l'agglomération nantaise on recense cent cinquante associations issues de l'immigration [3].

Au travers de ces associations, on cherche à favoriser une participation active à la société des personnes issues de l'immigration en acceptant que celles-ci conservent des spécificités liées à leur origine [34]. Des cours de français sont proposés dans les quartiers. On peut apprendre à tout âge.

La ville de Nantes propose un annuaire d'adresses utiles. [Annexe 5]

Le Conseil Nantais pour la Citoyenneté des Étrangers (CNCE) a pour objectifs :

- de favoriser l'expression des étrangers non issus de l'Union européenne à la vie de la cité ;
- de coproduire une politique d'accueil et d'intégration en direction des populations d'origine étrangère ;
- et de faciliter l'accès de tous aux politiques publiques.

Le CNCE est un acteur important du dialogue citoyen, il permet d'instaurer un échange entre la Ville et les Nantais étrangers.

d) Les interprètes :

Le choix d'un interprète professionnel est préférable à celui d'un membre de l'entourage pour intervenir lorsque c'est nécessaire dans la relation médecin-patient. Mais à qui s'adresser ?

➤ **en France :**

ISM (Inter Services Migrants) interprétariat, dialogue à 3 : est une association non gouvernementale, à but social et non lucratif.

Elle a été créée à Paris en 1970 par des personnes soucieuses de l'accueil et de l'intégration des personnes d'origine étrangère au sein de la société française. À cet effet, elle développe des prestations d'interprétariat en milieu social, de traduction écrite, d'information juridique et d'écrivain public.

C'est en 1989, qu'ISM Interprétariat avait mis en place, pour la première fois en France, un outil de communication innovant : l'interprétariat par téléphone. En moins d'une minute on peut obtenir l'assistance d'un interprète ! À tout moment, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (donc la nuit, le week-end et les jours fériés), un accueil centralisé sur un numéro de téléphone unique donne accès au réseau d'interprètes ISM.

L'interprète ISM se déplace tous les jours dans toute l'Île de France, sur rendez-vous, pour participer de façon ponctuelle à une consultation, un entretien, une réunion ou, de façon régulière, à un suivi et au travail d'une équipe.

(ism.interpretariat@wanadoo.fr)

➤ **à Nantes :**

L'A.S.A.M.L.A. : créée en 1985, l'Association Santé Migrants de Loire-Atlantique est une association à but non lucratif régie par la loi 1901. Elle exerce une mission d'interprétariat et

de médiation entre les personnes immigrées et différentes structures administratives, telles que les hôpitaux, les centres médico-sociaux et les établissements scolaires.

Ses objectifs sont de faciliter la communication entre les personnes migrantes et les professionnels de la Santé, du Social et de l'Éducation, d'informer ces personnes sur les services auxquels elles peuvent s'adresser, et enfin de sensibiliser les différents professionnels aux enjeux interculturels.

Le secteur de la Santé constitue le premier champ d'intervention des interprètes.

Toutefois, l'A.S.A.M.L.A. intervient essentiellement dans des structures, et par conséquent leur intervention auprès de médecins généralistes en cabinet libéral est plus compliquée.

e) La formation des médecins :

La formation des soignants aux différences culturelles représente un champ d'action utile. Une alliance solide et efficace peut se construire entre un médecin qui fait preuve d'« ouverture d'esprit » et un patient qui se sent accepté « tel qu'il est et non pas tel qu'on voudrait qu'il soit » [10].

Connaître les données de l'identité culturelle du patient ainsi que les systèmes explicatifs culturellement déterminés par lesquels celui-ci se représente ses troubles éviterait des contresens diagnostiques [38]. Connaître quelques éléments des représentations de la maladie va également permettre de mieux comprendre certaines réactions déroutantes pour le soignant [10].

Toutefois, le médecin généraliste est confronté à beaucoup d'autres cultures simultanément : arabe, slave, turque, asiatique, africaine, etc. De plus, les cultures évoluent et le phénomène migratoire les transforme.

Un médecin généraliste peut-il acquérir un tel savoir en la matière ? [21]

Il semble important de développer la formation du futur médecin généraliste concernant les particularités que présentent ces populations, afin de limiter les difficultés et les préjugés.

→ Quelques revues d'ethnopsychiatrie peuvent être consultées :

Avec Georges Devereux, Tobie Nathan a fondé, en 1978 la première revue francophone d'ethnopsychiatrie – *Ethnopsychiatria* qui a paru de 1978 à 1981. Puis il a fondé en 1983 *La Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie* qui a livré 36 numéros de 1983 à 1998 – aux éditions de la Pensée sauvage, à Grenoble.

Actuellement, on peut trouver la revue *L'Autre, Cliniques, cultures et société*, créée par Marie-Rose Moro en 2000.

→ Plusieurs diplômes universitaires (D. U.) sont proposés :

- le D. U. de psychiatrie transculturelle, à Paris Bobigny, dirigé par M. R. Moro et T. Baubet ;
- le D. U. « santé, maladie, soins et cultures », à l'université René Descartes à Paris V ;
- le D. U. « santé, précarité, solidarité », à l'université René Descartes à Paris V, organisé par Médecins du monde
- le diplôme inter-universitaire de médecine de l'adolescent, universités d'Angers et Paris Descartes.

→ Dans un monde parfait :

Le médecin pourrait posséder des compétences linguistiques adéquates pour permettre aux patients qui ne maîtrisent pas suffisamment la langue française d'exprimer avec justesse leurs difficultés. M 13, par exemple, parle six langues, ce qui diminue la difficulté de la barrière de la langue avec un certain nombre de migrants.

Le médecin pourrait également s'initier à l'anthropologie médicale...

f) Les pistes évoquées : Et pourquoi pas?

- Développer les échanges d'expériences qui peuvent avoir une importance primordiale. Ces rencontres permettraient de partager et d'échanger par rapport aux plaintes rencontrées et inattendues, aux plaintes non mentionnées dans les livres, aux plaintes auxquelles aucune réponse n'est évidente d'emblée.

- Apprendre dans des groupes de pairs autour de cas cliniques.

- Favoriser la collaboration avec des intervenants spécialisés dans l'approche interculturelle.

- Proposer des réunions de « plaignants » en groupes. Les plaintes pourraient être exprimées et discutées devant la communauté. Les patients redeviendraient des acteurs écoutés devant un auditoire capable de les comprendre et de compatir.

- Proposer des animations-santé, au travers desquelles les migrants pourraient s'exprimer, s'affirmer dans une démarche active vers un mieux être. D'autant plus pour les femmes qui éprouvent souvent un réel besoin de parler et de s'investir par rapport aux enfants.

- Proposer des actions de prévention pouvant être comprises par tous les migrants, et même par ceux qui appartiennent aux classes sociales défavorisées (très souvent, ces classes n'ont pas accès aux actions de prévention).

- Faire des études épidémiologiques spécifiques, voire des études anthropologiques de terrain.

CONCLUSION

Les patients migrants ont une spécificité de par leur parcours de vie, leur culture, leur langue, leur système de pensée (conception du monde, de la vie, des relations, de la maladie, de la mort, de la guérison...).

Ils déposent dans nos cabinets des souffrances parfois perturbantes. Ce qui nous désarme n'est pas seulement l'origine du problème mais plutôt la façon dont ils l'expriment. La symbolique des mots et du corps est différente de celle du pays hôte. La façon dont le clinicien accueille ces plaintes joue un rôle important.

La difficulté de communiquer et de comprendre le patient migrant reste un vrai obstacle lorsque le thérapeute et le patient ne parlent pas la même langue et n'appartiennent pas à la même culture. Les interprètes, qui peuvent être des proches du patient ou des professionnels formés, sont alors d'une grande aide.

La prise en charge thérapeutique doit donc s'efforcer de respecter tout ce que la souffrance psychologique a d'inexprimable. Cela nécessite de s'intéresser aux troubles psychologiques en rapport avec leur contexte culturel et leurs systèmes culturels d'interprétation. La capacité d'écoute, de reconnaissance, l'exercice pluridisciplinaire et la prise en compte du contexte global déterminent l'efficacité de cette prise en charge.

Souvent sollicité en premier devant les plaintes somatiques, le médecin généraliste peut jouer un rôle de pivot dans l'accompagnement global entre les soignants, les travailleurs sociaux et les associations de soutien.

Beaucoup de migrants se sentent « étrangers ici et étrangers là-bas ».

Quels éléments peuvent être appréhendés par la formation médicale ? Quels éléments peuvent être éclaircis par la collaboration avec un anthropologue, un psychiatre ou un psychologue ?

Peut-on rédiger des critères pour la dépression en tant que maladie dans d'autres cultures qui soient comparables avec les critères employés dans la culture occidentale ?

Qu'en est-il de la prise en charge des autres pathologies des patients migrants en médecine générale à Nantes ?

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale

ASAMLA : Association Santé Migrants de Loire-Atlantique

CA : Conseil d'Administration

CJG : Consultation Jean Guillon

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMS : Centre Médico-Social

DU : Diplôme Universitaire

ELPP : Equipe de Liaison Psychiatrie Précarité

ESPT : État de Stress Post-Traumatique

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

ISM : Inter Service Migrants

PASS : Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

UE : Union Européenne

UGOMPS : Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale

BIBLIOGRAPHIE

1. BAUDET T. Pour une ethnopsychiatrie de la dépression. Jalons-Dépression n°10 ; 1998.
2. Numéro thématique – Santé et recours aux soins des migrants en France. Dans : BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), InVS. 2012 ; 2-3-4 : 13-51.
3. KONATE A. Nantais venus d'ailleurs, histoire des étrangers à Nantes au XXe siècle. Livret publié à l'occasion de l'exposition présentée au musée d'Histoire de Nantes du 2 avril au 6 novembre 2011.
4. HABIMANA E., ETHIER L. S., PETOT D., TOUSIGNANT M. (Dir.) Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative. Montréal : Gaëtan MORIN, 1999, p. 111-137.
5. ANAES. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques médicales en médecine générale. Prise en charge par le médecin généraliste en ambulatoire d'un épisode dépressif isolé de l'adulte. Décembre 2004.
6. CATU-PINAULT A., VELLUET L. A propos de l'anxiété et de la dépression en médecine générale : Mise au point théorique et clinique. La Revue Exercer, 2004 ; 70 : p. 69-74.
7. LE PAPE A., LECOMTE T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997. Dans : Questions d'économie de la santé, CREDES. 1999 ; 21.
8. BERCHET C., JUSOT F. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. Dans : Questions d'économie de la santé, CREDES. 2012 ; 172.
9. CHIRON E. Prise en compte des immigrés vieillissants. Enquête auprès des migrants vieillissants de l'agglomération nantaise. Août 2005.
10. GERY Y., AINA STANOJEVICH E., FASSIN D., VEISSE A., HALLOUCHE O., BOUCHAUD O. La santé des migrants. Dans : La santé de l'homme. 2007 ; 392 : 13-29.
11. GOGUIKIAN RATCLIFF B. Différences culturelles fondamentales et exercice de la psychothérapie avec un interprète. In Thésée G., Carignan N. et Carr P. (eds.) *Les faces cachées de la recherche interculturelle*. Paris : L'Harmattan. 2010 ; p. 78-96.
12. BORGES DA SILVA G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Dans : La communication dans les revues. Revue médicale de l'Assurance maladie 2001 ; 32(2) : 117-21.
13. POPE C., ZIEBLAND S., MAYS N. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. BMJ. 2000 ; 320(7227) : 114-16.

14. GREEN J., BRITTEN N. Qualitative research and evidence based medicine. *BMJ*. 1998 ; 316 : 1230-32.
15. QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L. Manuel de recherches en sciences sociales. Paris, Ed. Dunod, 2006, 3ème éd.
16. KAUFMANN JC. L'enquête et ses méthodes : L'entretien compréhensif. Paris, Ed. Armand Colin, 2008, 2ème éd. Refondue.
17. BLANCHET A., GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris, Ed Armand Colin, 2009, 2ème éd.
18. ARLET P. La relation médecin/malade. Dans : Item n° 1 : La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale. Module 1 : Apprentissage de l'exercice médical Sous module : Éthique et déontologie, relation médecin-malade.
19. FASSIN D. Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Santé, le traitement de la différence*, 2000, 1225 : 5-12.
20. MORO M. R., DE LA NOË Q., MOUCHENIK Y. (Eds). Manuel de psychiatrie transculturelle : Travail clinique, travail social. La pensée sauvage, éditions, 2006.
21. HOFFMAN A., FERRANT L., MEIRE B., ROEGIERS B., VERCRUYSSSE B., DEVECI I. (Eds). Patients sans frontières. L'approche interculturelle en soins de santé primaires. *Santé conjuguee*, cahier, 1999, 7 : 19-89.
22. MESTRE C. Les métaphores de la maladie. Analyse ethnopsychanalytique de la plainte corporelle. *Rev. Prisme*, 1999 ; 28 : 130-39.
23. DECAMP S. Les représentations de la maladie chez les migrants : données anthropologiques à partir de la littérature, pour une meilleure prise en charge du migrant en médecine générale. Thèse médecine générale, Bordeaux 2 : 2001, 59.
24. BAUBET T., MORO M. R. Psychopathologie transculturelle. Masson, 2009.
25. BAUBET T., MORO M. R. (Eds) Psychiatrie et migrations. (Rapport de psychiatrie au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française). Paris : Masson ; 2003.
26. GUILLOU A. Y. Patients immigrés dans la région rennaise, le regard des médecins généralistes, mars 2007.
27. BHUGRA D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 2004 : 109 : 243-258.
28. KLEINMAN A., M. D. Culture and depression. *N ENGL MED* 2004 : 351, 10 : 951-953.

29. RYAN L. Depression in Irish migrants living in London : case-control study. Dans : The British Journal of Psychiatry (2006) 188 : 560-566.
30. BHUGRA D. Migration and depression. Acta Psychiatr Scand 2003 : 108 (suppl. 418) : 67-72.
31. TANG G. W-G. Anxiety and depression in Chinese patients attending an Australian GP clinic. Dans : Australian Family Physician, vol 38, n°7, 2009.
32. EYTAN A. Troubles dépressifs dans un monde globalisé : enjeux pour le diagnostic psychiatrique. Revue médicale suisse n°125, article n° 32556 ; 2007.
33. NUBUKPO P., REVUE P., HERRMANN C., CLEMENT J.-P. Ethnopsychiatrie et sujets âgés. Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement, Volume 7, Numéro 3, 175-83, 2009, Synthèse.
34. SOMMAIRE J.-C., KANNAS S., SICOT F., VALENTINE A., DUBRET G., RECHTMAN R. (Eds). Sensibilités culturelles et ethniques en santé mentale. La lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale. Pluriels, 2002, n°31-32.
35. BERRY J. W. Acculturation et adaptation des jeunes immigrants. Dans : Diversité canadienne, volume 6, n° 2, 2008 ; p. 56-59.
36. COMITI V.-P., PATUREAU J. La santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires. Santé, société et solidarité ; 2005, 1 : 129-137.
37. MORO M. R. Parents en exil : psychopathologie et migration. P. U. F., 1994 : 240 p.
38. ALLILAIRE J.-F., RECHTMAN R., MULHERN S., MORO M. R. Anthropologie médicale et psychiatrie. Pour la Recherche n°17, 1998.
39. PETRYNA A., KLEINMAN A. La mondialisation des catégories : la dépression à l'épreuve de l'universel. L'autre, Cliniques, cultures et sociétés, 2001, volume 2, n°3, p. 467-479.
40. VEISSE A. Violence et santé. Dans : Comede (Comité médical pour les exilés). Migrants/étrangers en situation précaire : prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels, édition 2008. Saint-Denis : INPES 2007 : 265-293.
41. KTIOUET J. E. Les dépressions au Maroc : de la culture au pragmatisme. L'Information Psychiatrique, Volume 80, Numéro 6, 459-63, 2004, Métissages.
42. FAYE C. La psy sans visa. L'infirmière magazine, 2008, supplément n°236 : p.5-9.
43. CHAN CHEE C., BECK F., SAPINHO D., GUILBERT P (dir), La dépression en France – Enquête Anadep 2005, Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2009, 208 p.

44. Une autre langue, la place de l'interprète dans le soin. Mémoires n°35-36, mars 2007 ; n°37-38, septembre 2007 ; n°41, mars 2008. [www.primolevi.org]
45. VEISSE A. Exil et santé. Dans : Comede (Comité médical pour les exilés). Migrants/étrangers en situation précaire : prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels, édition 2008. Saint-Denis : INPES 2007 : 16-30.
46. Circulaire n° 98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.
47. BENNEGADI R. Anthropologie médicale clinique et santé mentale des migrants en France. Dans : Médecine Tropicale, Revue française de pathologie et de santé publique tropicales, 1996, Volume 56, N° 4 bis : 445-452.
48. DOUVILLE O., GALLAP J. Santé mentale des migrants et réfugiés en France. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris). Psychiatrie, 37-880-A-10, 1999, 11 p.
49. Migration, santé et culture. Volet B/ Chapitre XI : Santé/ Fiche n°59, octobre 2006.
50. HERZLICH Claudine. Du symptôme organique à la norme sociale : des médecins dans un « groupe Balint ». In: Sciences sociales et santé. Volume 2, n°1, 1984. pp. 11-31.
51. CHAMBONET J-Y, SENAND R., AHSSAINI C. Qu'attend du généraliste la 2^e génération issue de l'immigration ? Une enquête réalisée à Nantes auprès d'adolescents issus de l'immigration maghrébine. Dans : la revue du praticien-médecine générale, 2000 ; 14 (485) : 145-50.

ANNEXE 1

Mini International Neuropsychiatric Interview

NOM DU PATIENT : _____

DATE DE NAISSANCE: _____

ENTRETIEN REALISE PAR : _____

DATE DE L'ENTRETIEN : _____

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON	OUI	2

A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ? NON OUI

A3 Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :

a	Votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.) COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	NON	OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	6
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI	9

A4 Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ?
(ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON)
SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :

NON OUI
**EPISODE DEPRESSIF
MAJEUR ACTUEL**

- | | | | | |
|----|---|-----|-----|----|
| A5 | Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus | | | |
| a | durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ? | NON | OUI | 10 |
| b | Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ? | NON | OUI | 11 |

A5b EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
<i>EPISODE DEPRESSIF</i>	
<i>MAJEUR PASSE</i>	

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10 (d'après Boyer, 1999). [46]

A. Critères généraux (obligatoires) :

- G1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.
- G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet.
- G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psycho-active (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9.

B. Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :

- Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines.
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
- Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins un des sept symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :

- Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.
- Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.
- Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type.
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.
- Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés).
- Perturbations du sommeil de n'importe quel type.
- Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-IV. [46]

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. pleure).

NB. Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

2) Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

NB. Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament), ou d'une affection médicale générale (ex. hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour,

Je m'appelle Anissa DOUJA, je suis jeune médecin remplaçant en médecine générale à Nantes et aux alentours.

Je réalise un travail de recherche pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine.

Je m'intéresse à la prise en charge des patients migrants en médecine générale, et plus particulièrement au syndrome dépressif.

Je souhaite m'adresser aux médecins généralistes qui accueillent des patients migrants.

Mon objectif est de trouver des solutions qui pourraient aider le médecin généraliste dans cette prise en charge si besoin. Il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation des pratiques.

L'entretien se déroule en deux parties : une première s'intéresse à votre mode d'exercice et la seconde à votre relation avec le patient migrant autour du syndrome dépressif et aux éventuels besoins que vous souhaitez souligner.

Êtes-vous d'accord pour répondre à ces questions et que j'enregistre vos réponses ?

Merci d'avoir accepté de participer à ce travail et de m'accorder de votre temps.

A/ QUESTIONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

1/ Présentation du médecin

- âge
- depuis quand exercez-vous dans le quartier ?
- pourquoi avez-vous décidé d'exercer dans ce quartier ?
- activités professionnelles hors du cabinet ?
- expérience internationale ?
- formation ?
- d'où viennent les patients ? pourquoi consultent-ils chez vous ?

2/ Avez-vous des patients migrants dans votre patientèle ?

- si non : arrêt de l'entretien

- si oui :

Pourriez-vous me la décrire ? : origine, proportion, âge, sexe, fréquence des consultations (selon origine par exemple), plaintes

B/ QUESTIONS SUR LES PRATIQUES MEDICALES :

1/ Avant de parler de syndrome dépressif, y a-t-il des difficultés de tout type que vous rencontrez lors d'une consultation avec un patient migrant ?

(barrière de la langue, différence culturelle, présence d'un tiers, respect des horaires de consultation)

Maintenant nous allons parler des patients migrants que vous prenez en charge pour un syndrome dépressif ou pour lesquels vous le suspectez.

2/ Rencontrez-vous des difficultés particulières, propres au migrant dans le cadre du syndrome dépressif :

a/ dans le dépistage ?

b/ dans la prise en charge ?

- psychothérapeutique ? (suivi, abordez-vous ce type d'approche ?)

- médicamenteuse ? (suivi, observance thérapeutique)

Si pas de difficulté : pourquoi et quels conseils pouvez-vous donner ?

Si difficultés : pourquoi et de quel ordre ?

3/ Avez-vous trouvé des solutions dans votre pratique personnelle pour palier à ces difficultés ?

Si oui, lesquelles ?

Est-ce que ça a marché ?

4/ Auriez-vous des attentes au niveau extérieur qui vous aideraient dans cette prise en charge ?

5/ Commentaires libres.

Je propose de faire une restitution des résultats, souhaitez-vous y participer ?

Encore merci de votre participation.

FICHES : ADRESSES UTILES

ORGANISMES PUBLICS

PREFECTURE DE LOIRE-ATLANTIQUE

6, quai Ceineray
44000 Nantes
02.40.41.20.20

OFFICE FRANÇAIS POUR LA PROTECTION DES REFUGIES ET DES APATRIDES (OFPRA)

201, rue Carnot
94136 Fontenay sous bois
01.58.68.10.10.06

www.ofpra.fr

CENTRE COMMUNAL d'ACTION SOCIALE (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale CCAS)

Centre d'accueil pour demandeurs d'Asile CADA safran
8, rue Pelleterie
44000 Nantes
02.40.40.94.95

AGENCE NATIONALE POUR L ACCUEIL DES ETRANGERS ET DES MIGRATIONS (ANAEM)

9, rue Bergère
44100 Nantes
nantes@anaem.social.fr
02.51.72.79.39

fax : 02.51.72.79.47

Horaire : 9h30 – 12h30 et 13h30 – 16h30

HAUTE AUTORITE DE LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS ET POUR L EGALITE (HALDE)

11, rue Saint Georges
75009 PARIS
01 55 31 61 00 : 08 1000 5000

AUTRES ORGANISMES

ACCUEIL INFORMATION POUR DEMANDEURS D ASILE (AIDA)

68, Boulevard des Poilus
B.P. 51937
44319 Nantes Cédex
02.40.13.89.24

CENTRE D'INFORMATION aux DROITS des FEMMES et des FAMILLES (CIDFF)

rue Maurice Duval
44000 NANTES
derrière la Préfecture – tram ligne 2 – Arrêt 50 Otages
02 40 48 13 83

COMITE INTERPROFESSIONNEL DU LOGEMENT ATLANTIQUE

22, rue du Calvaire
44000 NANTES
Tram ligne 3 – Arrêt Bretagne
02 40 20 13 50

ASSOCIATIONS

AMNESTY INTERNATIONAL

10, bis boulevard de Stalingrad

44000 Nantes

02.40.74.34.50

Permanence le mercredi de 17h30 à 19h00

Tram : ligne 1 en direction de la Beaujoire – Arrêt : Manufacture

CIMADE

3, rue Amiral Duchaffault

44100 Nantes

02.40.71.69.73

permanence : lundi et jeudi de 17h à 19h

Tram ligne 1 – Arrêt Duchaffault

GASPROM

24, rue Fourré

44000 Nantes

02.40.47.00.22

Bus : ligne 27-29-26-28-24 : Arrêt cité des congrès.

LDH (Ligue des droits de l'homme)

10, bis boulevard de Stalingrad

44000 Nantes

02.51.86.22.39

Permanence le mercredi de 18h00 à 19h00 et le lundi de 18h30 à 20h00.

Tram : ligne 1 en direction de la Beaujoire – arrêt : manufacture.

LA PASTORALE DES MIGRANTS

43, rue Gaston Turpin

44000 Nantes

02.40.74.64.17

prendre rdv par téléphone

Bus : ligne 21 en direction du Perray – arrêt Chanzy

SECOURS CATHOLIQUE

Service migrant

1, rue Lorette de la Refoulais

44000 Nantes

02.40.29.04.26

bus : ligne 21 en direction du Perray – arrêt saint clément

MRAP (Mouvement contre racisme et pour amitié entre peuples)

11, rue du Prinquiau

44100 Nantes

02.40.58.08.09

ASAMLA Interprètes médiation dans plus de 10 langues

51, Chaussée de la Madeleine

44000 Nantes

santemigrants.nantes@wanadoo.fr

02.40.48.51.99

Pour tout renseignement : MISSION POLITIQUE D'INTEGRATION VILLE DE NANTES 02 40 41 65 14.

ANNEXE 6 : RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

Entretien M1:

Dans la première partie, c'est une présentation de vous donc j'ai des questions un peu ciblées dans cette partie-là. Votre âge ?

Euh, je suis né en 51. Je n'ai pas encore 60.

Depuis quand exercez-vous dans ce cabinet ?

30 ans.

Dans quelles circonstances êtes-vous arrivé dans ce cabinet et dans ce quartier ?

J'étais remplaçant.

Remplaçant, d'accord. Dans le quartier ?

J'ai pris la suite.

Dans le quartier et vous avez pris la suite ?

Ah bah non, c'est plus compliqué que ça. Euh, j'ai fait mon stage chez un généraliste, à l'époque, il n'y avait pas beaucoup de généralistes qui prenaient des stagiaires et puis donc après je suis devenu remplaçant, puis après j'ai pris la suite d'un médecin qui est parti.

D'accord. Est-ce que vous avez des activités professionnelles en dehors du cabinet en rapport avec la médecine, mais en dehors de la consultation de médecine générale ?

Non, plus maintenant.

Vous avez eu déjà ?

Oui, oui, j'ai fait de la PMI, oui j'ai fait de la médecine du sport.

D'accord. Au niveau international, vous avez une expérience ? Vous avez fait des séjours à l'étranger ?

Non.

Au niveau formation, donc P.M.I., j'imagine que vous aviez un diplôme, un D.U. ?

Oui, oui. C'était pas un D.U. à l'époque, ça s'appelait le Certificat d'Étude de Pédiatrie et Médecine Préventive.

D'accord. Il y a d'autres formations ?

J'ai un C.E.S. de médecine du sport.

D'accord donc, c'est ce que vous faisiez aussi avant. Les patients que vous recevez dans votre cabinet, sont des patients qui habitent généralement dans le quartier ou est-ce qu'il y en a d'autres qui viennent de plus loin ?

Alors vu mon grand âge, il y a les deux forcément. Il y a les gens qui sont du quartier et puis des patients qui sont passés par ici il y a un certain nombre d'années et qui sont allés habiter, s'installer ailleurs. Alors ça peut-être proche comme Couëron ou ça peut être loin comme Noirmoutier, par exemple, j'ai des patients qui viennent de Noirmoutier.

D'accord et dans votre patientèle de migrants, est-ce qu'il y a des patients qui viennent spécialement vous voir ici ou dans c'est dans ce cas-là c'est plutôt les gens du quartier ?

Alors, je comprends pas votre question.

En fait, là vous me parlez de personnes qui auraient déménagé de ce quartier-là .

Alors, c'est pas des migrants en général.

C'est pas des migrants ?

Il y en a un petit peu, mais ce n'est pas la majorité.

D'accord.

Les migrants, soit ils sont dans le quartier, soit si ils quittent le quartier c'est quand même rare qu'ils fassent la démarche de faire quelques kilomètres pour venir voir le médecin. Ça arrive quand même, c'est pas la majorité.

D'accord. Donc, vous avez répondu un peu à la prochaine question ? Vous avez des patients migrants dans votre patientèle ?

Oui.

D'accord. Dans quelle proportion ?

Beaucoup. Ici il y en a beaucoup.

De toutes origines, il y a une origine plus importante ?

Oui de toutes origines. Enfin, de toutes origines, bon, Afrique Noire, Afrique du Nord et puis Turquie, quoi, en gros, c'est ça.

Pas trop d'Asiatiques ou d'Européens du Nord ? Essentiellement Afrique Noire, Afrique du Nord et Turquie.

Asiatiques ? Je sais pas, on n'a pas beaucoup, non. Y en a, mais essentiellement oui c'est ça.

D'accord. Et sur votre consultation générale, au niveau pourcentage les migrants représentent quel pourcentage ?

40 peut-être. Mais c'est moi qui y en ait le moins, forcément puisque je suis le plus âgé.

Vous êtes combien dans le cabinet ?

Quatre.

Quatre.

Dr C. qui est plus jeune, c'est sans doute plutôt 60-70.

D'accord. Alors par rapport à ces patients migrants, est-ce qu'il y a des difficultés en général que vous rencontrez lors des consultations ?

Bah oui, la difficulté c'est la mentalité qu'est pas la même que la nôtre, de toute façon, c'est difficile. C'est la première difficulté, oui, c'est difficile de leur donner, de leur faire comprendre la même démarche de soins que l'on fait comprendre aux autres patients, c'est la première chose. La deuxième chose, c'est le problème social. A partir du moment, ben soit il y a un problème vraiment social, c'est-à-dire qu'ils ont pas du tout d'aide sociale parce qu'ils viennent d'arriver ou soit ils ont tout ce qu'il faut, mais à partir du moment où ils ont tout ce qu'il faut, il y a aussi une mentalité qui en découle, qui fait que tout est dû.

D'accord.

Ça, c'est quelque chose que l'on ressent très bien.

D'accord. Au niveau de la barrière de la langue, il y a des choses qui sont difficiles aussi, ou la plupart parle Français ?

Non, la plupart se débrouille.

D'accord, la plupart se débrouille, donc vous n'êtes pas gêné par la présence des tiers ou de traduction ?

Non.

D'accord. Maintenant, nous allons parler plutôt des patients migrants qui viennent pour un suivi de syndrome dépressif.

Alors, ça, ça va aller vite parce que je suis peut-être un mauvais médecin, je recherche peut-être pas ça, mais c'est pas quelque chose que je connais, chez les migrants.

Donc, vous n'avez aucun patient migrant que vous suivez pour syndrome dépressif ?

Non.

Où pour lequel vous en avez suspecté un ?

Non, mais non justement j'étais... Quand j'ai vu mon agenda tout à l'heure, j'ai vu pourquoi vous veniez, j'étais en train de réfléchir, c'est quelque chose que je connais pas.

Alors soit je le dépiste pas, possible que je suis pas apte, ou que je ne sens pas les choses, je sais pas, ou soit ils n'en parlent pas. Il m'est arrivé quelques fois d'avoir des états de détresse chez, en particulier récemment là, chez les patients qui venaient de Côte d'Ivoire, à l'époque, où il y avait une guerre civile. Ces gens-là, des femmes en général, avaient vécu des choses horribles et est-ce qu'on peut appeler ça un syndrome dépressif ? Je suis pas sûr non plus.

C'est un état de stress post-traumatique.

C'est vraiment, non, autrement non.

D'accord.

Non. Alors, est-ce que ? Je sais pas, il y a peut-être un problème de ressenti. On sent pas forcément la même chose, ils sont pas... enfin et donc.

Il y a des représentations qui sont différentes effectivement.

Peut-être qu'on les recherche pas non plus ou qu'on est aussi envahi par d'autres, d'autres demandes qu'ils ont par rapport à nous, et que ça, ça passe et c'est... Parce que je pense que ça existe, plus qu'on ne le croit.

Et justement dans cette fameuse demande, il y a une majorité de plaintes, des plaintes particulières spécifiques aux migrants ou des plaintes répétées, des consultations plus fréquentes ?

Oui, ça oui. C'est peut-être une sorte de syndrome dépressif, mais c'est pas sûr non plus. Non c'est pas sûr. Oui il y a beaucoup de plaintes répétitives, oui, anodines.

Qui changent régulièrement, qui sont toujours ciblées sur les mêmes choses ?

Oui qui changent.

Mais il y a ce côté un petit peu... Enfin chez les migrants d'Afrique Noire le côté un peu sorcier aussi, c'est-à-dire que un petit quelque chose qui va pas, on va voir le médecin, on espère qu'en sortant tout va bien, ça c'est clair.

D'accord. Du coup les autres questions, ne vous concernent pas trop, puisque c'était par rapport aux difficultés que vous auriez pu rencontrer dans ces cas-là. Et si vous aviez des attentes particulières pour les prendre en charge.

Bah non. Je...

C'était aussi un sujet...

Je n'ai pas de demande...

... Assez spécifique parce que justement on a constaté qu'il y avait forcément moins de prise en charge parce qu'il y avait une patientèle qui était un peu différente, c'est-à-dire qui ne se plaint pas de ce genre de symptômes comme un patient non migrant. C'est aussi pour ça qu'on s'intéressait à la question.

Oui, oui, c'est intéressant. Je ne sais pas.

D'accord. J'envisage de faire une restitution des résultats avant de passer ma thèse avec un bilan des entretiens que j'aurais eus avec les différents médecins et éventuellement les solutions proposées, si réellement il y a des besoins et des attentes, souhaiteriez-vous y participer ?

Oui.

Ça se ferait au Département de Médecine Générale, donc au CHU, à la faculté de Médecine. Ce serait un mardi. Ce serait environ au mois de mars, si ça peut vous intéresser.

Le mois de mars c'est loin. Donc vous avertirez suffisamment, bah je ne sais pas quelques semaines avant.

Oui, bien sûr, mais effectivement comme c'est un peu loin, la date n'est pas encore fixée.

Merci d'avoir participé à la recherche.

Bah de rien, vous avez déjà interrogé d'autres médecins ?

Non, vous êtes le premier.

Oui, je suis curieux de savoir si les autres médecins ... ou si c'est moi.

Ça je pourrai vous le dire au mois de mars, quand j'aurai un peu restitué. C'est vrai que dans les patients migrants, il y a pas mal de sujet, on a choisi de s'interroger à celui-là en particulier parce que ça reste encore un point d'interrogation, donc voilà.

Il y a quand même tout un environnement, tout un vécu, tout un... des pratiques qui font que automatiquement, ils ont, il y a pas les mêmes plaintes que par ici.

Il y a la fatalité aussi qui est très forte chez les migrants.

Maintenant, il y a aussi le fait que ici les syndromes dépressifs, on en a à la pelle. Alors qu'il y a 20 ans, ce n'était pas comme ça, bon est-ce que c'est justifié ? Est-ce que c'est vraiment la société qui est responsable de ça ? Ou est-ce qu'on ne se plaint pas tous pour un oui ou pour un non, quoi ?... On peut voir les choses comme ça.

Voilà, et bien merci.

De rien.

Entretien M2:

Donc, moi, je suis Anissa DOUJA, je suis déjà médecin remplaçante.

Ouais.

Je prépare ma thèse, j'ai fini mon internat il y a deux ans. Je me suis intéressée aux migrants par mes origines, je pense déjà et aussi parce que j'ai été confrontée à certains problèmes d'abord quand j'ai fait mon stage chez le praticien et ensuite en tant que remplaçante avec une patientèle de migrants. Donc on a ciblé un peu plus le syndrome dépressif et du coup, je voulais m'adresser aux médecins qui avaient une patientèle un peu de migrants dans les quartiers essentiellement, c'est pourquoi je vous ai demandé de me recevoir. Donc l'objectif c'est de trouver des solutions éventuellement, si d'autres médecins rencontrent des problèmes ; enfin de faire un bilan des problèmes et des attentes pour essayer de trouver des solutions.

Mmm

Donc l'entretien se déroule en deux parties, une première partie qui vous concerne plutôt vous et votre exercice et une deuxième partie qui s'intéressera du coup à la patientèle de migrants.

Donc première question ? Quel âge avez-vous ?

48 ans (rires).

D'accord. Depuis quand vous exercez dans ce quartier ?

Depuis que je suis arrivée donc à Nantes, septembre 1990.

Septembre 1990. Qu'est-ce qui vous avez fait choisir ce quartier ? Il y a une raison particulière ?

Euh bah, parce que j'arrivais de Paris et je cherchais des remplacements et que c'est Monsieur A., mon associé actuel, qui me proposait un remplacement... régulier, ce que je cherchais. Voilà, donc, je ne connaissais absolument pas Nantes. Mon mari, si, était instituteur et était nommé à Malakoff en fait en 90. Donc bon, voilà, je me suis dit ben dans le même quartier, mais on habitait complètement à l'Ouest de Nantes, et on est arrivé et on ne savait pas du tout dans quel quartier on allait. Malakoff ou autre chose...

Je n'avais pas d'a priori.

D'accord. Avez-vous au niveau de votre activité professionnelle d'autres choses que vous faites hors du cabinet ?

C'est-à-dire ?

Je sais pas,... de la PMI, SOS Médecin, de la régulation ?

Non, je ne fais rien d'autre en dehors du cabinet.

D'accord, de la médecine générale.

Avez-vous une expérience internationale ? Avez-vous déjà pratiqué à l'étranger ?

Non.

Des stages à l'étranger ?

Non plus.

Au niveau formation, vous avez des diplômes particuliers ?

Un Diplôme, un D.U en contraception, que j'ai fait à l'Hôpital Saint-Louis à Paris en 91 et puis « suivi des patients VIH en ville » qui était proposé à Nantes, c'était en 94-95 je crois par Monsieur le Docteur RAFFY au CHU.

D'accord. Dans votre patientèle, vous avez une patientèle de migrants ?

Oui.

La proportion serait de combien ?

Je sais pas du tout.

(Pause)

Alors d'abord qu'est-ce que vous appelez migrants en fait ? première génération, deuxième génération ? Ce sont des gens qui sont nés en France ? Ce sont des migrants, non ? Ce sont des gens qui viennent d'un pays ?

Voilà.

Donc...

Pas les enfants de migrants.

Pas les enfants de migrants. Donc, je peux pas vous dire. A partir de quand on est plus un migrant ? Un patient qui a une carte de séjour et qui est là depuis plusieurs années...

... est considéré comme migrant.

Donc à partir de quand vous n'êtes plus migrants ?

Je considère, en tout cas dans l'étude de ma thèse, toute personne arrivée, que ce soit il y a 30 ans, y a 2 ans ou 2 mois, qui n'est pas née en France et qui s'installe en France ou même qui est là juste de passage.

Donc c'est toute la génération, en fait, qui est née en fait à l'Étranger et qui est en France... même si c'est définitif.

Que ce soit définitif ou transitoire.

D'accord. Je ne sais pas, mais c'est au moins 25 %, on va dire entre 25 et euh oui, c'est au moins 25 %. Je peux difficilement vous dire, c'est pas 50 %... Ouais c'est 25-30 %.

Dans ces migrants, est-ce qu'il y a des patients qui viennent de loin ? Et qui viennent spécialement vous voir vous ? Ou est-ce que ce sont essentiellement des patients qui sont dans le quartier ?

Aussi, des patients qui ont déménagé que j'ai eus, enfin que j'ai suivis parce qu'ils étaient dans le quartier et qui après ont déménagé qu'ils soient migrants ou pas, en fait. Alors s'il y a plus de migrants ou pas, je ne sais pas.

Plus ou non, ce n'était pas important, mais du coup, il y a des personnes qui gardent...

Oui qui gardent un lien, même s'ils déménagent, qu'ils soient migrants ou pas.

D'accord. Donc proportion de 25-30 % la population, c'est plutôt de quelle origine ?

Maghrébine.

Maghrébine, essentiellement ?

Maghrébine essentiellement euh... (...) Le Maghreb ou l'Afrique Noire. Europe Centrale, Tchétchènes, Russes, Roumains. (...)

D'accord.

Donc c'est essentiellement Afrique Noire, Afrique du Nord et puis Europe Centrale avec les Roumains, les Russes, les Tchétchènes, Kurdes un peu moins.

D'accord. Donc avant de s'intéresser au syndrome dépressif en lui-même ? Est-ce que avec cette population-là, d'origines diverses à priori, vous rencontrez des difficultés particulières générales pendant les consultations ?

Euh non, dans le relationnel, non. Je suis quelqu'un de très physique, donc ces populations, enfin la population en général, mes patients enfin... je pense qu'on sélectionne au fur et à mesure nos patients, on sélectionne et les patients nous sélectionnent aussi. Et je suis quelqu'un de très physique et traditionnellement en fait les gens du Maghreb ou d'Afrique Noire sont aussi très physiques. Donc, moi j'aime bien toucher, j'aime bien ... et euh et donc je pense qu'ils trouvent un intérêt dans cette relation aussi avec moi, et moi avec eux. Et puis Europe Centrale, ils sont moins physiques, mais je pense que le physique, c'est moins net pour les non-Africains je veux dire.

D'accord.

Et après donc euh non je n'ai pas de souci, vous me demandiez c'est ça au départ ?

De difficultés.

La difficulté, après, c'est la langue. Alors mon associé parle très bien l'Arabe donc... Mais on arrive en fait avec les femmes par exemple qui sont de la génération des années 40, génération de ma mère et de mon père, donc génération de mes parents, on arrive quand même à parler surtout avec les femmes que je vois. Les hommes vont plutôt..., je vois plutôt les hommes jeunes Africains et plutôt les femmes plus âgées et les femmes jeunes aussi Africaines, mais les hommes plus âgés en fait, de l'âge de... enfin des années 40, c'est plus mon associé qu'ils vont voir.

A part la langue, il y a pas d'autre souci de relation, mais on arrive toujours à se débrouiller en fait avec les gestes parfois l'anglais. En fait, ils ont des petits mots de français et moi des petits mots d'arabe : un *chouia*, des choses comme ça et on arrive à échanger.

Et donc pas d'autre barrière. Du coup à part la langue, le fait de communiquer le traitement, enfin d'expliquer, ça ne vous handicape pas trop ?

Non, j'arrive à faire, alors soit en fait, ils n'arrivent pas du tout à parler donc il y a toujours une tierce personne qui arrive et puis au fur et à mesure, je vois il y a des femmes qui parlent peu le français et on arrive très bien, même si elles ne savent pas lire, on arrive avec des mots avec des chiffres, avec... les chiffres en fait elles arrivent à lire et avec les gestes en fait à montrer avec les doigts : 1,2,3, comment mettre un ovule, comment enfin... en étant avec le corps, on arrive à parler, à transmettre, donc ça j'ai pas du tout de difficulté...

A communiquer. Et donc, maintenant si je vous parle de syndrome dépressif, est-ce que c'est quelque chose qui vous parle avec les migrants ?

Oui, mais c'est pas, c'est un autre abord en fait. C'est un autre syndrome dépressif des migrants, c'est, euh il faut le prendre dans son intégralité, c'est-à-dire dans sa culture, ce n'est pas la même chose que pour un Européen, que moi

Française née à Paris, née Bretonne, je n'ai pas du tout les mêmes cultures. Donc après ce qui manque beaucoup, il y a vraiment des femmes qui sont très très angoissées en fait et alors, ou soit dépressives...ou soit dépressives et à qui on veut absolument donner des comprimés, mais qui les prennent pas. J'ai l'exemple d'une femme qui a 70 ans et qui a perdu un fils de 30 ans, après 3 mois de coma, 3 ans de coma, on voulait absolument la bourrer d'anxiolytiques dans l'année qui suivait le décès de son fils. Bon je veux dire, c'est normal d'être mal après le décès de son petit.

Et donc elle a jamais voulu prendre ces médicaments en disant, j'ai des vertiges, j'ai des choses comme ça. Par contre ce qui manque ou des femmes qui sont très très angoissées, qui ne sortent pas, qui sortent qu'avec ou leur époux ou un fils ou une sœur ou un ...et qui auraient besoin d'un soutien psychologique à mon avis, psychologue ou psychiatre parlant l'arabe. J'ai déjà cherché, et j'ai pas trouvé, ni au CHU, ni euh... Et après, il pourrait y avoir un intermédiaire, donc un intermédiaire dans une relation psychologique, je pense que c'est... ouais, c'est un...

Et donc quand je leur proposais que j'allais chercher, elles me disaient, bon on peut essayer mais... Et je ne sais pas après si dans la culture effectivement, dans la culture soit Africaine, soit Maghrébine, l'accès en fait à un...

... à spécialiste.

A un spécialiste en fait, psychologue ou psychiatre, fait partie de la culture et de la manière de vivre.

De la culture, je pense pas moi-même Maghrébine, il y a quand même une vision. Je pense qu'en fait on en est encore à cette vision de la psychiatrie qu'il y avait en France, il y a des années, où la psychiatrie, c'était pour les fous et que certains ont encore même en France, même des Français aujourd'hui. Maintenant c'est vrai ce sont des cultures qui s'adaptent progressivement à la culture européenne donc il y a des psychiatres au Maghreb, c'est sûr.

Après, comment on arrive à adresser un patient en Psychiatrie au Maghreb, ça, c'est...

Oui, voilà ! Ici, en fait, maintenant. Moi, j'aimerais effectivement les adresser aux psychiatres pour une prise en charge simplement, c'est pas, c'est juste leur dire apprendre à contrôler son stress, apprendre à gérer son angoisse, pour pouvoir sortir, pour plus que ce soit un handicap social. Déjà il faut le dire, en fait il faut que ce soit compris, le message soit compris et ça, c'est pas facile. Et puis après, elles trouvent autre chose, en fait me disant mon fils est mort de toute façon, maintenant c'est comme ça, personne pourra m'aider, je pourrai pas aller mieux de toute façon, il est mort, donc c'est à moi d'avancer, c'est à moi. Mais bon c'est une réponse aussi, c'est une réponse. Après celle qui était très très angoissée, bah elle me dit tant pis, je ferai avec ma sœur et puis de temps en temps, elle se prend un demi Lexomil. Elle en fait pas une surconsommation, parce que je les vois une fois par an. Donc après il y a une adaptation, comme vous disiez, à ce qu'elles n'ont pas, parce que je pense que le psychologue, ça aurait pu effectivement permettre, permis en fait, je sais pas de débrouiller quelque chose, de décoincer quelque chose et de permettre de passer cette douleur, de permettre de sortir tout simplement sans être angoissée. C'est quelque chose de cyclique sur les deux patientes auxquelles je pense essentiellement. Après chez les migrants en fait, le syndrome dépressif, ceux qui viennent d'arriver, ceux qui sont, je pense à une famille Tchétchène qui est arrivée en 2005 et qui euh vraiment que j'admire beaucoup, qui ont vécu des trucs épouvantables et qui effectivement ont rencontré un psychologue, donc qui sont arrivés d'abord dans le Sud et puis après sur Nantes et elle, elle est extrêmement angoissée et donc elle est tout le temps, tout le temps sur le qui-vive, dès qu'il y a un petit bouton, elle en pleure, elle a peur pour ses enfants, elle a peur pour tout et en même temps, je lui ai proposé donc le psychiatre parce qu'elle parle quand même bien le français et elle m'a dit les psychiatres à Nice, ils m'ont aidé à passer un cap, maintenant c'est bon.

Donc c'est pas forcément une réponse le psychiatre, ni le médicament parce qu'elle n'en prend pas non plus, même si là c'est pas forcément syndrome dépressif, c'est un syndrome plutôt d'anxiété généralisée en fait, le syndrome dépressif, il existe aussi, enfin je pense.

Sous-jacent.

Oui, tout à fait, sous-jacent et elle refuse les médicaments et elle refuse... tout en sachant qu'elle a vécu des choses difficiles.

Ce sont quand même des choses que vous réussissez à aborder du coup avec vos patients, la plainte.

Oui la plainte...

La plainte mentale, on va dire.

Oui, alors, soit ils l'abordent rarement d'emblée, en fait, souvent donc elle revient, elle revient, elle revient parce qu'elle a beaucoup de maux de tête, elle a une touille c'est d'avoir une tumeur au cerveau, de ne pas pouvoir s'occuper de ses enfants etc., etc. et donc on arrive en fait, en essayant de dire mais, là j'ai essayé de vous rassurer, tout est normal, le scanner, on a été jusqu'au scanner et c'est normal etc. et là, on arrive à libérer une parole, mais c'est souvent de manière physique qu'ils s'expriment en disant bah oui, je vais pas bien, j'ai très mal ici, j'ai très mal, il vient tous les 15 jours, voire toutes les semaines.

Ça, ça vous alerte ? C'est quelque chose qui vous alerte ?

Oui, oui, oui. Alors que physiquement on ne trouve rien de particulier, mais maux de tête, maux de ventre et maux de dos qui viennent, qu'on n'arrive pas à soigner avec du paracétamol simple, alors que une radio, une prise de sang de débrouillage ne montrent rien de particulier, on se dit, mais est-ce que ?... Physiquement ça se sent, en fait.

Donc. La difficulté, il y en a pas tellement en fait vous dans votre prise en charge, c'est peut-être plus comment les aider ?

Oui.

Psychologue, psychothérapeute. Vous, vous avez essayé de joindre des gens, les patients n'étaient pas tellement pour. Est-ce qu'il y a des choses que vous attendriez ?

Des attentes particulières ? A votre niveau personnel du coup, pas de solution directe tout de suite, est-ce qu'à l'extérieur, il y a des choses que vous aimeriez qu'elles soient mises en place pour vous aider ?

Psychologues, Psychiatres qui parleraient effectivement une langue sans tierce personne en fait, qui pourraient parler, soit qui parle l'arabe... après il y a plein de dialectes aussi Africains. Alors, en Afrique, l'anglais est beaucoup plus parlé donc dans ces cas-là, avec ces femmes Africaines qui viennent de l'Afrique Noire, elles ont beaucoup plus la notion soit du français comme au Maghreb, soit de l'anglais. Et donc quand elles ne parlent pas français, j'arrive, on arrive à parler anglais, en fait ça se pose moins la question, Mais c'est surtout Europe Centrale, moi, je ne parle pas un mot de Roumain, ni de Russe et Maghreb où je ne parle pas un mot d'Arabe. Et donc ce sont pour ces populations-là effectivement que euh...Après il y a les populations Portugaises mais qui ont un, mais qui parlent un peu mieux, enfin qui parlent plus traditionnellement, plus facilement le français, avec un très fort accent mais parlent, arrivent... donc j'ai moins de souci de langue en fait avec la communauté Portugaise.

D'accord. Après dans vos attentes, je vais vous orienter un peu, dans ce que j'attends, est-ce qu'un réseau par exemple d'autres médecins généralistes avec qui vous pourriez parler de ce genre de...

Pourquoi un réseau de médecins généralistes ? Un réseau ville-Hôpital ?

Par exemple. Ou un réseau médecins généralistes-psychiatres.

(Pause)

Alors un réseau formel en fait avec une association etc. comme on fait pour le réseau pour le patient diabétique, insuffisant cardiaque ?

Éventuellement. Alors plus dirigé vers le migrant lui-même, alors avec des psychiatres plus sur les troubles de la santé mentale et migrants ?

Je sais pas ce qu'un réseau pourrait m'apporter. Moi ce qui me faudrait, c'est enfin quelqu'un qui... enfin un relationnel en fait.

D'accord.

Parce qu'un réseau, c'est une lourdeur administrative, je trouve. Après quand il y a une hospitalisation, en fait, donc le réseau diabète, le réseau insuffisance cardiaque, le réseau hépatite et puis VIH, ça permet de connecter en fait l'hôpital à la ville et d'avoir un pont entre l'hôpital et la ville et d'avoir des correspondants privilégiés. Là, la médecine du migrant, c'est pas forcément hospitalier.

Non, c'est ça.

On voit quel... Après ça peut-être de créer des ponts en fait, je sais pas. J'ai pas réfléchi à la...

Donc plus un relationnel ?

Plus dans le relationnel, c'est avoir des psychiatres et des psychologues pour pouvoir euh... Sinon la médecine qui s'adresse aux migrants, elle est pas différente des nôtres, de la nôtre. Donc, je ne vois pas très bien pourquoi un réseau. Moi, ce que j'aimerais, c'est avoir des correspondants qui pourraient m'aider, en fait c'est surtout ça, psychologues et psychiatres qui parlent la langue ou c'est d'avoir une liste de psychiatres ou psychologues qui pourraient éventuellement...à qui je pourrais adresser mes patients quand j'en ai besoin.

D'accord.

Je pense que le syndrome dépressif des migrants ou la médecine des migrants n'est pas tellement différente de la nôtre, dans la prise en charge, en tout cas dans la médecine de ville, j'ai pas l'impression.

Des commentaires ?

Non.

J'envisage de faire une restitution de mes entretiens avec les différents médecins que j'ai rencontrés avant ma thèse. Là, les entretiens se déroulent jusque Novembre, le temps de faire l'analyse, ce serait plutôt début d'année, probablement au moins de mars.

Ouais.

Ça vous intéresserait d'y participer ?

Ouais.

Ce serait une réunion qui se ferait au Département de Médecine Générale dans une salle de la Faculté et puis je reprendrai avec les médecins que j'ai rencontrés. Alors, tout reste anonyme par contre.

D'accord.

Vous reconnaîtrez en fonction de ce que vous entendrez certainement. Mais tout reste anonyme et ce sera voilà une synthèse et des éventuelles solutions, que j'aurais pu trouver moi par rapport à vos différentes attentes.

OK.

Voilà. Merci beaucoup.

Je vous en prie.

Entretien M3:

Alors en ce qui vous concerne vous, la première question est : quel est votre âge ?

Je vais avoir 54 ans.

D'accord. Depuis quand exercez-vous dans ce cabinet ?

Alors depuis 84, en gros. Donc faut faire le calcul.

J'arriverai à faire les calculs. (rires)

27 ans.

Pourquoi vous avez décidé de travailler dans ce quartier ? Il y a une raison particulière ou... ?

A l'origine, j'ai fait les remplacements ici, le cabinet du Sillon était un petit peu connu et puis il travaillait différemment et il y avait en particulier un projet de centre de santé. C'est pour ça que je suis venue là à l'origine.

D'accord.

Le paiement à l'acte ne m'allait pas trop, on y est toujours, mais bon, à l'origine c'est pour ça.

Au niveau de votre activité professionnelle, est-ce que vous faites des choses en dehors du cabinet ?

Je travaille au centre de planification d'IVG à l'hôpital. Le mercredi.

D'accord. Avez-vous une expérience internationale ? Au niveau médical toujours.

Non.

Avez-vous des formations, des diplômes, des D.U., des choses comme ça en plus ?

Non.

Vos patients qui, dans la patientèle de migrants, qui viennent au cabinet habitent tous essentiellement dans le quartier ou est-ce qu'il y en a qui viennent de plus loin.

Bah, ils viennent, genre le Breil, un petit peu le tour quand même. Y en a tellement. (rires)

J'ai pas trop réfléchi avant mais ils ne viennent pas non plus de l'autre bout de Nantes. Oui c'est essentiellement le Breil, le bourg de Saint-Herblain, le Sillon, Orvault un petit peu aussi.

Et vous savez pourquoi ils préférèrent consulter ici en tant que migrants ?

C'est souvent des gens qui habitaient le Sillon qui ont déménagé, qui sont restés.

Qui restent.

Y en a aussi qui sont partis, faut pas rêver, c'est comme tout le monde, mais bon.

Donc, vous avez des patients migrants dans votre patientèle. Et si vous deviez donner une proportion par rapport à la consultation générale ?

Je sais pas, y a des jours, où on voit que ça, des fois pas. Je sais pas, moi je dirais 40 %.

40 %.

J'avais fait ma thèse sur l'activité du cabinet du Sillon mais c'est vieux, je crois que c'était 30 % à l'époque. Je pense pas que ça ait beaucoup changé, mais encore que ça a dû augmenter si, parce qu'on a beaucoup plus de... C'était essentiellement des gens du Sillon, des Maghrébins... Et maintenant on a beaucoup beaucoup d'Africains et en particulier de Réfugiés, donc je pense que ça a peut-être augmenté en pourcentage.

D'accord et justement au niveau des origines ? Donc Maghrébins... Africains...

Maghrébins, Afrique vous voyez tout ce qui est réfugiés politiques du Congo, y a un C.A.D.A. ici donc il y a des appartements du C.A.D.A. aussi. On a beaucoup de réfugiés politiques du Rwanda, des Azéris, des Tchétchènes un petit peu, des Russes, qu'on avait pas du tout avant et puis alors autrement des Rwandais, des Congolais, voyez donc, qui sont réfugiés aussi. Autrement toute l'Afrique de l'Ouest aussi.

D'accord.

Y a pas beaucoup d'Asiatiques, par contre.

Au niveau des âges, y a tous les âges, plutôt des personnes âgées ?

Y a tous les âges. C'est vrai qu'il y a les enfants des migrants, ça dépend lesquels, il y en a qui se comptent encore comme migrants, enfin c'est pas facile encore de savoir ce qu'ils pensent exactement mais bon pour moi, ils sont français quoi. Je leur rappelle de temps en temps quand même. (Rires) Ils ont pas du tout les mêmes problématiques que leurs parents.

Et ils en ont d'autres, qui peuvent être aussi liées à cette double culture

Au niveau du sexe par contre hommes et femmes vous consultent ou plutôt les femmes ?

Je vois plutôt plus de femmes, mais enfin je vois aussi des hommes parce qu'on consulte aussi sans rendez-vous. Dans les rendez-vous des urgences, je vois les hommes, mais c'est vrai qu'ils prennent plus facilement rendez-vous les hommes avec mon collègue et les femmes avec nous.

D'accord.

Est-ce que ce sont des patients qui consultent plus fréquemment ? Est-ce qu'il y a des motifs plus répétés ? Est-ce qu'il y a des choses qui vous alertent ?

Y a des périodes, oui en ce moment, y a une dame qui vient presque tous les jours. On se pose la question oui : qu'est-ce qui se passe derrière ?

(Pause)

Sinon, les grands motifs aussi c'est la fatigue, vous voyez les consultations, on sait pas trop pourquoi ils viennent ou c'est un petit peu mélangé, beaucoup de plaintes. Bon ça c'est ce qui me fait penser à la dépression mais c'est pas quelque chose que l'on peut dire comme ça parce que hum.

Sans parler de syndrome dépressif, est-ce que dans la consultation générale avec le migrant, vous rencontrez des difficultés particulières, générales ?

Des difficultés ?

(Pause)

C'est sûr on ne sait pas toujours ce qui se passe derrière quoi, quelle est l'origine de leur problème. Pourquoi est-ce qu'ils se... ils sont plus sur une plainte alors que pour nous c'est pas grave, enfin vous voyez ? Donc on pense qu'il y a quand même des choses derrière qu'on n'arrive pas à expliquer.

Une personne est rentrée dans la salle...

Qu'est-ce qu'on disait ?

Les plaintes.

Ah oui, donc oui les plaintes. Puis en plus l'expression c'est pas toujours facile parce qu'il y a aussi la langue, moi j'ai pas du tout la langue, même s'il y en a qui parle bien français, et puis il y a aussi l'interprétariat pour les Turcs, ils parlent pas très bien français, l'interprétariat par la famille c'est pas toujours terrible. Je suis au C.A. de l'A.S.A.M.L.A. autrement et donc quand j'ai affaire à des vraies interprètes médiatrices, c'est quand même pas la même chose. On voit bien la différence. C'est pour savoir surtout quand on a pas accès à la langue ce qui se passe derrière, parce que bon c'est pas traduit, c'est pas vrai.

Et justement ce tiers hormis la traduction qui n'est pas forcément adéquate, est-ce que sa présence elle-même peut gêner ?

Bah oui quand il y a les enfants en particulier. Ça m'est arrivé des fois des femmes qui venaient avec leur fils ado ou pré-ado, parce qu'elles étaient enceintes et qu'elles ne voulaient pas le garder, des trucs comme ça, il faut quand même essayer de trouver d'autres solutions.

Au niveau du respect des horaires des consultations, ça va c'est respecté ? c'est plutôt anarchique ?

Ils ont quand même du mal à venir avec des rendez-vous. Il faut dire que nous on travaille aussi sans rendez-vous, donc c'est facile. Les Africains d'Afrique Sub-saharienne, c'est leur culture avant ça, ils sont souvent en retard, enfin bon. Bon ben c'est comme ça, ils viennent pas à leur rendez-vous et après ils viennent sans rendez-vous. Les Maghrébins du sillon ils sont là depuis très longtemps, moi je les connais depuis que je suis installée là, donc là maintenant il y a aucun problème. Ils voient quand même les avantages de venir en consultation, on a beaucoup plus de temps avec eux, on peut faire le point et tout. Ils attendent pas. Y a des gens qui adorent attendre, mais il y a aussi des Français pareils. Je pense que c'est plus les conditions économiques aussi qui font que les gens viennent n'importe quand, n'importe comment. Ils ont déjà pleins de difficultés économiques, enfin pleins de choses dans la tête et ils ont dû mal à respecter les horaires, parce qu'ils n'ont plus de...

... de repères.

De repères.

Et maintenant si on s'intéresse au syndrome dépressif, est-ce que ? Enfin comment vous l'abordez avec le patient, comment vous le dépistez ? On a dit tout à l'heure, les plaintes un peu floues, un peu répétées.

Les plaintes multiples, de fatigue, de... Ben en posant les questions comment ça va dans leur vie ? Ils ont souvent des problèmes avec leur mari, leurs enfants ? Et je pense aux femmes, elles sont jamais vraiment bien intégrées ici. Elles ont pas vraiment de place, elles ont pas travaillé. Elles ont pas... Elles retournent l'été, mais elles ne se plaisent pas là-bas non plus, parce qu'elles sont pas non plus intégrées là-bas, donc elles ont une place nulle part donc on en parle. Moi, j'ai essayé des fois de donner le traitement antidépresseur, mais elles ne le prennent pas.

Et la psychothérapie ?

Ben, qui ?

D'accord. Quand vous abordez le sujet d'une détresse psychique par exemple ? Est-ce que c'est quelque chose qui est accepté ou il faut rester sur le somatique ?

Ça revient souvent, sur le somatique.

C'est quelque chose qu'ils arrivent à entendre quand même.

Oui, oui, je pense qu'ils arrivent à l'entendre, mais bon ben c'est pas bien d'être dépressif non plus. (Rires) C'est pas une maladie... Je pense à quelqu'un en particulier. (Pause) J'ai une dame qui admet bien être dépressive mais bon... Elle a de temps en temps pris des traitements antidépresseurs, quand elle était vraiment pas bien, mais ils les prennent un mois point. Donc ça va mieux ou pas mieux ou il y a des effets secondaires. Y a pas moyen. Donc des fois, j'essaie, comme c'est pas facile non plus de leur proposer quelqu'un. D'abord déjà c'est pas facile le psychiatre ou le psychologue. Donc il y a le coût des psychologues. Et puis bon, c'est pas quelque chose qui sont habitués, parce que... alors là c'est encore pire : on n'est pas fous, on n'est pas... Donc il y a des fois, j'essaie de les faire revenir régulièrement pour m'en sortir, pour parler. Il y a des hauts et des bas. De toute façon, on va pas résoudre leurs problèmes existentiels.

Non, c'est sûr. Donc quand vous avez essayé de les aider : prise médicamenteuse, ça marche pas bien, acceptation de la maladie, qui est pas forcément... il faut autre chose. Ça c'est des choses que vous avez essayé de mettre en place vous, est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez, au niveau de l'extérieur, qu'elles soient mises en place et qui pourraient vous aider dans cette prise en charge ?

Oui en particulier par rapport au diabète résodiab, ça a été quand même pas mal. Même si ça n'a pas changé grand-chose par rapport au diabète mais c'est aussi souvent des formes dépressives d'ailleurs. Ben là j'en ai une ou deux qui ont au bout de trois ans là, elles vont marcher, c'est extraordinaire, elles sont très contentes là-bas. Y a des petites choses comme ça qui changent, ça les fait sortir un petit peu, il faudrait des choses localement, on a essayé de mettre en place des activités physiques ou des choses comme ça pour des femmes qui sont sur les quartiers, ça n'a pas vraiment bien marché non plus, donc je sais pas trop.

Il faudrait insister sûrement.

De toute façon, y a pas vraiment de moyens non plus pour ça. Il y a eu une femme comme ça, qui est venue pour faire de la gym, c'était une dame qui connaissait très bien les femmes du quartier parce qu'elle avait eu ses enfants à garder chez l'une d'elles, donc elle les connaissait bien et tout ça et elle avait donc commencé un cours de gym pour femmes Maghrébines obèses, bon voilà donc, qu'étaient pas à l'aise avec leur corps, qu'étaient pas habituées à bouger et donc où elle pouvait leur faire la gym, les faire sortir, marcher dans la Chézine et tout ça et puis il y a pas eu moyen... quoi. Ça n'a pas suivi. Vous voyez des choses comme ça simples.

Des choses simples qui pourraient les aider à voir autre chose.

Il faudrait qu'elles aient aussi un petit peu de reconnaissance de ce qu'elles sont. Il y a eu de temps en temps des cours de cuisine aussi, c'était... (Pause) C'était pas mal, il y a longtemps au Centre socio-culturel là aussi. Il y avait une semaine interculturelle, ça n'existe plus ça. Tous les jours, il y avait une femme qui faisait de la cuisine de son pays, les autres participaient, puis nous on pouvait y aller. C'est comme ça que j'ai appris à faire le couscous par exemple. (Rires) Je trouve que c'est quand même pas mal de les ouvrir sur autre chose, de rencontrer d'autres gens et qu'elles aient une reconnaissance de ce qu'elles sont aussi. Parce que c'est pas seulement des épouses et des mères. Des fois, je me dis que c'est une génération perdue, mais bon, je suis un peu pessimiste.

C'est un peu ça. Donc voilà.

La psychothérapie, je sais pas si dans leur pays, si y a accès à ça, je suis pas sûre ou alors elles ont accès par des directions ou des choses comme ça. La maladie, y a pas forcément d'intérieur pour eux, on sait bien que ça peut venir d'ailleurs, mais bon. On n'a pas du tout la même conception, donc c'est pas toujours facile.

On n'en est pas encore là. Mais après c'est vrai en France, on a eu ça aussi, y a des années maintenant, la psychiatrie en elle-même était réservée aux fous et aujourd'hui on comprend un peu mieux. Est-ce qu'après syndrome dépressif chez nous, on va dire en France, a pas flambé ces dernières années, soit la maladie est plus acceptée, soit on se plaint plus.

Les conditions économiques ont changé, l'avenir n'est pas rose.

Voilà. Et je suis pas sûre pour les Maghrébins parce que c'est ceux que je connais le mieux, qu'on en soit là au niveau des mentalités.

Vous savez, de toute façon c'est pas que les Maghrébins, ici au Sillon il y a beaucoup de gens du milieu populaire, et c'est pareil, ils n'ont absolument pas accès à tout ce qui est psychothérapie.

D'accord, je propose de refaire une restitution de mes résultats de mes entretiens avant de passer ma thèse, alors ce sera pas tout de suite, vers le mois de mars, ce sera au Département de Médecine Générale, ce sera un mardi, ça vous intéresserait d'y participer ?

Dans la journée, le soir.

Après ce sera un peu comme ça arrangera les différents médecins. Je ferai une restitution et une synthèse.

Merci de votre temps.

Bah de rien

Et de votre participation.

De rien.

Entretien M4:

Qui est parti à la retraite avec le MICA, le MICA ça permettait à nos médecins de partir assez tôt, en étant payé.

D'accord

Donc, moi j'avais tout cuit ici.

Ouais

Voilà, c'est une question de facilité en fait, c'est pas une question de choix. Enfin, Si en même temps, je ne voulais pas travailler toute seule puis je connaissais déjà Françoise et François, puisque Françoise, j'avais fait mes stages au planning, elle fait plein de gynéco, François aussi d'ailleurs. Puis, nous c'était trente demi-journées qu'on avait comme stage chez le prat', j'avais fait mon stage ici, j'avais connu Françoise et François, j'avais fait ma formation au planning, tu vois donc voilà. Donc ça m'allait bien de ne pas travailler toute seule, je voulais surtout pas bosser toute seule. J'avais tout, tout cuit ici. En plus ici, bah on est bien, voilà.

D'accord. Au niveau de l'activité professionnelle médicale, est-ce que vous faites des choses en dehors du cabinet ?

Médical non, moi non.

D'accord. Vous avez une expérience internationale ?

Non, enfin international ici. Elle est internationale ici.

J'imagine.

Voilà.

Euh, des formations ?

On fait nos formations continues, si tu veux, une fois par mois avec notre groupe local puis on va à Paris, là c'était 4 fois dans l'année. Je fais une formation, je fais du Balint aussi de temps en temps, si tu sais ce que c'est.

Oui.

Je fais des formations et de temps en temps, je fais du Balint aussi.

Les patients migrants qui viennent vous voir ici, c'est plutôt des gens qui habitent dans le quartier ou des gens qui viennent de plus loin ?

Plutôt dans le quartier. Le quartier, c'est un groupe, je dirai Bellevue. Je dirai le quartier et on a des gens de Bellevue, parce qu'on est médecin dans une cité, donc on a des gens de Bellevue, les Dervallières, la Chêne des Anglais, pour les migrants. Ouais, ouais.

Et vous avez des explications à ça ?

Ben parce que...Je dirais qu'ici, dans la mesure ici où les migrants, c'est un petit peu la « tribu », entre guillemets, sans élément péjoratif, ils se connaissent, tu vois puis les « Blacks » ils arrivent ici, ils déménagent, ils viennent me voir, je n'ai pas que des Blacks c'est surtout eux, puis les Maghrébins, c'est... bah les Maghrébins, ils habitent ici, tu vois et puis quand ils déménagent, ils viennent nous voir et puis bon on a une expérience, je pense qu'on est un cabinet qui a une politique de... Un petit peu de médecine, comment on va dire ?... sociale. Donc voilà.

Internationale. Non, mais c'est important. Je trouve ça important. Vous avez des patients migrants dans votre patientèle, y a une proportion ?

Tu sais moi je suis très nulle en chiffre, moi je dirais qu'on a beaucoup de « Blacks », mais par rapport à notre patientèle, les migrants ?

Oui

Je suis incapable de te dire, moi. Je peux pas te dire, c'est vrai que dans les « sans-rendez-vous » des fois, on a l'impression que c'est l'Afrique, tu vois ! Après, je sais pas, je sais pas ce qu'elle t'a dit F., peut-être on peut mettre 50-50, j'en sais rien. Je sais pas, 50-50, peut-être.

D'accord.

Ouais, je sais pas ce que t'a dit Françoise, je sais pas moi, je suis très nulle.

C'est pas grave, c'était une estimation. Les origines ? donc, Afrique Noire...

Afrique Noire, Maghreb. On a des Azéris, je vois des Azéris, on a des Tchétchènes. On a une famille de Mongoles (de Mongolie). On a...Moi, je vois une Japonaise. On a deux Chinoises, moi j'en vois une. On a des gens qui viennent d'Amérique du Sud aussi. Mais autrement, on a très peu d'Asiatiques. Les Asiatiques, ils vont voir les médecins Asiatiques. Nous, ici, en fait on voit pas d'Asiatiques, moi, je te dis il y a deux Chinoises et une Japonaise.

Asiatiques, on a... il y a... on a vu une famille Indienne aussi, mais elle est pas... je l'ai jamais revue, je sais pas s'ils viennent toujours, je suis incapable de te dire le nom. On avait aussi, mais ils ont dû déménager, on avait des Afghans aussi une seule famille, je les ai vus une fois, qui tenaient un restaurant Quai de la Fosse, ils venaient ici, c'étaient des réfugiés. En gros, c'est surtout des Africains d'Afrique Noire et du Maghreb.

Des Turcs ?

Ah oui, des Turcs. Ah oui, il y a des Turcs aussi. On n'a pas trop de Turcs, pas beaucoup de Turcs quand même.

Les Turcs, je sais pas, peut-être au niveau immigration, y en a pas beaucoup, j'en sais rien. Ils sont surtout en Allemagne. Nous, on a... Moi, j'ai une famille ou deux familles. On en a pas tant que ça de Turcs, un. Y en a peut-être pas beaucoup, j'en sais rien moi. Ils sont peut-être à la Bottière ou au Pin Sec. On a surtout ici des gens de Tunisie et des Africains quoi.

D'accord. Age et Sexe ? Indifférent, tous les âges ?

Ouais.

Et tous les sexes ?

Y a pas de vieux, on a pas de tellement de vieux, de vieilles personnes, parce que les Africains noirs, je parle de l'Afrique Noire, quand je dis « Noir » c'est pas du tout péjoratif, c'est des jeunes qui arrivent, des premières générations, les premières générations, c'est ceux qui arrivent et les premières générations du Maghreb, bah je sais pas ce que t'appelle vieux, hein. Ils sont pas, on en avait un...bah il est mort, qui était très vieux. Non, ils commencent à être, je sais pas...quel âge il a, attends je regarde...Je sais pas quel âge il a lui ? 70 ans. Oui, voilà, les plus vieux commencent à avoir 70 ans.

C'était quoi ta question, je m'en rappelle plus.

C'était pour savoir s'il y avait plus de personnes...

...Y a beaucoup de jeunes pour le moment, mais ça va venir hein. Toutes les vieilles dames, les dames vont vieillir hein.

Des enfants de migrants beaucoup aussi ?

Oui, des Africains...Puisqu'ils sont jeunes, ils font des enfants. Ces couples-là, ils sont jeunes. Après, chez les Maghrébins, ils sont peut-être un tout petit peu plus vieux, je sais pas, non on a beaucoup d'enfants aussi.

Avant de s'intéresser au syndrome dépressif, est-ce que lors d'une consultation avec un migrant ou selon son origine, il y a des difficultés générales que vous rencontrez ?

Oui, enfin des difficultés, après moi je m'y suis faite. Oui, oui, si tu veux l'abord de la douleur et de la maladie en fonction des cultures est différent. Tu vois par exemple, le truc qui me choquait entre guillemet beaucoup, c'est les Maghrébins quand ils étaient malades, ils étaient le ciel va leur tomber sur la tête, les hommes surtout, je te parle, dans leur couverture, allongés sur le canapé avec un truc sur la tête, tu vois ça s'est...et les Africains, ils ont pas forcément une connaissance de leur corps par rapport à nous, si tant t'es qu'on est une connaissance de notre corps, tu vois et puis comme c'est des gens qui sont déjà en souffrance, dès qu'ils sont malades, ça prend des proportions, tu vois beaucoup plus importantes et puis comme je pense que dans leur pays par exemple, on répond à un symptôme, par soit on va voir le gourou, soit aussi on prend une pilule, ou une piqûre, ça se fait beaucoup les piqûres. Tu vois, ils comprennent pas, quand on leur donne que du paracétamol, quand on leur dit que c'est rien, tu vois. Et puis, tu vois,

je te dis, ça m'est arrivé une ou deux fois, l'attachement, on m'a jeté un sort, ça arrive, ça nous arrive des fois, tu vois. C'est aussi les difficultés comment t'interprètes la souffrance par rapport à tes difficultés quotidiennes de tous les jours, tu vois. C'est vrai par exemple, les Blacks qui arrivent, quand ils sont malades, je vais mal, j'ai mal par tout, je suis très malade, mais non ils ne sont pas très malades. Tu vois, je suis très malade.

D'accord. La barrière de la langue ?

Des fois, c'est chiant. Excuses-moi du terme.

Après, oui des fois c'est dur, des fois je fais des petits dessins. Quand je peux parler anglais, je parle anglais, tu vois.

Ouais des fois c'est « chiant », c'est dur.

Et la présence des tiers interprètes ?

Bah, ça m'est arrivé, notamment pour une Turquie, une Azérie, c'est bien après c'était des femmes, quoi tu vois, donc c'était pour de la gynéco, elles me disaient des choses, quand c'est les enfants, des fois aussi c'est pratique quand même. Ça dépend de quoi on parle, mais euh, non des fois c'est dur. Il faut expliquer les traitements, on s'y fait, on a l'habitude. C'est une barrière sans que ce soit une barrière, parce qu'on est habitué.

On est habitué à contourner tu vois, mais bon tu vois, quelqu'un qu'a pas l'habitude, s'il ne parle pas français, je vais rien lui dire, moi j'essaie, du coup je fais des petits dessins.

D'accord.

Je parle en anglais, je parle avec les mains, je montre, moi je touche. Je touche les gens, voilà. Et ça fait partie aussi de la culture.

Si, si maintenant, il y a un super outil, c'est quand tu connais pas un mot, moi je vais sur internet et je montre. Ah ça c'est bien, ça s'est super internet. Tu vois par exemple il faut manger des épinards, je vais sur Google, je tape épinards et j'ai ma plante épinards et je leur montre. Ah ça c'est bien !

Ça c'est des moyens d'aider.

Ouais.

D'accord.

Bah écoute, on fait ce qu'on peut. On cherche. On est là pour aider les gens, quoi.

Quand c'est pas possible, c'est pas possible.

Par rapport au syndrome dépressif, la détresse psychologique, est-ce qu'il y a des patients qui s'en plaignent ? Est-ce qu'il y a des patients pour qui on le suspecte, mais c'est difficile à aborder ? Est-ce qu'il y en a pas ?

Ça dépend, tu vois par exemple, je te reparle des jeunes « Blacks » qu'arrivent, qui sont migrants, qui sont réfugiés politiques, qu'ont pas de statut, qui ont vécu des trucs, c'est sûr que leur symptôme, c'est pas de l'organique, tu vois, moi j'aimerais pas être à leur place franchement, qui ont eu des difficultés. Je leur dis pas qu'ils sont dépressifs, mais je me dis que c'est ça, tu vois. Je leur dis vous avez des nouvelles de votre famille, bon ça sert à rien, mais ceux-là, il y a ça...

Après t'as les femmes Maghrébines, je te fais exprès, les femmes de première génération, dont les enfants..., je pense à une, même deux, dont les enfants ont évolué bien, bien intégrés, mais qui sont pas forcément mariés et qui pratiquent pas, qui sont pas voilées. Tu vois qui se sont intégrés, qui ont un boulot, mais qui sont pas la famille et tout ça, elles ont du mal les mamans, tu vois et puis en plus après ces deux femmes-là, elles parlent pas bien français, elles sont complètement dépendantes de leur mari, dont l'un est décédé d'ailleurs, donc c'est la catastrophe, c'est la dernière fille qui reste à la maison, enfin je trouve qu'elle est déprimée aussi, mais je pense que la maman, elle va pas le dire, c'est... en même temps de là, ça dépend de la définition de ta dépression, de là à te dire qu'il faut un traitement, je ne pense pas, je pense pas que c'est le traitement qu'il faut. Moi je les verrais bien repartir dans leur pays, mais elles ne veulent pas partir dans leur pays parce que les enfants sont là, tu vois je te parle des femmes. Les hommes je ne sais pas. Donc ces deux dames là. Après, j'en ai une qui est déprimée, mais anxieuse, mais elle a de quoi la pauvre femme, mais elle, je l'ai envoyée une fois chez le psychiatre mais qui lui a filé des médocs et ça n'a rien changé, mais c'est toute une histoire. C'est une femme qui a été mariée à 16 ans avec un homme de 14 de plus qu'elle, qui lui a fait des gosses, qui l'a toujours forcée à avoir des rapports, elle a jamais eu de plaisirs, ça j'ai réussi à le savoir, elle était venue en consultation avec une interprète, elle m'a raconté pleins de trucs, tu vois, bah celle-là, elle est déprimée. Elle se « bouffe » des benzo à tire-larigot, j'ai beau lui expliquer que ça fait rien, mais plus elle en mange, plus elle est mal, mais moins elle en mange, plus elle est mal aussi et c'est ingérable de toute façon.

Et la psychothérapie ?

Eh ben, c'est une dame qui ne parle pas français, qui comprend bien le français, mais qui s'exprime jamais, qui vient toujours accompagnée de son mari ou de ses filles. Et la psychothérapie, bah voilà, faudrait une psychologue qui parle arabe, tu vois. Oui, mais bon, comment se reconstruire à cet âge-là ? Quand t'as eu une histoire, c'est inscrit dans eux. Elles sont mariées et on ne leur demande pas leur avis, ça a dû bouger un petit peu quand même, mais elles, dans les campagnes, elle a 67 ans, donc qu'est-ce que tu veux faire.

Elle en a 67 ans, son mari, il en a 76, tu vois onze ans de plus. Lui, il va bien, il est diabétique maintenant, mais bon. Et puis comment sortir de ça puisque de toute façon au niveau de son milieu familial, il n'y a rien qui changera, tu vois et puis elle, elle a pas la force de dire : ben ça suffit, tu m'as fait « chier » toute ta vie, maintenant tu te démerdes. J'ai dit à sa fille l'autre jour : « Pourquoi elle s'en va pas vivre un peu au Maroc ? - Bah, papa, à la maison, il est capable de rien ». Ça m'énerve des trucs comme ça.

C'est culturel.

Oui, c'est culturel. Donc si tu veux, c'est les autres gens qui sont déprimés. On leur dit pas qu'ils sont déprimés, mais bon tu le penses, et moi peut-être inconsciemment, je me dis comment veux-tu que ça aille, ils sont pas chez eux, ils sont tous seuls. La dame... La dame à qui je pense là, son mari, il est mort, elle veut pas retourner au Maroc parce que ses enfants sont là, toutes ses filles, c'est des gens qui sont brillants, elle a un petit voile, elle est pratiquante, ses filles ne doivent pas être pratiquantes, A. n'arrive pas à partir de la maison, je trouve que c'est dramatique, la pauvre, elle a 33 ans maintenant, enfin bon et Madame S. en même temps. J'arrive pas à parler parce que tout ce qu'elle dit quand elle vient me voir, elle vient me voir qu'avec A. parce qu'elle parle pas français, elle veut toujours le même médicament, prescrit par mon oncle d'ailleurs, il y a vingt ans, elle ne veut pas le générique, elle veut que celui-là c'est un anti-H2, j'ai essayé de lui donner de l'oméprazole, mais non tu vois et elle dit c'est comme ça, elle est diabétique, elle veut pas prendre de traitement, l'hémoglobine, elle doit être à 9-10 en ce moment, glyquée. Elle veut pas faire le test de dépistage colorectal, elle dit c'est comme ça, c'est comme-ca. Je pense qu'elle est déprimée Madame S., mais je sais pas quoi en faire moi, si tu veux, donc.

Et du coup, ses plaintes ? Quand elle vient, elle vient pourquoi ?

Quand elle vient, d'abord quand ça va trop mal, amenée par A., parce que soit elle a très mal au ventre, soit elle a une gastrite, soit elle est très enrhumée parce qu'elle est allergique, si tu veux. Elle a une extra-systolie, mais elle n'a jamais voulu prendre son traitement de propranolol, en ce moment, son cœur bat régulièrement, moi ce qui me soucie, c'est son diabète, un de ces quatre elle va se retrouver en acidose. Qu'est-ce qui font les diabétiques non insulinodépendants ? Elle est pas très... elle vient... mais je pense qu'elle ne se plaint pas beaucoup vraiment, quand elle vient, c'est qu'elle s'est beaucoup plainte et qu'A. a entendu et l'amène, tu vois.

Elle va faire ses courses toute seule, je la vois marcher, mais elle sort peu, tu vois, elle a peu de copines je pense et ben voilà, quoi.

Comment l'aider ?

Bah, je sais pas. Je sais pas.

Et j'ai pas la réponse encore, j'essaie, j'essaie de trouver.

Les déprimés, je pense... Pour moi, les déprimés, c'est les gens qui arrivent, les migrants qui sont en souffrance, qu'on accepte en France, tu vois bien, on accepte leur statut de réfugiés politiques et après, ils ne sont pas régularisés, ça doit être horrible, ils peuvent pas bosser. Ils font pas venir leur famille, ils sont pas intégrés. Enfin, j'interprète ça de mon côté. Mais en même temps, ils doivent être tranquilles ici, ils ne risquent pas leur vie, il y a ceux-là, les mecs surtout. Après t'as, t'as les mamans de première génération Maghrébine, on a aussi, je pense, on a des familles, mais qui sont de nationalité Française, on a des Bosniaques, mais qu'ont vécu la guerre, elles vont pas bien, elles n'ont plus et les papas non plus, tu vois, y en a une, elle a vu son frère se faire descendre devant elle, elles ont vécu... elles en ont jamais parlé, elles ont des filles qui sont très bien intégrées, qui sont super, elles disent que maman elle va pas bien, mais nous on le voit bien. C'est pareil, elles vont pas chez le psychiatre. Les deux familles Bosniaques, elles vont pas bien, et les deux papas non plus. Y en a, il est tout le temps mal au genou, il bosse, c'est des gens vachement courageux, ils ont bossé mais je le trouve triste, mais bon lui aussi c'est pareil, lui non plus il n'a pas le suivi psychiatre, tu vois.

D'accord.

Comment de toute façon, moi je me dis, comment veux-tu, ils sont bien une fois dans l'année un mois quand ils retournent chez eux, tu vois, mais dans leur famille, là où ils ont vécu de base, en même temps, leur vie, c'est ici parce que leurs enfants sont là. Peut-être eux à la retraite, ils repartiront en Bosnie. Là, la culture n'est pas forcément très différente de la nôtre, mais je pense qu'ils sont déprimés... C'est quand même des migrants, tu vois, c'est des migrants intégrés. C'est plus des migrants, mais bon, ils ont migré un moment. Non, c'est difficile.

Donc ça existe, mais c'est difficile à prendre en charge ?

C'est difficile, moi je pense, toi t'interprètes, de ce que toi tu interprètes de ce qu'ils peuvent vivre et de ce que eux vivent réellement, parce qu'en même temps, je me dis le mec, qu'a risqué sa vie, qu'a réussi à venir en France, il a quand même peut-être un logement chez ses potes, il peut manger, ici il y a la SECUR, il y a le RMI, etc., il risque pas sa vie. Peut-être que lui, il est bien, mais moi, je me dis comment tu peux être bien dans ce temps de « merdouille », il pleut tout le temps, on est pas beaux, tu vois. Moi, j'interprète aussi, tu vois donc... voilà et puis j'sais pas après t'as peut-être le niveau culturel quoique t'as des gens hyper-cérébrés qui ont mal là et qui se disent ça y est ils ont un cancer. C'est vachement compliqué tout ça, tu vois.

C'est clair.

Voilà.

D'accord. Donc t'as essayé Internet, je trouve ça super pour essayer d'expliquer certaines choses,...

Ouais.

Ça, c'est des choses que t'as essayé de mettre en place personnellement. Est-ce qu'il y a des choses, que tu aimerais voir faites à l'extérieur qui pourraient aider dans cette prise en charge, dans ces prises en charge ?

Bah, peut-être des psychologues ou des psychiatres qui seraient formés à l'ethnomédecine, tu vois, mais après t'as la barrière de la langue. Enfin, on devrait tous être formés, tu vois par exemple, moi j'ai ma thèse, je l'ai fait, mon oncle, il faisait de la training autogène, c'est de la relaxation, la méthode de Schultz, c'est une méthode à visée corporelle, t'as deux parties et donc moi, j'ai fait ma thèse là-dessus et ma conclusion c'était, parce que je savais que j'allais bosser ici, c'était... une de mes questions c'était comment aborder la relaxation chez les gens d'origine étrangère. On n'a pas du tout, y a les tabous du corps, tu vois donc, qu'est-ce qui pourrait être mis euh... ? Peut-être connaître plus les significations des symptômes, peut-être.

En tant que médecin généraliste

Ouais Même en tant que tout le monde, tout le monde. Que ce soit l'assistante sociale...

Ouais voilà. Tu vois... j'ai pas d'exemple, mais y a des trucs que j'ai appris, le truc on t'a jeté un sort, c'est vachement courant. On a souvent des Maghrébins, ils rentrent chez eux, ils vont voir le guérisseur du coin, allez voir le guérisseur du coin, si vous voulez, bon tu vois, quoique ça existe. L'ethnomédecine en France, ça existe parce que t'as aussi les gens en Vendée qui vont voir le guérisseur, enfin, c'est de la... je sais pas comment on appelle ça, tu vois. Peut-être, parce que moi, ça m'intéresse l'abord de la santé dans les différentes cultures. En Asie, t'as les cinq éléments l'eau, la terre, le feu, tu vois, c'est vachement intéressant, c'est super. Ils essaient déjà avant d'aller chez le docteur, ils essaient de voir par rapport à leur hygiène de vie, enfin, nous, on a pas du tout ça, donc voilà.

Beaucoup dans le médicament, d'accord. Des commentaires ?

Sur quoi ? Je veux bien lire ta thèse.

D'accord

Euh non c'est intéressant parce que je pense qu'au fur et à mesure de la vie, tous ces gens-là vont vieillir, tu vois donc euh. Surtout les premières générations puis même les deuxièmes puisque... et il y a des choses qu'il faut savoir aborder, rien qu'en tant que femme la gynéco, quand t'as les petites jeunes qui viennent là chercher la pilule ou qui ne veulent pas prendre la pilule parce qu'elles ont peur que leur mère trouve la plaquette dans la..., en l'occurrence ce sont des Maghrébines, ça pourrait être aussi des Asiatiques, tu interrogues C., le Docteur L., c'est C., sauf que je sais pas, s'il voit des filles, tu vois, c'est pareil la place de la femme en Asie, la contraception, tu vois, donc ça m'énerve tout ça, parce que prendre la pilule enfin, des fois...toutes ces choses-là, ça c'est l'image de la femme aussi, c'est culturel, mais bon. Après ces petites jeunes filles, je ne sais pas comment elles vivent leur sexualité aussi, si c'est refoulé après qu'est ce qui va pas te dire qu'elles sont refoulées dans leur vie de femme et après dépressives, j'en sais rien, j'interprète des trucs comme ça. Voilà.

D'accord. T'as répondu à ma dernière proposition, j'envisage de faire une restitution des résultats avant la thèse déjà, de faire un bilan de mes entretiens, voir ce qui l'en est ressorti, ce que je peux vous proposer, si j'ai des réponses à vous...

Non mais c'est vachement intéressant les brassages de culture.

Merci de ta participation.

Entretien M5 :

1^{ère} question : quel est votre âge ?

60 ans.

Depuis quand exercez-vous dans ce cabinet ?

Depuis 84, 1984.

Est-ce qu'en dehors de la.... 84 dans ce cabinet, pourquoi ce cabinet ?

Parce que j'étais.. ce cabinet a été créé en 74 dans l'immeuble, je connaissais déjà...enfin j'avais déjà milité, enfin c'était un cabinet un peu militant, l'installation dans un quartier qui s'ouvrait à l'époque, le Sillon était neuf, quasiment. Et puis voilà, mon collègue J.-R. P. avait installé... Avait eu la volonté d'installer un cabinet dans cet immeuble en particulier.

D'accord.

Et donc j'étais déjà investi, en 74, j'étais étudiant, j'étais déjà investi dans le projet, enfin bon après j'aurais pu m'installer ailleurs, mais enfin ça s'est trouvé que, voilà. Avec ma collègue F., on est arrivé à ce moment-là.

D'accord. Au niveau activité professionnelle dans le domaine médical, faites-vous des choses en dehors du cabinet ?

Alors, je suis médecin des crèches à Saint-Herblain et j'ai une vacation comme F. une fois par semaine au Centre Simone Veil.

D'accord. Avez-vous une expérience internationale ?

Non

Au niveau formation, quel diplôme vous avez ?

Doctorat de Médecine et la première année de médecine préventive infantile.

Les patients migrants qui viennent vous consulter ici, sont des patients qui sont du quartier ou est-ce qu'il y a des personnes qui viennent de plus loin ? de Nantes

Oui les deux. Enfin majoritairement sur le quartier, je pense, mais pas uniquement puisqu'il y en a qui quittent le quartier donc et puis ils continuent à venir ici.

Hormis ceux qui continuent à quitter le quartier et qui viennent ici, d'autres personnes ?

Oui, oui il y en a d'autres qui viennent aussi.

Et pourquoi plutôt votre cabinet ?

Bah, après il faudrait leur demander à eux. Ce qu'il y a de sûr, c'est quand le cabinet a été créé à l'époque, c'était moins... l'accueil était moins évident pour les migrants, donc je pense qu'il y avait une volonté...enfin, dans tous les cas, un accueil qui était différent d'ailleurs, je pense que ça a beaucoup joué, maintenant ça joue moins, les médecins ont évolué, les autres aussi. Et puis, après historiquement, il y a eu aussi l'installation du Docteur C., que vous avez peut-être interviewé, qui lui s'est installé quelques années après la création du cabinet sur un mode plus ...offrant plus

une offre de soins avec injections...enfin de médecine rapide, efficace etc. et donc qui a beaucoup drainé. Alors lui, il a une clientèle de toute l'agglomération, c'est un phénomène au niveau de l'immigration et aussi des gens, des gens un peu désocialisés. Voilà.

D'accord, donc des migrants dans votre patientèle, dans quelle proportion par rapport à la patientèle générale ?

Je sais pas, c'est difficile. Je ne sais pas ce qu'on dit mes collègues, mais enfin... (rires) Je ne pense pas que ce soit la moitié, mais enfin c'est une proportion importante quand même. Je dirais peut-être le tiers, je sais pas, on n'a jamais fait de...enfin c'est pas forcément très intéressant. Après il y a différentes...Entre les gens qui sont arrivés ici en 73, dont on voit les... Ce sont des gens âgés maintenant, plus les enfants, les petits-enfants et puis il y a aussi, on a aussi sur le quartier, un centre, un foyer, la « Résidence Soleil » donc un foyer d'accueil de gens seul etc...et donc y a une partie des migrants et y a aussi un C.A.D.A. qui a des logements sur le quartier. Plus l'ETAPE, l'association ETAPE qui a aussi des logements sur le quartier, donc ça fait quand même un recrutement assez important de migrants.

Au niveau âge et sexe, y a pas de différences ?

Vous voulez dire...

Est-ce que vous voyez plus les hommes, est-ce que vous voyez plus les femmes ? Est-ce que vous voyez les deux ?

Bah comme je suis le seul homme, je vois plus les hommes, je pense, ouais. C'est pas exclusif.

D'accord. Est-ce qu'il y a des plaintes ou des fréquences de consultations qui sont spécifiques aux migrants, est-ce que...

Non, enfin, les primo-migrants, enfin y a une pathologie très nette dans... pour les primo-arrivants qui n'ont pas leur statut, là je pense qu'effectivement, il y a des plaintes très particulières, une somatisation très importante et des fois, ça dure, quelques-uns qu'on a depuis plusieurs années. Ça c'est très pathogène, on va dire.

D'accord.

Ouais, c'est vrai les gens sont très mal.

Alors, avant de parler du syndrome dépressif en lui-même, est-ce qu'il y a des difficultés que vous rencontrez lors de vos consultations avec un patient migrant, des difficultés générales ?

Bah, il peut y avoir la compréhension, je pense de culture, la manière dont ils fonctionnent, mais bon ça c'est un peu tout le monde, il y a aussi des gens « extraordinaires » dans la population non-migrante, donc faut s'adapter. Bah je pense qu'on est, qu'on a quand même une pratique assez importante d'accueil... enfin de gens « différents » bah enfin une file d'attente de patients toxicomanes aussi importante. On a..., je pense que traditionnellement, on reçoit le plus de gens aussi psychotiques ou assimilés ou trucs comme ça, parce que ça toujours été un peu, donc voilà c'est un peu toujours la même chose. Après il y a les problèmes de langue, bon c'est vrai que comprendre des fois certains Portugais, même qui sont là depuis 30 ans, c'est pas toujours facile, mais voilà quoi.

Dans votre patientèle de migrants, vous c'est quelles origines ?

Il y a tout, enfin bon. (Pause) Au départ traditionnellement, ce quartier, c'était surtout Portugais puis Maghrébins. Après y a eu différentes vagues et maintenant c'est plus Africains, Pays de l'Est. On a eu une vague de Bosniaques aussi, de réfugiés, ici.

D'accord. Maintenant si on s'intéresse plus particulièrement au syndrome dépressif, est-ce qu'il y a des difficultés que vous rencontrez ? soit quand vous suspectez, soit dans la prise en charge ? avec les patients migrants.

(Pause)

Bah c'est une catégorie... (Pause) D'abord la catégorie migrants n'est pas homogène, comme on l'a déjà vu, après la catégorie syndrome dépressif n'est pas très homogène non plus, c'est un grand sujet de médecine. Bon voilà après c'est vrai que par exemple pour revenir aux primo-arrivants, enfin les gens qui sont... leur envoyer le syndrome dépressif, ils veulent bien mais enfin c'est pas vraiment leur... enfin c'est pas facile d'en arriver à ce diagnostic, à ce type de prise en charge, parce qu'en général, ils sont pas... je sais pas comment dire ; ça les intéresse pas tellement.

Les plaintes sont plutôt somatiques ?

Les plaintes sont plutôt somatiques, enfin un malaise, enfin... Et puis enfin faut reconnaître qu'il y en a qui viennent avec le SIDA aussi...enfin bon ça change aussi un peu la donne quoi, au niveau des prises en charge médicales aussi qui sont...Et puis bon c'est vrai que...et puis il y a des syndromes post-traumatiques aussi quand même. Il y a des gens quand même qu'ont vécu...quelques Tchétchènes aussi...c'est quand même des populations qui ont vécu des choses, ils en parlent pas beaucoup, mais quand on a quelques brides, c'est quand même un peu impressionnant. Les Bosniaques par exemple, ça fait maintenant quinze ans, ils sont toujours seuls, les personnalités sont vachement marquées.

Et du coup, alors sans aborder forcément le syndrome dépressif avec eux, puisque c'est pas forcément quelque chose qu'ils acceptent, est-ce qu'il y a des choses qui vous alertent vous, en vous disant, tient ça va peut-être pas bien ? Donc les plaintes répétées,

Oui, les plaintes répétées et puis après, bah c'est le diagnostic du syndrome dépressif, bah c'est chez tout le monde pareil quoi, l'aboulie, les difficultés...Alors après sur la prise en charge, les difficultés, bah c'est comme un peu comme tout, comment est-ce qu'on traite un syndrome dépressif, c'est pas toujours évident, donc alors c'est vrai que les médicaments, on en use de temps en temps, mais...

Est-ce que les migrants sont observants, quand vous leur prescrivez des médicaments ? Est-ce qu'ils l'acceptent déjà ?

Plus difficilement, je pense. L'aspect...Y a pas le même rapport...Enfin, je pense que c'est plus facile à vendre chez quelqu'un qui est...qu'est Français...Les Français ont beaucoup d'appétence pour les médicaments, donc...Après les migrants des fois deviennent pareils, mais enfin sur les médicaments psychotropes y a quand même beaucoup de résistance dans l'ensemble quand même, enfin à part les médicaments symptomatiques, donc anxiolytiques aussi sont plus faciles, parce que les effets sont plus... Sont plus rapides et plus évidents...Après je pense qu'on traite aussi parce qu'on les reçoit, on les accueille, on les accueille, on les soigne...dans l'ensemble de leur truc, donc. Je pense qu'on fait psychothérapie dans le sens large du terme, donc je pense que le fait que le cabinet soit un lieu d'accueil, où ils peuvent recourir, c'est déjà très important. Après donc les médicaments, voilà. Pour la psychothérapie « spécialisée » entre guillemets, là c'est encore une autre paire de manches, on a quand même pas...Déjà dans la population générale, c'est pas toujours facile à vendre, mais là je pense que c'est encore plus difficile quoi, l'aspect... Après les gens, ils ont des ressources aussi, des ressources dans la famille, dans la communauté, ils ont des façons de voir les choses et puis heureusement bah y a des évolutions favorables, donc on sait pas trop comment ça arrive, mais... (Rires)

Ça arrive.

Ouais, ça arrive, c'est un peu ça le but de l'opération, c'est qu'ils aillent mieux.

D'accord, dans les solutions que vous avez-vous trouvées dans votre pratique personnelle pour pallier à ces difficultés, y a des choses particulières ?

Bah la seule chose particulière à laquelle je crois, c'est la relation thérapeutique, donc qu'il faut essayer d'établir et puis après y a toute la gamme de nos petits moyens pour...mais je pense que le principal c'est ça, c'est la relation thérapeutique dans tous les domaines, ça peut...Donc c'est vrai qu'il y a des relations assez fortes qui s'établissent...Enfin je pense que les gens qui arrivent, et qui...c'est vrai que je pense à quelques personnes qu'arrivent, qui sont paumées, qu'ont pas de papier, qui se retrouvent avec un SIDA ou un truc grave, bon ça crée des liens quoi on va dire (rires) forcément après, quand ça va un peu mieux, bon bah y a quand même un point de référence, je pense, même s'il y a un suivi spécialisé par ailleurs.

Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez voir organisées au niveau extérieur au cabinet qui pourraient vous aider ?

Bah oui dans les rêves. (Rires) Dans les rêves, c'est vrai qu'on va un petit peu là, on va déménager, mes collègues vous l'ont peut-être dit, l'année prochaine, on va partir dans un autre local, auquel on va être un peu intégré, il va y avoir une antenne du CMP adulte, une antenne du C.M.P. des A.P.S.A. enfants, donc c'est vrai que ça va peut-être créer un peu...une possibilité de liens un peu plus...d'accès plus facile. Ce qu'on rêverait aussi bien pour ce qui est des pathologies des migrants, enfin par rapport aux toxicomanes aussi, c'est les...ce qu'on appelle les microstructures, enfin disons les possibilités de proximité, c'est-à-dire que des gens puissent venir dans nos locaux pour faire des consultations autres spécialisées, que ce soit des psychologues, des trucs comme ça, ça serait, je pense que ce serait un plus. Où des gens, on peut imaginer aussi...apparemment la mairie de Saint-Herblain veut faire une demande à l'ARS pour avoir un espèce de coordinateur médico-social sur la nouvelle structure, ça, ça peut être... C'est vrai qu'on peut imaginer quelqu'un qui peut nous seconder dans l'accueil, dans...orienter les gens, les aider, enfin accompagner etc... C'est vrai que dès qu'on... Je pense par exemple... C'est pas la dépression, mais enfin y a une famille qui est arrivée avec un enfant très handicapé, bon bah pour l'envoyer dans les différents trucs, c'est compliqué. C'est les transports en commun... Ça, ça pourrait être intéressant, c'est vrai qu'on a...un médecin généraliste tout seul peut pas tout faire, donc...et puis c'est vrai que sur le quartier au départ, y avait un peu des coordinations entre travailleurs sociaux même avec le centre socio-culturel, le centre médico-social, maintenant les structures...enfin les centres médico-sociaux, les assistantes sociales ont de moins en moins de disponibilités, enfin on n'a pas beaucoup de collaboration, on en a, mais enfin on en a pas énormément. Ca, ça manque un peu. On pourrait imaginer des centres un peu plus intégrés, où y a un peu plus de ressources, et ça c'est vrai qu'on puisse s'appuyer sur...Voilà.

D'accord. Des commentaires ?

Non, non simplement ça, c'est vrai que...Moi je crois que le cœur du métier c'est quand même la relation thérapeutique, après on est amené, on est amené à faire beaucoup de choses quoi, on essaie dans tous les cas d'orienter les gens et je crois qu'on le fait pas très bien, parce que c'est pas bien organisé.

Oui c'est plus ça, c'est pas qu'on le fait pas bien.

On le fait pas bien...Bah dans les faits, on le fait pas bien, parce que c'est pas bien organisé, puis que bah, ...voilà quoi...on peut pas tout faire.

C'est sûr.

On a beau être, on a beau être...Puis c'est pareil, il y a le temps, la disponibilité de temps aussi.

J'envisage de faire une restitution des résultats, enfin de mes entretiens avec les médecins avant de passer la thèse, de faire une synthèse et plus ou moins d'apporter des solutions, si on en trouve suite à ces entretiens, mais surtout voilà faire un bilan de mes entretiens, ça se passerait au Département de Médecine Générale, ce serait pas tout de suite.

Une réunion, quoi.

Voilà, une réunion, dans une salle de cours, ce serait vers le mois de mars, ça vous intéresserait.

Oui, oui bien sûr.

Bah merci d'avoir participé.

Je sais pas, si on a répondu.

Merci.

Entretien M6 :

36 ans.

Depuis quand exercez-vous dans ce cabinet ?

Depuis...J'ai repris en fait le cabinet depuis officiellement Janvier 2010, mais j'étais en collaboration à partir de Décembre 2008.

D'accord. Qu'est-ce qui a fait que vous avez décidé de travailler dans ce quartier ?

Dans ce quartier parce qu'en fait, je savais pas trop à quoi m'attendre quand j'ai remplacé, donc le Docteur M. est parti, partant à la retraite bientôt, il a voulu prévoir son départ. Donc on a fait une collaboration, à laquelle je tenais parce que justement je ne savais pas à quoi m'attendre et du coup quand je suis arrivé dans ce cabinet, j'ai pris contact avec cette patientèle qui m'a beaucoup plus.

D'accord.

C'est très varié.

Est-ce que vous avez des activités en dehors du cabinet ?

Non, je n'ai pas d'activité.

Est-ce que vous avez déjà eu une expérience internationale ?

Non.

Non, plus. Vous avez des diplômes ?

Oui, ostéopathe.

D'accord. Les patients qui viennent vous voir habitent essentiellement dans le quartier ou est-ce qu'il y en a qui viennent de plus loin ?

Non, ils viennent de plus loin aussi.

Il y a des migrants qui viennent de plus loin ?

Je dirais...Je dirais que non. Vraiment la majorité, je pense pas.

D'accord. Donc vous avez des patients migrants dans votre patientèle ?

Oui

En proportion est-ce que vous sauriez me dire par rapport à votre consultation générale ?

C'est difficile, je dirais 20 %.

20 %

Peut-être que je me trompe, peut-être plus. Je sais pas entre 20- 25, je dirais 20-25, pas tant que ça non plus.

Au niveau des origines, c'est plutôt des patients qui viennent d'où ?

Maroc, Algérie, Tunisie, Turquie.

D'accord.

Et Serbie aussi.

Age et sexe, c'est un peu indéterminé ?

C'est moitié, moitié.

J'ai des enfants... Enfin les migrants quand vous dites les migrants, c'est issu de l'immigration récente ou ça peut-être ?

Peu importe.

Parce que j'ai aussi des générations. Moi, j'ai trois générations, donc j'ai les parents...Les grands-parents qui sont arrivés il y a longtemps, dans les années 60-65, ensuite j'ai les enfants puis les petits-enfants qui ont quasiment mon âge.

D'accord.

Et j'ai même des arrières du coup, maintenant. J'ai quatre générations.

Donc avant de parler de syndrome dépressif, avec ces populations de migrants, est-ce que vous rencontrez des difficultés en général ?

Non

Non. Pas de barrière de la langue ?

Parfois une petite barrière de la langue, mais il y a toujours quelqu'un qui les accompagne pour ...Donc là-dessus, ils savent très bien que si la grand-mère parle pas bien, on avancera plus s'il y a quelqu'un qui traduit.

Et du coup au niveau information/ éducation, ça se passe bien ?

Ça se passe bien, parfois c'est difficile, parce qu'ils ont une culture... Ils ont un rapport à la santé qui est un peu particulier, qu'est pas comme chez nous, donc parfois c'est difficile vraiment de leur faire comprendre qu'il faut suivre bien un traitement. Et quand ils ont décidé qu'ils voulaient pas et ben ils veulent pas, donc ce sera pas forcément évident.

D'accord. Et maintenant si on parle de syndrome dépressif ? Est-ce que vous avez des patients dans les patients migrants, pour lesquels vous suspectez un syndrome dépressif ou pour lesquels vous avez diagnostiqué un syndrome dépressif ?

Qui est en lien avec leur arrivée en France ?

Non, pas forcément. Pas forcément dû à la migration, mais...

Bah j'en ai des patients... qui sont dépressifs... j'en ai oui, oui, j'en ai, mais euh...

C'est quelque chose que vous arrivez à aborder avec eux ?

Ah oui, complètement.

Ouais.

Ouais. Y en a un... enfin complètement... Il y en a un au départ, on était parti sur toute autre chose, multi-plaintes et à la fin, on s'est aperçu que c'était une dépression et quand il a eu son traitement pour syndrome dépressif, ça l'a métamorphosé.

D'accord, donc il a accepté de prendre le traitement.

Il a accepté de prendre le traitement, oui...oui il l'a accepté.

C'est quelqu'un de quelle génération ?

Alors, lui... c'est un migrant. Première génération.

D'accord

Et puis l'autre à qui je pense, c'est issu d'une migration, enfin deuxième génération

Deuxième génération, d'accord. Donc diagnostic et traitement sont acceptés assez facilement ?

Là, ils ont été acceptés, oui y a pas eu de rejet de sa part parce qu'en fait, il a tellement galéré... il mangeait plus, il était hagard, il se levait la nuit, donc il a eu vraiment... On a tellement galéré pour comprendre ce qu'il avait, il est passé en Médecine Interne et tout ça... que quand il a repris du poids... d'ailleurs ça s'est même passé... C'est même pas moi qui ait fait le diagnostic, c'est dans son pays, quand il est revenu de là-bas, le médecin l'a mis sous antidépresseurs, il s'est métamorphosé, il a repris du poids, il allait beaucoup mieux.

D'accord et au départ, vous disiez que c'était plutôt multi-plaintes ?

Multi-plaintes, vraiment.

Plutôt somatiques.

Ultra, vraiment... Très difficile de savoir où est-ce qu'on allait.

Genre arthralgies diffuses, des choses comme ça.

D'accord. Donc au départ, difficultés dans la plainte et comment arriver au diagnostic

Exactement.

Est-ce que des choses que vous avez essayé de mettre en place vous à l'époque pour essayer de comprendre, du coup il a été mis sous antidépresseurs, donc plus facile ensuite de faire le suivi.

Mmm, ce que j'avais essayé ?... Bah c'est... c'est... encore une fois, ce n'est pas moi qui ait fait trop le diagnostic, parce que moi je pensais vraiment à quelque chose de...

Somatique

De somatique, je pensais à une polyarthrite rhumatoïde, je me souviens à l'époque, c'était vraiment, c'était vraiment, il pouvait plus marcher, il perdait du poids. Et ça fait longtemps que je l'ai pas revu et du coup, il est... c'est donc... je crois qu'il était Marocain, il est Marocain, c'est au Maroc, qu'un médecin a mis en place un traitement antidépresseur et ça allait nettement mieux et ensuite dans le suivi, j'ai pas mis en place de suivi particulier, parce que je l'ai un peu perdu de vue.

D'accord. Et pour d'autres patients, y a des patients pour lesquels vous suspectez, vous avez un doute, vous avez...

Y en a une... J'ai pas de doute, elle est traitée pour ça, elle est sous antidépresseurs.

D'accord, à partir du moment, où vous arrivez à aborder la chose, le soin est...

Euh... En fait, j'ai pas eu l'impression d'avoir une difficulté à aborder le problème.

D'accord.

Non, parce que de toute façon, très vite, je vais vers ça, si je le suspecte, si... enfin si pour moi, ça ressemble à un état dépressif, euh... y a pas de raison qu'on en parle pas.

D'accord. Et c'est bien accepté par...

Ah oui... Ah oui, j'ai vraiment pas... j'ai pas l'impression qu'il dit ouais non qu'est-ce que vous racontez, pas du tout non, c'est pas... de toute façon quand ils viennent là, c'est déjà que ça va pas, donc c'est qu'ils ont passé déjà le stade de... la confiance se fait quoi.

Et une fois le traitement instauré, y a un respect aussi... enfin ils arrivent à suivre le traitement, à observer le traitement ?

C'est variable, mais... parfois ils arrêtent d'eux-mêmes parce que ça va mieux et puis après ça rechute, mais la patiente avec qui, elle le prend tout le temps et je pense qu'elle le prendra longtemps encore parce qu'elle se sent mieux avec.

Et au niveau psychothérapie, c'est des choses qui...

Psychothérapie...

Des choses qui sont proposées ?

Pour l'instant, j'en ai pas proposé, elle est suivie par un psychiatre, mais psychothérapie... moi, je parle beaucoup avec eux, donc du coup, je ne sais pas s'ils en ont besoin, mais je pense que c'est peut-être... euh peut-être quelque chose qu'il faudrait que j'aborde, je pense que...

Après psychothérapie, pas forcément avec un psychiatre...La psychothérapie avec le médecin généraliste ?

Ouais tout à fait, ouais je pense qu'à mon avis, moi, je ... comme je parle beaucoup, euh ils peuvent beaucoup se confier avec moi et on parle de tout et de tous les domaines, donc du coup, après je me sens pas surhomme, je pense que... si je sentais... si je sentais en gros que j'avais moins d'impact, je pense que je passerais avec un Confrère.

D'accord.

Je me remettrais en cause pour... pour aller vers quelqu'un d'autre parce que...

Et du coup c'est une patientèle qui chez vous parle Français, quand même...

Quand même.

Ou est accompagnée.

Ils parlent pas tous très bien français, non non mais... quand même dans la plupart, même des immigrants ici, ils arrivent, ils parlent bien français, ils font beaucoup d'efforts pour aussi...ils prennent des cours pour parler le Français, donc c'est... c'est impressionnant.

Donc c'est une population qu'on peut aussi facilement adresser à un Confrère.

Ah oui, oui.

Qui parle Français ou pas ?

Ah oui, oui parce qu'en effet, si euh... je devais envoyer quelqu'un qui parle pas bien français voir quelqu'un pour une psychothérapie, ce serait difficile ou alors il faudrait une tierce personne.

D'accord.

Alors là, ça rendrait peut-être les choses un peu plus compliquées, parce que qui dit psychothérapie, dit quand même un monde un peu intime, donc il faut... il faut vraiment trouver la tierce personne neutre et c'est pas toujours facile même dans les enfants. Pas toujours évident.

C'est sûr.

Il n'y a jamais de neutralité, donc euh...

Donc pour le moment, pas de difficulté particulière ?

Non, je vois pas pour l'instant, ça m'arrivera peut-être.

Donc pas d'attente ou de besoin particulier dans cette prise en charge ?

Bah j'aimerais bien qu'y ait un psychiatre qui parle Arabe, ça se serait bien parce que... et puis qui soit... et qui parle parce que j'entends souvent les psychiatres qui parlent pas, c'est vraiment l'énorme, vraiment l'énorme récurrence, c'est j'ai été voir mon psychiatre, mais il parle pas, il me laisse parler, ça s'est... Je comprends pas comment, comment mettre quelqu'un en confiance et puis... si on le fait pas parler... si on le fait pas parler, je vois pas comment il peut avancer... c'est mon... peut-être que j'ai... je sais pas si j'ai la bonne vision mais c'est souvent la plainte qui revient... mais là je parle pas de psychiatre qui parle Arabe, je parle des psychiatres en général.

D'accord, donc un psychiatre qui parlerait la langue, ce serait...

Ah bah, ce serait bien, ce serait super... Je suis sûr qu'il en existe d'ailleurs.

Ah bah ouais je pense.

Une fois, j'avais parcouru les pages jaunes, j'en avais vu.

D'accord, des commentaires ?

Euh des commentaires ? J'en ai vu une ici quand même, je me souviens d'une patiente qui, je pense, qui rentre dans une Schizophrénie, qui est, une Arabe aussi, enfin deuxième génération, et la famille a eu beaucoup de mal, beaucoup de mal à accepter le diagnostic. Ça me revient, c'était une patiente... et du coup, ils m'avaient fait venir et tout, on avait même mis en place des piqûres, parce qu'il y avait une inadaptabilité à l'école, y avait un refus total et je les ai pas revus. Parce que je pense qu'ils ont refusé un peu le diagnostic, par contre elle parlait très bien Français, elle était scolarisée et puis elle avait été tout le temps scolarisée et la famille... On sentait que c'était quelque chose de... ils avaient du mal à montrer. Mais je pense que ça, ç'aurait pu toucher aussi une famille de... une famille...

Après c'est vrai que la psychiatrie est encore...

Bah c'est des fous pour eux quoi... Ils les associent parfois à la folie. Et ça c'est bête parce que je pense qu'on avait commencé un bon traitement, je l'avais directement envoyée voir un psychiatre et après j'ai pas eu de nouvelles. C'est dommage parce que je pense que j'aurais pu faire des choses.

D'accord, j'envisage de faire une restitution de mes entretiens avec les médecins que j'aurais rencontrés avant de passer, de soutenir ma thèse, alors ce sera pas tout de suite, ce sera en début enfin au mois de mars à priori

D'accord.

Ça vous intéresserait d'y participer ?

Ah oui, oui, tout à fait.

Je vous préviendrai

Ah oui bien sûr

Quelques semaines avant. Merci

Bah je vous en prie

De votre participation, du temps que vous m'avez accordé

Bah c'est pas grand-chose.

Entretien M7:

Alors, la première question donc vous concernant, quel est votre âge ?

53 ans

53 ans. Depuis quand exercez-vous dans ce cabinet ?

Euh... 83. 1983

1983

Je ne compte plus, ça fait 28 ans. (Rires)

Qu'est-ce qui a fait que vous vous êtes installé dans ce cabinet ?

L'occasion...enfin, voilà. J'avais fait un stage chez le praticien justement ici sur Beaulieu et en fait, j'ai eu l'occasion de m'installer avec ce praticien, chez lequel j'avais fait un stage.

D'accord.

C'est pas par spécialement un choix, c'est... A l'époque, où on s'installait, c'était difficile de s'installer, donc quand on trouvait un endroit, on s'y mettait quoi.

Avez-vous des activités dans le domaine médical en dehors du cabinet médical ?

Dans le domaine médical, alors...bah tout ce qui concerne la formation. C'est ça ?

Oui, c'est ça.

Ça en fait partie. Des formations initiales puisque j'ai deux internes, un interne avec moi et un SASPAS plus tous les étudiants qu'on reçoit. Et puis en FMC aussi. Et puis en syndicat aussi...

D'accord.

Défense de la profession, c'est important !

C'est bien. Avez-vous déjà eu une expérience internationale dans le domaine de la médecine ?

Non.

Au niveau formation, donc vous, vous faites partie du FMC ?

Oui.

Voilà, vous avez des diplômes ?

Non.

D'accord. Rien par rapport aux migrants non plus ?

Non.

Les patients qui viennent vous voir donc surtout dans la patientèle de migrants, est-ce que ce sont des patients qui habitent dans le quartier ou est-ce qu'il y a des personnes qui viennent de plus loin ?

Euh...Y en a qui viennent de plus loin. Des gens qui sont passés par le quartier, qu'ont eu l'occasion de me voir et puis qui restent...

Qui restent.

Voilà.

Donc des patients migrants dans votre patientèle ?

Oui.

En proportion, par rapport à la consultation générale, est-ce que vous auriez un chiffre approximatif ?

Alors, on parle des migrants... qui sont bien implantés ou bien des migrants aussi... des sans-papiers, des choses comme ça.

Alors, des migrants en général mais de première génération essentiellement.

D'accord...euh 5 %.

5 %. Quand vous dites bien installés, c'est-à-dire ? Des migrants qui sont arrivés y a 30 ans ?

Oui, voilà c'est ça.

Ceux qui arrivent depuis...

Y a des gens qui...qui...voilà...sont...migrants.

Tous, mais pas par exemple les enfants de migrants, qui eux sont nés ici.

Ça, c'est la deuxième génération déjà hein ?

Voilà.

D'accord, on parle vraiment de la première génération.

Première génération, 5%. Au niveau âge et sexe, y a plus de femmes, plus d'hommes, plus...

Euh, moi j'ai plus d'hommes et d'enfants. Ma collègue F., faudrait que vous la voyiez d'ailleurs, je pense.

J'ai rendez-vous avec elle.

Ah, très bien, parce que elle, elle en voit beaucoup plus que moi.

C'est vrai.

Et elle voit beaucoup les femmes.

Ah bon, d'accord.

J'ai des femmes aussi, bon suivant les migrants, y a des populations, où c'est difficile de venir consulter un homme.

Justement les origines de votre population de migrants, c'est plutôt quoi ?

Alors beaucoup le pourtour Méditerranéen, quand même...et puis un peu d'Afrique Noire et puis...des Pays de l'Est, des Tchétchènes...J'ai des Tchétchènes.

D'accord.

Ça, c'est les plus compliqués si je puis dire, parce qu'ils ne parlent pas Français, donc en général, ils viennent avec un interprète.

C'est la question d'après justement...Donc, c'est très bien. Avant d'aborder le syndrome dépressif justement, est-ce qu'il y a des difficultés que vous rencontrez avec le patient migrant en général ?

Bah, la langue surtout...voilà c'est ça, la langue. Mais voilà pour cette population très spécifique des pays de l'Est, parce que tout le pourtour Méditerranéen et l'Afrique, ils sont francophones en général.

Au niveau de la culture, c'est quelque chose qui peut dans votre prise en charge, poser des soucis ?

Le seul souci qu'il peut y avoir, c'est la réticence des femmes à consulter un homme.

D'accord.

C'est vraiment le seul souci, sinon non...non, non.

Au niveau observance de traitement, respect des horaires de consultations ?

Ça, c'est un peu un problème, ça c'est plus les Africains, voilà, ça...mais bon voilà, on l'sait. On arrive au bout d'un moment à les canaliser, mais c'est vrai que c'est difficile. Au début, ils comprennent pas que...on leur donne un rendez-vous, qu'il faut respecter le rendez-vous, c'est pas...

Au niveau des plaintes, y a des personnes qui reviennent pour des plaintes répétées, des plaintes floues, des choses, que vous n'arrivez pas à comprendre ou en général, ils savent pourquoi ils viennent ?

En général, ils savent...ils savent en général pourquoi ils viennent, à part effectivement, y a le problème de la dépression, où là, ça peut-être masqué, ça peut-être des plaintes... ça, c'est de la médecine après, ça peut-être des douleurs lombaires répétées, des insomnies, bon ben voilà, toute la pathologie habituelle quoi.

Mais sinon, en général, ils ont une plainte précise en arrivant.

D'accord. Donc maintenant si on s'intéresse au syndrome dépressif, est-ce que vous avez des patients que vous suivez pour...des migrants, que vous suivez pour syndrome dépressif, ou pour lesquels vous suspectez un syndrome dépressif ?

Oui, j'en ai...un auquel je pense en particulier. Y en a qui ont...alors, après ça peut-être larvé, ça peut... C'est pas le symptôme principal, mais y a toujours un petit fond, mais pour une vraie dépression, oui j'en ai eu.

Et, y a pas eu de difficultés dans l'abord du diagnostic, dans la prise en charge, qu'elle soit médicamenteuse ou psychothérapique ?

Bah, je trouve pas, franchement...C'est pas...non, non, j'ai pas eu vraiment de problème pour traiter...même pour traiter des états dépressifs.

D'accord.

Non...Non, je trouve qu'au contraire, j'ai des fois plus de difficultés avec nos populations.

Et psychothérapie, c'est quelque chose que vous abordez aussi ?

Alors, psychothérapie ?...

Soutien psychologique.

En fait, voilà, soutien psychologique...Soutien psychologique, oui bien-sûr...

Que vous faites-vous-même, du coup ?

Oui, oui alors parler de psychiatre à une population migrante, c'est très très difficile, par contre.

D'accord.

Ça...ça paraît alors vraiment là du coup. C'est encore à connotation... c'est la folie, quoi.

C'est ça. Voilà, la question serait : est-ce qu'il y a des choses... Donc, ce que vous mettez en place vous c'est le soutien psychologique, donc avec vous...

Oui.

Les médicaments, ça vous arrive, donc c'est bien respecté en général, après c'est comme la population...

Voilà.

On arrête quand ça va mieux et on reprend quand ça va moins bien.

Voilà.

Donc pas de besoin particulier dans cette prise en charge ? Qu'est-ce qui pourrait vous aider si aujourd'hui, vous vous disiez, ça se passe bien mais pour améliorer les choses, j'aimerais...

Qu'est-ce qui pourrait nous aider ?... J'ai, j'ai...ça se passe assez bien, moi je trouve, bon en plus, avec cette population qui ne parle pas Français, maintenant, on a un système d'interprète, qu'est bien rodé, je trouve.

Vous vous aidez de qui ?

Pour les Tchétchènes ?

Pour les interprètes.

Je sais pas comment ils font, ils viennent avec des interprètes.

C'est eux qui viennent avec des interprètes ?

Oui, oui...ah oui, oui complètement.

Des interprètes professionnels ? C'est pas un membre de la famille ? C'est un interprète ?

Non, non ce sont des gens qui sont envoyés... Je pense qu'il y a vraiment un système d'entraide, en tout cas, dans cette population particulière... En particulier, y a deux interprètes qui tournent et qui sont souvent les mêmes, qui viennent avec cette population et c'est super bien organisé. Moi, j'ai pas été leur demandé et tout, mais je constate que ça...que pour cette population-là... Ça marche.

Et puis les autres du coup, ils sont plutôt francophones ?

Bah, les autres sont francophones, donc non à part, comme vous avez évoqué...bon c'est vrai, il peut y avoir le problème culturel, qui fait que...c'est vrai que j'ai certaines patientes que je vois pas en fait ou je vois avec leurs enfants, mais pour elles-mêmes...mais par contre, j'ai la chance que F. soit là pour s'en occuper.

Donc vous travaillez en collaboration ?

Ah oui complètement, pour ça de ce côté-là, y a pas de souci.

Des commentaires ?

Des commentaires...Il faut avoir envie de s'en occuper... Et c'est plutôt intéressant.

D'accord.

C'est-ce que je trouve...Et voilà, c'est une population attachante...c'est plutôt...voilà... des commentaires, moi c'est plutôt positif, en fait, j'aime bien...pas toujours facile, parce que comme on disait, y a ce problème des rendez-vous...

Voilà, des fois ils comprennent pas ça, voilà c'est plus ça... et puis parfois... mais ça on arrive très bien après à régler ces histoires-là... Mais prendre un rendez-vous, arriver à quatre par exemple.

Ah oui ?

Des choses comme-ca, bon ben-ça, j'en profite pour... (rires)

Toute la famille...

Ça, on gère ça après. C'est plutôt rigolo. Il faut prendre ça du côté marrant.

Et au niveau du coup, de la deuxième génération, vous avez l'impression qu'il y a plus de problèmes de dépression ou enfin...elle s'adapte à la population d'ici ?

C'est une population pas facile... C'est une population pas facile, mais je trouve pas qu'il y a plus de problèmes de dépression, c'est plus un problème d'intégration encore la deuxième génération qui est difficile, parce que... Si on creuse un peu plus, on a clairement un problème actuellement d'Islam plus radical, ça s'est... On le sent... On le sent...

Dans le quartier ?

Y a une évolution, quoi... vers la radicalité qu'est assez préoccupante quand même, je trouve... qu'existait pas il y a vingt ans... Moi quand je me suis installé, c'était pas du tout ça... Maintenant, on a beaucoup plus ce problème-là, maintenant que y a vingt ans. C'est étonnant parce qu'y avait beaucoup plus de premières générations à l'époque.

Bah oui.

La deuxième génération se radicalise dans ce sens-là, c'est un souci qu'on a. On essaie de gérer au mieux, mais c'est pas à nous trop de gérer ça, mais c'est vrai, je vois des femmes, que j'ai connues plus intégrées et puis qui reviennent avec des voiles, là j'ai un peu de mal, c'est vrai... parce que je trouve que voilà... Après, moi c'est mon jugement personnel. On en parle pourtant ensemble, elles acceptent d'en parler, elles acceptent d'en parler toutes...on a une régression à ce niveau-là qu'est un peu préoccupante, quand-même... au niveau de la liberté, même... au niveau de leur condition de soins et de liberté propre pour la population féminine, je pense que c'est bien de pouvoir en parler... Ça c'est... en fait, ça fait mal au cœur, quoi voilà...

C'est ça... C'est plus... dans ce sens-là que c'est gênant, ça fait mal au cœur, pour ces gamines que moi j'ai connues petites et puis que je vois...voilà, c'est pas facile.

Non, la double-culture n'est pas toujours facile.

C'est pas facile.

C'est vrai.

C'est pas facile... mais bon voilà, respect... respect.

Oui.

On est obligé d'être...

Tolérant...

Sinon, sinon on les exclut encore plus...et...voilà, c'est pas bien. Il faut au contraire les aider, mais c'est surtout que ça fait mal au cœur.

J'envisage de faire une restitution des entretiens que j'ai eus avec les différents médecins et donc d'inviter les médecins à cette restitution avant ma thèse.

Oui.

Ma thèse, elle est pas tout de suite.

Oui.

Ce serait peut-être en mai-juin, du coup, la restitution, ce serait peut-être plutôt mars, ça vous intéresserait d'y participer ?

Oui.

Donc, ça se fera au Département de Médecine Générale, on prendra une salle. Donc je vous inviterai quelques semaines avant.

Oui sûrement, parce que ça peut-être... C'est sûrement très intéressant de se confronter aux autres médecins qui reçoivent de la population immigrée, c'est voir comment eux, ils ressentent ça... C'est parce que personne détient la vérité dans cette histoire, on essaie de faire au mieux, mais est-ce qu'on a raison ?

Ça, c'est sûr que personne ne détient la vérité et c'est vrai que tout le monde réagit un peu différemment à chaque situation.

C'est sûr...

Donc, voilà, je vous inviterai.

Oui avec plaisir.

Merci d'avoir participé à mon questionnaire

C'est une bonne idée de thèse, je trouve.

C'est gentil.

Entretien M8:

Alors première question, par rapport à vous : quel âge avez-vous ?

44.

Depuis quand exercez-vous dans ce cabinet ?

15 ans.

15 ans. Pourquoi avez-vous décidé d'exercer dans ce quartier ?

C'est le hasard.

D'accord.

C'est une proposition. (Rires)

Est-ce que vous avez des activités médicales hors cabinet ?

Je fais quelques visites à la maison de retraite, c'est tout.

Maison de retraite.

Avez-vous déjà eu une expérience internationale ?

Non.

Vous avez des diplômes particuliers ?

Non.

Dans la patientèle de migrants que vous recevez, ce sont des migrants qui viennent essentiellement du quartier ou est-ce qu'il y a des gens qui viennent de plus loin ?

Y en a qui viennent de plus loin pour des visites.

D'accord.

Et puis parfois, quelques quartiers, je sais pas trop comment ils arrivent là. Le Nom, je crois.

Le ?

Le nom.

Oui, d'accord.

Je pense.

De quelle origine est votre nom d'ailleurs ?

Marocain, c'est mon mari.

Marocain. Donc vous avez des patients migrants dans votre patientèle ?

Oui.

En proportion par rapport à votre patientèle générale, est-ce que vous sauriez donner un chiffre ?

Non... Non. Qu'est-ce que vous appelez migrants ? Tout dépend ce que vous appelez migrants ?

Alors...

Y a les premiers arrivés et y a les gens qui sont installés depuis longtemps, ils sont plus des migrants.

Alors, ce que j'appelle migrants pour mon étude, c'est plutôt les migrants de première génération, donc quel que soit la date d'arrivée en France, mais les premiers en fait, c'est à dire même ceux qui sont arrivés il y a trente ans, pas leurs enfants mais eux.

D'accord.

Au niveau des origines, ils viennent plutôt de quel pays ?

C'est plus...Moi, je vois plus de Maghrébins.

Maghreb.

Et on voit des gens de l'Europe de l'Est aussi.

Au niveau des âges ? Y a de tous les âges, y a plutôt des personnes âgées, des personnes plus jeunes ?

Non, si c'est les premières générations, bah, voilà ils sont assez âgés... 60 ans. Vous voulez pas les deuxièmes générations donc ils sont installés. Et puis les Europe de l'Est, ils sont assez jeunes.

Assez jeunes.

Oui, plus jeunes.

Au niveau des sexes, vous voyez plutôt des femmes, plutôt des hommes ?

Je vois plus... de femmes.

Plus de femmes.

Avant de parler du syndrome dépressif en lui-même, est-ce qu'il y a des difficultés que vous rencontrez lors d'une consultation avec un patient migrant en général ?

Chez les nouveaux migrants, y a le langage.

Oui.

Après, si c'est plus âgé...plus âgé, y a parfois le langage, y a certaines femmes qui parlent pas très bien non plus français. Y a chez certaines femmes... une certaine pudeur, mais bon après avec... de femme à femme, ça va, ça passe. Non, sinon, j'ai pas de difficulté.

Au niveau des prises en charge, la culture pose pas de problème ? La différence culturelle ?

Parfois. Après il suffit de parler, d'expliquer et puis ça passe. Qu'est-ce qui peut poser problème ? Le fait de se déshabiller un peu plus des fois, voilà en expliquant ça va aussi.

Dans les maladies chroniques, ça se passe bien ? Enfin, le respect des traitements ?

C'est plus...Y a besoin de plus expliquer c'est tout, après ils respectent, si on explique bien, ils respectent.

D'accord.

Je voulais dire quelque chose, mais je ne sais plus quoi. Mince.

(Pause)

Ils sont peut-être plus... En fait, ils sont plus respectueux de nos prescriptions, si l'on explique bien, plus respectueux que d'autres personnes, ils ont plus confiance en nous, je crois.

Au niveau du langage, quand y a la présence d'un tiers qui est là pour la traduction, est-ce que parfois ça peut-être gênant ?

Ils sont là au début pour... Le tiers est au début présent pour l'interrogatoire et en général, quand la personne commence à se déshabiller, il s'en va.

D'accord.

C'est souvent comme ça. Sauf si c'est une maman avec sa fille, elle reste, les deux restent.

Et maintenant, si on s'intéresse au syndrome dépressif, avez-vous des patients, pour lesquels vous suspectez un syndrome dépressif ou que vous suivez pour syndrome dépressif dans votre patientèle de migrants ?

Oui

C'est quelque chose de fréquent ?

(Pause)

Chez les nouveaux arrivants, oui. Chez ceux qui sont là depuis très longtemps, pas forcément, non.

Et dans cette prise en charge, est-ce qu'il y a des choses, des difficultés particulières au syndrome dépressif que vous avez rencontrées ?

La mise en route des traitements, c'est un peu difficile à faire accepter. Ils aiment pas prendre ce genre de traitement.

Et au niveau du diagnostic, ils l'acceptent facilement ?

(Pause)

C'est plus dur pour les Maghrébins, je pense que pour les autres populations.

Et vous sauriez ?

Je me demande si c'est pas lié à la religion. Ils pensent plus qu'ils vont s'en sortir d'une autre façon, je crois.

D'accord.

La psychothérapie, c'est quelque chose que vous abordez ?

Bah, ça, ils sont pas prêts.

Ils sont pas prêts.

Je pense pas. Par contre oui, sur cette population-là, ceux qu'acceptent la psychothérapie...ceux qu'acceptent d'être suivi par le psychiatre, c'est les quelques migrants, dont je n'ai pas parlé, mais qui viennent de pays d'Afrique Noire en guerre qu'ont des syndromes post-traumatiques.

Post-traumatiques.

Ceux-là, ils acceptent d'être suivis à l'hôpital.

Et vous, vous arrivez à faire du coup du soutien psychologique ? C'est quelque chose qui peut se faire en médecine générale ou qui reste difficile ?

Oui, on peut, après ça dépend de la personne, si elle veut bien parler un petit peu ou non quoi. Mais oui ça se fait.

D'accord.

Est-ce que je le fais bien, j'en sais rien.

Est-ce que vous avez essayé de mettre des choses en place... comment avez-vous réussi plutôt à du coup faire accepter le traitement, à le mettre en place et à le faire suivre ?

C'est au bout de plusieurs entretiens en général, que ça se fait, ça se fait pas d'emblée. C'est euh...parfois, c'est euh...par exemple pour le syndrome post-traumatique, ils viennent pas me voir en disant qu'ils vont mal psychologiquement, ils ont beaucoup de plaintes physiques en fait au départ.

D'accord.

Donc c'est à force de les voir, d'avoir fait des examens qui prouvent qu'il y a absolument rien, qu'on finit par leur faire comprendre, qu'il y a certainement autre chose, qu'il faut un suivi à côté. Mais ça, par contre, je suis pas assez... qualifiée, je pense... Il y a un service à l'hôpital, y a un Docteur B. qui les voit et euh... qui sait faire mieux que moi dans ce cas-là, surtout que souvent il faut des interprètes en plus, parce que les mots...même en Anglais, enfin si c'est l'Afrique Noire, ils parlent en Anglais. Moi j'ai pas les mots pour ce genre de pathologies, je sais pas bien me faire comprendre et ils savent pas non plus me faire comprendre ce qu'ils veulent me dire, au niveau sentiment et ce qu'ils ressentent vraiment, c'est plus difficile.

D'accord.

Donc y a besoin d'interprète. Et à l'hôpital, ils en ont pour ces gens-là.

Est-ce qu'il y a des attentes particulières de l'extérieur du coup, que vous pourriez attendre pour améliorer tout ça dans le cabinet au niveau de votre prise en charge à vous ?

Comme ça, non.

D'accord.

Pour ça non, ça vient pas. Je pense faire ce que je veux et puis...ce que je peux et puis après j'adresse à quelqu'un d'autre quand je peux pas...

Et quand vous adressez vous n'avez pas de barrière justement, enfin c'est quelque chose qui est assez facile à faire.

Bah non c'est pas facile, mais ça se fait au bout de plusieurs entretiens, quoi. Négociations,

Pas forcément au niveau du patient en lui-même mais au niveau de à qui adresser, est-ce que ça, ça pose problème ?

Bah oui, si... Bah voilà, à l'hôpital, ça fait pas longtemps, je sais que le Docteur B. peut suivre au moins les syndromes post-traumatiques, c'est vrai qu'avant je savais pas que c'était possible.

Donc on arrive à la fin, oui donc l'hôpital, vous ne connaissiez pas, depuis que vous connaissez c'est...

Non... Non... Oui...

C'est plus facile du coup ?

Oui... Oui, oui pour ces gens-là oui.

D'accord, est-ce que vous avez des commentaires ?

Non

D'accord. Merci d'avoir participé, merci de votre temps.

De rien.

J'envisage de faire une restitution des résultats par rapport à mes entretiens avec les différents médecins.

Oui.

Ça vous intéresserait d'y participer ?

Oui, ah oui.

D'accord. Merci

De rien.

Entretien M9 :

Alors première question vous concernant, quel est votre âge ?

50.

Depuis quand vous exercez dans ce quartier ?

21 ans... 22.

Qu'est ce qui a fait que vous êtes arrivé dans ce quartier ?

Parce que je le connais très bien, parce que j'étais du quartier.

Et c'est un quartier, où il y a toujours eu beaucoup de migrants ?

Euh oui.

Oui.

Plus maintenant, ça a augmenté, mais il y a toujours eu.

C'était pas quelque chose qui vous faisait peur ?

Ah non, pas du tout.

Donc vous travaillez dans le cabinet...Est-ce que vous avez d'autres activités au niveau professionnel donc dans la médecine en dehors du cabinet ?

Oui, je suis notamment animatrice de FMC.

Est-ce que vous avez déjà eu une expérience internationale ? Travaillé à l'étranger ?

Non.

Par rapport à vos formations, donc vous, vous êtes animatrice de F.M.C., est-ce que vous, vous avez d'autres formations ? Des D.U. ? Des choses à côté ?

Non, du tout.

Les patients migrants parmi la patientèle de migrants que vous avez, qui viennent au cabinet, sont tous des patients qui viennent du quartier ou est-ce qu'il y a des patients qui viennent de plus loin ?

Ils viennent de plus loin, mais parce qu'ils étaient du quartier, ils sont partis et du coup, ils continuent à venir ici, certains... Une majorité reste quand même du quartier.

Donc, vous avez une patientèle de migrants ?

Oui.

Dans... Est-ce que vous pouvez me la décrire ? Les origines ? La proportion ?

Alors, je dirais... je dirais beaucoup Maghreb mais surtout Algérie, beaucoup de Turcs, population Turque très importante, un petit peu Maroc et un petit peu Afrique.

Mais surtout Algérie et Turquie.

Au niveau proportion, par rapport à votre patientèle globale, ça représenterait quel pourcentage ?

C'est difficile... Je vais dire entre un quart et un cinquième peut-être. Ouais de cet ordre-là.

Au niveau des âges, ce sont des personnes de tout âge ?

Ah oui, moi j'en ai depuis la grand-mère jusqu'au petit bébé.

D'accord.

Donc c'est... Je suis médecin de famille, y compris pour la population... Quand c'est possible, bien évidemment... Mais dans la population algérienne notamment, je pense à certaines familles, oui, ça va depuis la grand-mère, l'arrière-grand-mère même, jusqu'aux petits enfants.

Jusqu'aux petits enfants. Au niveau des sexes, vous voyez plus de femmes chez les migrants ?

Plus de femmes. Consultations féminines beaucoup plus importantes.

Au niveau de la fréquence des consultations, ce sont des patients qui consultent souvent, qui respectent les horaires, par exemple, qui respectent leurs rendez-vous ?

Oui dans la majorité des cas... Enfin, il y en a non, mais les populations non migrantes ne les respectent pas non plus...J'ai pas de...Moi, j'ai pas de souci de ce côté-là. Par contre, ils consultent beaucoup de fois.

Ils consultent beaucoup ?

Ouais.

Donc maintenant, avant d'aborder le syndrome dépressif chez les migrants, est-ce que lors de la consultation avec le migrant, y a des difficultés particulières que vous rencontrez par rapport à une consultation ?

Ah oui...Oui, la langue, quand ils parlent pas le français, c'est un énorme obstacle.

D'accord.

Énorme.

Y a d'autres choses ?

Non

La culture ? Quand ils comprennent pas par exemple ?

Ça, c'est un autre souci... c'est un autre départ...bah, je sais pas ce que vous sous-entendez par « ils comprennent pas ».

Alors en fait la question, c'est : quelles sont les difficultés en général rencontrées avec un migrant ? Donc y a la langue, quand il parle pas Français.

Oui.

Par exemple, quand il parle Français, est-ce que la culture devient un autre obstacle à la prise en charge ? Est-ce que...

Ah oui, mais spécifiquement dans le cadre de la maladie dépressive ou pour autre chose ?

Non dans tous les cas.

Ah bah oui, c'est un énorme obstacle, puisque moi je ne connais pas forcément leurs habitudes, notamment je pense à tous les diabétiques que je suis dans ces populations, notamment turques, c'est euh c'est un échec, je n'y arrive pas. Sur les habitudes alimentaires, c'est une catastrophe.

Non, mais c'est un sujet... un sujet très difficile, mais y a plein de... moi, j'ai plein... moi, j'ai pas mal d'idées et je...et les idées se creusent dans ma tête depuis un bon moment et j'aimerais pouvoir faire des choses, mais je sais que ça ne marchera pas, c'est pas possible. Et j'ai pas le temps de m'investir là-dedans, mais y aurait des choses très intéressantes à faire. La dépression, c'est beaucoup plus, beaucoup plus compliqué.

Oui, c'est sûr.

Là on a un autre obstacle ! (Rires)

Du coup, si on en arrive au syndrome dépressif, est-ce qu'il y a d'autres difficultés qui se surajoutent ?

Oui...Euh, je ne sais pas si la dépression est connue dans les populations migrantes, c'est-à-dire, qu'est-ce que... d'abord c'est une maladie qu'ils ne reconnaissent pas. Donc à partir du moment où on ne la reconnaît pas, c'est difficile de la prendre en charge. Et plein de symptômes sont en rapport avec un état dépressif, sauf que ça passe par une plainte physique et qu'on tourne en rond puisqu'ils sont demandeurs d'examen complémentaires, parce qu'ils sont inquiets, ils sont inquiets parce qu'ils sont dépressifs et qu'on n'a pas la bonne réponse, puisqu'on va faire des examens et qu'on va passer à autre chose et qu'ils sont persuadés qu'ils ont quelque chose de grave, parce qu'ils ne vont pas bien, parce qu'ils sont fatigués, parce que... Et on parle pas la même langue, même si on parle français, parce qu'on parle pas les mêmes choses, parce que la culture n'est pas la même et que la maladie dépressive n'est pas connue. Et alors chez les hommes, n'en parlons pas. Chez les femmes, c'est peut-être encore possible, mais chez les hommes, c'est impossible.

D'accord. C'est vrai que c'est une maladie qu'est, en tant que fille de migrante, je le vois bien, c'est pas quelque chose, la psychiatrie en général, n'est pas quelque chose d'...

Ne fait pas partie de...

Acceptée et du coup.

C'est comme-ci, ça n'existait pas, c'est-à-dire que c'est vraiment un écran. Y a pas de... Y a pas de possibilité de... Je vois par rapport aux femmes qui sont avec des problèmes de fibromyalgie, chez aucune, je n'ai réussi à avoir de prise en charge psychologique, même si on essayait de faire intervenir un interprète. Et puis quelle est la place d'un interprète dans cette situation ? C'est pas possible non plus. Ça me fait penser à un film récent-là qui vient de sortir à Habemus Papam, où on essaie de faire une psychothérapie du pape devant une assemblée de papes. C'est pas possible, il peut pas y avoir un intermédiaire, c'est pas... donc... On est dans une situation très, très difficile. Et nous, on est complètement dans une impasse.

D'accord, donc dans votre patientèle, y a quand même des gens pour qui vous sentez que se passent des choses...

Ah bah, c'est clair.

Des plaintes répétées, mais euh...Du coup, donc psychothérapie difficile à aborder, quasiment impossible.

Impossible. Et si ils l'acceptaient de toute façon, je ne vois pas comment ça pourrait se mettre en place. Et parce que les thérapeutes n'ont pas la bonne approche, parce qu'on a pas la même culture ou parce qu'ils parlent pas la langue et

qu'à ce moment-là, il faut un intermédiaire et un interprète. Et l'interprète fait que de toute façon, ça va fausser les choses, puisque la traduction sera pas bonne... la traduction sera pas bonne, et que la personne qui ne parle pas la langue, ne va pas se dévoiler forcément... elle est fragilisée, elle est... Je vois pas comment c'est... ça peut être possible.

D'accord. Les médicaments ?

Les médicaments ne marchent pas, parce que... parce que souvent ils les arrêtent. On essaie, mais pour qu'y ait... pour que le traitement... ne dis pas que le traitement ne marche pas, mais les traitements seuls ne peuvent pas être efficaces, il faut un soutien, il faut un suivi, il faut... Et dans la majorité des cas, ils arrêtent les médicaments, parce qu'ils voient pas le bénéfice tout de suite, euh il faut attendre, il peut y avoir des effets secondaires au début du traitement, donc dans la majorité des cas, quand on les revoit, le traitement a été arrêté.

D'accord. C'est quelque chose...

C'est rare...

Qu'ils acceptent quand même au départ ?

Ils me font plaisir.

D'accord. Médecin de famille, donc euh.

Voilà, oui je veux bien, je veux bien... je veux bien essayer et puis, non je vais pas supporter. C'est plus facile avec les générations plus... les nouvelles générations, celles qui sont issues de migrants, mais qui sont... qui ont été élevées en France, c'est pas du tout la même chose, ça se voit, c'est clair, c'est net.

Vous avez essayé de mettre des choses en place de vote côté pour essayer de...d'améliorer les choses vis-à-vis d'eux ?

Changer quoi ? Moi, je suis à leur écoute, c'est-à-dire qu'on échange, on essaie au moins de faire ça, de garder un lien, de garder... On les abandonne pas, donc ils sont là et on essaie de... on essaie de parler, on essaie de comprendre, on essaie d'expliquer et après voilà, c'est déjà ça.

C'est déjà ça.

C'est déjà ça, qu'ils gardent la confiance et qu'on essaie de ralentir sur les examens complémentaires.

D'accord. La question suivante qui est la dernière, c'est... du coup, vous y avez un peu répondu tout à l'heure, est-ce qu'il y a des attentes au niveau extérieur que vous pourriez imaginer pour aider dans cette prise en charge ?

Euh, ce qu'il faudrait, c'est que je... Plusieurs possibilités, (rires) : soit je me mets à parler plusieurs langues, ça, ça peut être une piste, mais je suis nulle en langue, donc j'y ai renoncé, soit il faut euh...qu'y ait, dans la dépression hein, je parle pas d'autre...je parle pas du diabète et tout ça, parce que là ça me paraît plus facile, pourtant ça semble plus difficile, il faudrait qu'il puisse y avoir peut-être des...comme on fait...des groupes, comme on fait par exemple chez les alcooliques anonymes etc..., c'est-à-dire qu'il y ait des... des groupes de mis en place par population, par langue, où ils pourraient chacun s'exprimer et qu'un thérapeute parle la... langue et qu'ils puissent en fait parler d'eux dans leur langue. Déjà. Ça serait une autre écoute, donc je pense qu'on... ça serait bien, si on pouvait mettre en place des groupes de parole, en fait.

Pour les patients.

Bah oui pour eux. Et qu'on puisse comme ça. Euh...y a le réseau asthme, y a le réseau Respecti-cœur, y a le réseau...Et pourquoi pas des réseaux de groupes de parole en langue étrangère avec les populations les plus...les plus importantes et qui puissent s'exprimer ouvertement mais dans leur...avec leurs mots, avec leurs vécus, avec leurs ressentis, avec leurs souffrances aussi...parce que, ça en fait partie, quand on arrive à parler avec eux, ils le...ils le disent bien.

D'accord. Avez-vous des commentaires ?

Euh des commentaires ? c'est très intéressant.

Merci.

C'est très intéressant et c'est passionnant dans notre pratique. C'est difficile, mais quand on avance, on est drôlement content. (Rires)

Merci

C'est tout le rôle du médecin de famille et du médecin généraliste, c'est le plus.

Merci d'avoir accepté de me recevoir, d'avoir participé. Je propose de faire, avant de soutenir la thèse, de faire une restitution un peu des résultats, enfin des entretiens que j'ai eus avec les médecins et du coup de vous convoquer, ce serait dans une salle à la Faculté, pour faire un bilan de ce que...de ce que, moi j'ai pu analyser en fonction de ce qu'on m'a dit, chaque médecin est différent...

Vous avez déjà plusieurs...

J'en ai vu sept déjà.

Sur Nantes ?

Sur euh...Oui, Nantes, dans les quartiers et en tout, j'en aurai quatorze.

D'accord.

Au total. Probablement que tout le monde pourra pas venir, puisque ce sera un jour fixe avec un horaire fixe, ce sera vers le mois de mars.

D'accord.

Mais voilà, est-ce que ça vous intéresserait d'y participer ?

Ah oui, ça m'intéresse ça.

Très bien. Merci beaucoup.

Entretien M10 :

Donc première question qui vous concerne, quel âge avez-vous ?

Euh 45 ans.

Merci. Depuis quand exercez-vous donc, vous c'est le château de Rezé, c'est ça ?

Voilà.

Depuis quand vous exercez dans le cabinet ?

En tant que médecin installée douze ans.

D'accord.

En tant que médecin : dix-huit.

Vous étiez remplaçante avant ?

Ouais.

Non, qu'est-ce que je raconte ? En tant que médecin installée douze ans, en tant que médecin quatorze. J'ai été remplaçante deux ans.

La question qui suit, vous y répondez un peu, qu'est-ce qui vous a décidé à exercer dans ce quartier ?

Bah, l'association avec les autres médecins, le quartier lui-même, la population diversifiée, oui...oui, le brassage un peu...au niveau social, c'est varié.

En dehors, du cabinet, vous m'avez dit médecin du monde, est-ce qu'il y a d'autres choses que vous faites en dehors du cabinet ?

Euh, bah y a donc médecin du monde, il y a une visite dans une crèche une fois par mois. Y a également des vacances au zénith en surveillance de spectacles et puis pour une boîte de prestations qui s'appelle l'I.M.S. et autrement, j'interviens de temps en temps pour la Mairie de Rezé pour des groupes de parole, info santé, prévention avec des gens en précarité qui sont...qui font partie d'OSER.

Est-ce que vous avez déjà eu une expérience médicale au niveau international ?

Non.

Au niveau formation, est-ce que vous avez des diplômes ?

J'ai le D.U. de P.M.I., voilà c'est tout.

Les patients qui viennent vous voir dans votre cabinet, dans la patientèle de migrants, sont essentiellement des patients qui habitent dans le quartier ou est-ce que c'est des personnes qui viennent de plus loin et qui viennent spécialement dans votre cabinet ?

Non, au cabinet, c'est essentiellement des gens du quartier, alors il y a quelques personnes après qui déménagent, qui continuent de venir, mais en général, j'essaie de leur donner des contacts, plus de proximité.

Donc, vous avez des patients migrants dans votre patientèle, est-ce que vous pourriez me la décrire, donc au niveau origine, âge, sexe ?

Alors bon, on a pas mal de gens Maghrébins, on a quelques personnes d'origine Tchétchène, quelques personnes plus... Je dois avoir quelques personnes du Congo, je dois avoir...enfin de R.D.C, je dois avoir une ou deux patientes Guinéennes, voilà... J'ai... Je pense plus de femmes que d'hommes dans les populations de migrants, parce que je pense qu'elles viennent me voir aussi, parce que je suis une femme, ça c'est sûr, mais j'ai quand même des hommes, beaucoup d'enfants et alors au niveau de l'âge, c'est assez varié, j'ai quand même quelques personnes âgées, notamment de Tchétchénie qui rejoignent leurs enfants ici, j'ai une ou deux personnes... après j'ai... de Roumanie. Voilà.

Au niveau proportion, par rapport à la patientèle générale, est-ce que vous auriez un chiffre approximatif ?

C'est difficile hein, c'est vraiment à la louche... Je sais pas, je pourrais dire 30%.

30 %.

Au moins, mais bon... après...

On n compte pas...

Oui, non. J'avoue que je... Ça se fait naturellement pour moi et du coup, j'ai du mal à avoir une vision réelle des choses.

Au niveau des consultations, ce sont des personnes qui consultent souvent, qui respectent les horaires de consultations ?

Oh oui, alors bon, les horaires pas toujours, mais bon, j'ai pas remarqué non plus que c'était le cas de tous les...tous les gens...tous les patients autrement. Donc j'ai pas ce genre de problème, non.

Ce sont des patients qui consultent souvent ?

Ah, j'ai des Turcs aussi.

Des Turcs.

Oui, ça me revient.

Ce sont des patients qui consultent souvent, qui ont des plaintes répétées...qui ?

Euh...

Qui consultent plus souvent qu'un patient non migrant ?

Euh...ils consultent...Certains oui...certains consultent souvent, certains ont...oui des plaintes...oui...euh pas mal de plaintes somatiques...euh un peu plus souvent que les autres, peut-être, c'est pas vraiment net... non...pas vraiment net...Bon, de toute façon, après les souffrances sont telles que, voilà, c'est justifié, s'ils consultent. Peut-être plus d'angoisses qui génèrent plus de consultations, ça sans doute oui.

Donc avant de parler du syndrome dépressif, est-ce qu'il y a des difficultés en général qu'on peut rencontrer lors d'une consultation avec un patient migrant ?

Alors la première difficulté, c'est la barrière de la langue, ça c'est vraiment ma difficulté. Surtout avec les gens Tchétchènes notamment, j'arrive pas du tout à communiquer, c'est très difficile, du coup, je suis obligée de leur demander de venir avec des...des...des gens...pour traduire. Euh...c'est...j'aime pas utiliser les enfants comme interprète, donc voilà, ça m'aide pas beaucoup non plus...Bon alors, il faudrait programmer pourtant...Je devrais de par mon réseau, contacter des interprètes par l'intermédiaire de l'A.S.A.M.L.A., l'association, mais j'ai...j'ai du mal parce que je sais pas à l'avance quand ils vont venir, donc c'est compliqué, donc...Et j'ai pas de traducteur téléphonique, comme j'ai à Médecin du Monde, ce qui m'aide beaucoup dans certains cas.

A Médecin du Monde, y a des traducteurs téléphoniques ?

Ouais, éventuellement.

Ah oui.

Je sais plus le nom du service, mais c'est payant donc euh.

Donc voilà, ça, c'est la barrière principale, après moi, j'ai pas de difficulté particulière. C'est les difficultés que vous me demandez, hein ?

Oui, c'est ça.

Bah...Non, c'est surtout la langue, autrement pour le reste, bah non, c'est...Je peux pas dire que ce soit des difficultés.

La culture, la différence culturelle, est-ce qu'elle peut entraver parfois la prise en charge ?

Euh bah oui, c'est sûr, ceci dit, on explique, alors on pourrait peut-être éventuellement dire que les... Tout ce qu'est rapport à la religion pourrait être un... une barrière un peu dans certains cas, il y a certaines choses, mais ce sont pas... Bah, voilà, mais enfin bon, on en parle, je peux pas dire que ce soit une réelle difficulté en soit. Après, peut-être mes difficultés iraient plus avec certains hommes migrants, je trouve ça un peu plus difficile parfois, parce qu'ils ont plus de mal à se faire examiner par une femme, voilà pour certaines choses. Après, je peux pas dire qu'il s'agisse de difficultés, c'est... c'est des... Voilà, c'est une autre façon de travailler.

Et si on s'intéresse maintenant à la prise en charge du syndrome dépressif chez les migrants, est-ce qu'il y a des personnes que vous suivez pour des syndromes dépressifs ?

Oui. Oui il y en a. Alors la principale difficulté-là, c'est de les envoyer consulter, c'est des gens qui aiment pas...qui ont du mal à se livrer, je pense, c'est sans doute peut-être par rapport à leur culture, je sais pas, mais en tout cas, ils consultent pas facilement les psychothérapeutes, les psychologues, les psychiatres, donc souvent bah voilà ils préfèrent rester un petit peu avec leur médecin généraliste, parce que je pense qu'ils ont réussi à établir une relation de confiance, alors du coup, ils se contentent de ça et ça à mon avis, c'est pas forcément satisfaisant moi dans ma pratique. Mais, voilà je fais avec.

Ce sont des choses que vous arrivez à aborder avec eux ?

Ah bien-sûr, oui, oui, je leur, je leur... parfois, je dis, je donne des contacts, donc y en a qui le font. Bah, y a aussi tous les...par contre...les psycho-traumas qui sont... y a des traumatismes, des violences de guerre, donc là par contre, j'arrive plus à les orienter vers des prises en charge de psy ! Là je pense qu'ils ressentent plus le... Mais tout ce qui est relatif à leur histoire personnelle après, c'est plus compliqué.

Et chez...tout à l'heure, vous me disiez Maghreb, Afrique, sans compter les personnes qui ont justement des traumatismes de guerre, est-ce que le diagnostic de dépression est accepté facilement, est-ce que... ?

Non, c'est des gens qui acceptent mal le fait d'être... Oui je pense que la dépression, c'est un peu tabou.

Du coup leurs plaintes sont plutôt à la base des plaintes somatiques ?

Voilà et puis quand on...ils ont du mal à accepter le fait que ce soit...que ce soit lié au stress ou lié au déracinement ou lié à...ils ont du mal à entendre ça, mais bon, ils l'entendent quand même ceci dit et voilà, en en parlant, on arrive à mettre les mots sur les choses, mais...je pense qu'après, ils sont pas dans la même dynamique de prise en charge forcément...psychologique, quoi.

Et au niveau des propositions de traitement médicamenteux ?

Oui... bah, c'est pas des gens qui aiment beaucoup prendre des médicaments non plus, euh enfin, certains médicaments, bah justement les traitements psy, les antidépresseurs, et puis la folie, je pense que c'est pas vu de la même façon dans ces pays-là, que ici, donc c'est très mystique tout ça, c'est très... Ça a une connotation qu'est beaucoup plus angoissante, je pense pour eux, je pense qu'il y a moins de rationalité peut-être dans le raisonnement, je sais pas, donc du coup, c'est plus compliqué, oui souvent, on a des échecs, je pense à un patient, où on a au moins essayé dix à vingt traitements et-là bon... j'envoie au centre anti-douleur, mais moi, pour moi, c'est un syndrome dépressif.

Et lorsqu'ils prennent les traitements, par exemple du coup plutôt psy, c'est...donc arrêt des traitements plutôt ?

Oui, arrêt des traitements, euh...arrêt des traitements, oui, bah ils me le disent, il y a pas de problème.

Mais ils acceptent quand même de le tenter au départ ?

Ah oui, oui, oui, j'arrive à... Ah oui, j'arrive à tenter des traitements psy oui. Bah, une fois que la confiance est établie, je pense que voilà, on arrive à faire passer des choses, après une fois, qu'ils ont lu la fameuse notice et qu'ils se sont un peu renseignés sur internet, évidemment, les choses voilà sont différentes.

Est-ce qu'il y a des solutions que vous avez réussi à trouver vous dans votre pratique personnelle pour pallier à tout ça, pour essayer de... ? Donc pour les psycho-traumas, donc c'est un peu plus facile à adresser ?

Ouais, euh, bah je pense qu'il y a aussi le fait qu'ils sont plus faciles à adresser, parce que souvent c'est des gens qui sont en manque de titre de séjour et du coup pour certains, on peut réussir par le biais des titres de séjour étrangers malades à leur avoir un titre de séjour, donc peut-être qu'il y a ce biais-là aussi, et puis bon, c'est des gens qui ont réellement vécu des violences terribles de guerre et qui du coup, ont vraiment conscience, bon par contre, certains ne consultent pas. Alors, qu'est-ce que...comment j'ai réussi à pallier à ça ? Bah voilà, en faisant moi-même des choses, voilà, c'est sûr que je passe moins vite la main peut-être pour ces gens-là que pour d'autres, parce que voilà... parce que comme ils veulent pas qu'on passe la main, bah, enfin...dans le domaine de la psychiatrie...

Oui le syndrome dépressif.

On, voilà, on, bah on fait ce qu'on peut.

Est-ce qu'il y a des attentes au niveau extérieur qui vous aideraient vous dans la prise en charge ?

Au niveau extérieur...euh, je pense qu'il manque de consultations spécialisées pour les migrants justement dans ce domaine-là. Il y a pas vraiment quoi, il y a de la prise en charge des psycho-traumas, il y a des choses qui existent, mais là c'est, c'est quand même... Après c'est les centres médico-psychologiques qui sont, voilà ouverts à tous, où il y a pas de problème, ces gens-là peuvent consulter, mais il y a pas vraiment de gens spécialisés, enfin pas à ma connaissance.

D'accord.

C'est en ça moi, que ça pourrait m'aider.

Savoir à qui adresser, si besoin.

Voilà, adresser, mais en supposant qu'ils accepteraient d'y aller, mais je pense que si c'était plus des lieux de rencontre ou sous forme de choses moins...moins médicalisées, moins...ça pourrait peut-être mieux fonctionner.

Des groupes de parole entre eux ?

Voilà. C'est ce que j'essaie de faire passer quand je fais mes groupes de parole pour OSER, pour les gens en précarité, parce que c'est des groupes qui sont constitués par beaucoup d'étrangers, donc j'essaie toujours de faire passer le message, de... voilà... qu'on peut aller parler, qu'on peut se faire aider dans les centres médico-psychologiques, donc les gens écoutent, les gens sont intéressés, voilà. Je pense qu'il faut prendre du temps aussi avec ces... ces... Voilà faut prendre du temps, faut s'intéresser à ce qu'ils vivent, à ce qu'ils ont vécu avant, d'où ils arrivent, enfin bon il y a toute une globalité.

C'est plus long à s'expliquer, c'est plus long... tout prendre plus de temps.

En médecine générale, c'est du coup forcément une difficulté le temps ?

Bah probablement oui, ça rentre en ligne de compte, je pense que...bah moi, je suis très satisfaite justement du fait que, je pense...bah voilà, je suis dans une...y a une mixité sociale et culturelle qu'est bien, enfin je... voilà, je m'imagine pas non plus faire que des consultations de migrants toute la journée, enfin, je pense pas que ça m'intéresserait non plus. En fait ce qui m'intéresse, c'est justement, voilà que ce soit brassé, que certaines consultations soient plus rapides, d'autres plus longues, c'est ça qui m'intéresse en médecine générale.

Des commentaires ?

Je sais pas, après alors à Médecin du Monde, c'est très différent... parce que-là, c'est un lieu, où il y a vraiment que des gens en visa touristique, la plupart du temps, sans titre de séjour, donc c'est une consultation qui est très différente, ils savent que de toute façon, on va s'intéresser à leur problème, donc les consultations là-bas, elles durent...elles durent une heure, je peux rester une heure, mais c'est pas du tout pareil, c'est ce que j'apprécie là-bas. C'est que j'ai pas...enfin en cabinet non plus, j'ai pas de...

Contraintes horaires.

Contraintes horaires, mais j'en ai quand même plus que effectivement quand je suis là-bas où de toute façon, bon...faut voir les gens qui se présentent, il n'y a pas... il n'y a pas la pression des demandes quoi.

Voilà, enfin, y a des fois, parce que y a des fois du monde, mais je sais que je peux rester jusqu'à 6-7 heures, c'est pas...je verrai tout le monde.

Voilà, voilà.

Je propose de faire une restitution de mes entretiens en regroupant les médecins qui auront participé à ma thèse, avant la soutenance de thèse, ça vous intéresserait d'y participer ?

Ah bah oui.

Ce sera probablement un jeudi, parce que ce sont... à la faculté de médecine.

C'est l'après-midi ?

On a pas encore fixé.

Si c'est l'après-midi, je peux pas parce que je suis au cabinet le jeudi après-midi.

On a pas fixé d'horaire, en fait.

Moi, je suis disponible le matin et puis bon voilà.

De toute façon, ceux qui pourront pas assister, auront une restitution écrite.

Merci beaucoup.

Bah de rien.

Du temps que vous m'avez accordé, d'avoir accepté de participer.

Entretien M11 :

Alors, allez-y, je vous écoute.

Ma première question, quel est votre âge ?

34.

34 ans.

Depuis quand, est-ce que vous exercez dans ce cabinet ?

3 ans.

Comment vous êtes arrivée ici ?

J'ai signé une collaboration par recommandation du remplaçant fixe qu'était là, que je connaissais et donc c'est comme ça, que je suis arrivée là.

Vous saviez un peu, qu'il y avait une patientèle de migrants ? Que c'était un quartier ? Enfin, y avait des choses...

Je savais que c'était un recrutement dans la population...enfin, en tout cas, une clientèle qu'était variée, où on faisait une prise en charge globale, où on faisait beaucoup de...de pédiatrie, de gynéco et que c'était...effectivement, une consultation...enfin, une prise en charge intéressante et familiale.

Est-ce que vous avez des activités professionnelles toujours en rapport avec la médecine mais en dehors du cabinet ?

Alors, je fais partie du réseau diabète.

D'accord, donc en...

Donc, parce que j'anime des ateliers-patients d'éducation thérapeutique et je fais partie...et je suis aussi médecin, alors pas coordonnateur, mais médecin dans une maison de retraite du quartier, où j'interviens une demi-journée par semaine en plus des consultations.

Est-ce que vous avez déjà eu une expérience internationale à l'étranger ?

Trois mois, mais pendant mon...en D2, en Guinée.

En Guinée ?

En Guinée Conakry.

Au niveau formation, vous avez eu des diplômes en plus de votre...

J'ai ma capa de Géroto.

Les patients qui viennent vous voir parmi les migrants dans le cabinet, est-ce que ce sont des patients qui habitent tous dans le quartier ou est-ce qu'il y a des gens qui viennent de plus loin ?

Ils habitent tous le quartier, par proximité.

La question : vous avez des patients migrants dans votre patientèle, pouvez-vous me la décrire ?

Par rapport à leur origine ethnique ?

Origine, âge, proportion ?

Proportion, j'aurais du mal à répondre, c'est pas majoritaire, c'est même pas 50 %, je pense pas, de là, je sais pas...peut-être, oui 20-30 % peut-être quand même. Origine assez variée, surtout Afrique du Nord, Afrique Noire et un peu Asiatique, mais très peu et Amérique Latine quasiment pas, c'est essentiellement Maghreb et Afrique Noire.

D'accord. Dans ces patients-là, ce sont plus les femmes, les hommes qui viennent vous voir, vous avez tous les âges, tous les sexes ?

Tous les âges, tous les sexes, peut-être majoritairement femmes et enfants, quand même.

Femmes et enfants. Au niveau de la fréquence des consultations, ce sont des patients qui fréquentent beaucoup...qui consultent beaucoup ?

Qui consultent... pas plus que... non, je pense pas plus.

Donc maintenant avant de s'intéresser au syndrome dépressif, est-ce qu'il y a des difficultés que vous rencontrez dans une consultation avec un patient migrant en général ?

Alors, mais quand y a pas de barrière de langue, ça va, y a toujours de toute façon dans leur présentation, dans leur façon d'exprimer les symptômes, une différence, ça c'est certain. Mais bon déjà quand ils parlent bien français, qu'ils s'expriment, c'est déjà un grand...C'est déjà vraiment important. Mais c'est sûr que dans l'expression même, ne serait-ce que la douleur, on aura des...vraiment des différences dues je pense à leur origine ethnique, culturelle en tout cas et ça, ça peut être une fausse interprétation de notre part ou en excès, souvent plutôt en excès je pense, dans l'évaluation des choses.

Est-ce que...donc dans ce que vous me dites, y a soit la barrière de la langue quand ils ne parlent pas la langue, soit la culture qui s'y ajoute, quand dans ce cas, ils parlent la langue, mais y a leur culture qu'est toujours présente, est-ce que parfois vous avez des tiers qui sont présents ? Et quand c'est le cas, est-ce que ça peut poser soucis de temps en temps ?

Assez peu... assez peu... Quand ce sont des personnes âgées, on est amené à voir la fille ou le fils qui emmène la personne âgée, mais c'est souvent pour traduire aussi, c'est souvent eux qui font...qui sont interprètes. Quand c'est... non les femmes, elles consultent toute seule, la plupart du temps et quand ils emmènent les enfants, ça arrive qu'ils

soient en couple, surtout en Afrique du Nord, ça arrive souvent qu'il y ait le papa, quand ils sont petits, quand c'est vraiment les bébés, mais sinon non, c'est souvent les mamans avec les enfants, ça c'est le plus classique, le plus fréquent.

Et du coup maintenant, si on s'intéresse au syndrome dépressif, avez-vous des patients migrants que vous suivez pour un syndrome dépressif ou pour lesquels vous le suspectez ?

Alors, j'en ai une en particulier, qui a un syndrome dépressif sévère, qu'est suivie en CMP psychiatrique, qui est d'origine Albanaise, qui parle pas très bien le Français, et là, c'est très très compliqué.

C'est une femme de première génération ?

Oui.

Et ça a été simple de mettre en place tout ça, le suivi en CMP ?

Alors, moi j'ai pris... j'ai pris la suite... enfin, c'était déjà... tout était déjà mis en place quand elle est venue me voir, ils ont déménagé, ils ont changé de quartier et c'est comme ça que moi, j'ai fait la connaissance, mais tout était déjà mis en place. Par rapport à l'orientation... Alors c'est un syndrome dépressif mais qu'elle exprime aussi sous le versant de douleurs chroniques et donc elle est... C'est souvent, je vais l'orienter plus vers ou le C.E.T.D ou les rhumato ou... Mais je sais aussi qu'elle a son psychiatre en C.M.P., qu'elle le voit plus ou moins, c'est dans un contexte post-traumatique et là où, bon je crois... j'ai cru comprendre qu'elle avait un visa santé et que bah, si elle allait mieux, quelque part, ça compromettrait aussi leur séjour, donc je crois qu'il y a tout ça, qui joue beaucoup aussi sur le fait qu'elle aille pas vraiment mieux, même si probablement, que c'est difficile, douloureux et elle, elle est vraiment... y a presque... oui sur la somatisation, c'est très très fort, elle a demandé un fauteuil roulant, enfin quelque chose de très histrionique un peu, donc elle, oui c'est vraiment mon cas de syndrome dépressif chez un migrant qui parle mal français, qu'est déjà dans une structure, mais qui somatise beaucoup, où on se sent un peu démuni.

Est-ce que parmi les autres patients, pour lesquels vous pouvez suspecter ou vous sentez des plaintes répétées, est-ce qu'il y a des choses...c'est quelque chose que vous arrivez à aborder ?

C'est pas quelque chose que... Ils vont pas venir spontanément pour exprimer leurs difficultés, c'est pas un thème qu'ils vont aborder facilement. Souvent, on sent qu'il y a une ... Je ne dirais pas un burn-out, mais y a quelque chose dans un sur-investissement au sein de la famille, c'est souvent les femmes que je vois quand-même particulièrement, où y a beaucoup d'enfants, où il faut qu'elle gère tout ça, y a...mais elles vont pas exprimer...elles vont être fatiguées, la fatigue, je crois que c'est un des motifs les plus fréquents, mais elles viendront pas avec un motif de dépression ou déprime.

Et comment vous, vous l'abordez ? Est-ce que vous arrivez à l'aborder ?

Alors souvent plus sur le versant, qu'il faut qu'elles pensent à elle, qu'il faut qu'elles essaient de trouver du temps pour elle, que y a pas que la famille qui compte, souvent, elles sont assez peu aidées par le conjoint, c'est plus sur ce versant-là, que je vais essayer d'insister sur le fait que pour aider les autres, faut aussi qu'elles, elles soient disponibles, qu'elles aient du temps pour elle, qu'elles essaient d'avoir un peu de lâcher-prise aussi par rapport à tout ça, mais j'ai jamais instauré un syndrome... un traitement antidépresseur, depuis trois ans. Non ça m'est pas arrivé, non je crois pas, j'ai pas recours au médicament en tout cas.

Et dans le suivi, donc plutôt soutien psychologique en médecine générale, c'est quelque chose qui se fait bien avec les patients quand ils reviennent, parce que du coup, ils ont des plaintes répétées, est-ce que c'est aussi une façon de vous voir pour ça et pouvoir... ?

C'est... mais c'est... enfin, j'ai envie de dire que c'est pas... bon à part, ce cas-là qui me saute vraiment aux yeux... Alors, est-ce que c'est par pudeur ?... Est-ce que c'est dans la culture de pas se plaindre ?... Est-ce que c'est... ou en tout cas que cet abord-là psychologique est pas à prendre en compte, ça va être, je pense vraiment plus des... dans la douleur, qu'elles vont exprimer les choses, mais dans une somatisation. Et là moi je vais plutôt aller aussi dans leur sens, sans leur dire que c'est dans leur tête et que voilà, je vais plutôt aborder des choses... Voilà qu'elles aient une activité pour elle, qu'elles aient... qu'elles puissent avoir des amis, qu'elles puissent socialement s'intégrer, qu'elles puissent pouvoir parler avec d'autres femmes souvent quand même de leur culture, parce qu'elles se comprennent mieux comme ça, éventuellement un peu de kiné, des choses plus aussi dans le physique finalement.

Et quand vous leur parlez de rencontrer d'autres femmes qui seraient dans la même situation, qui... elles sont d'accord ? C'est des choses qui leur plairaient ?

Oui, souvent ou par le biais de l'école, par le biais de... Après, les C.M.P., tout ça, je pense que pour elles, c'est déjà trop, mais parfois des associations, mais souvent par le... par l'intermédiaire des enfants, qui du coup, par le sport des enfants, par tout ça... Oui, je pense... Elles sont assez...puis souvent c'est des femmes qui ont le contact assez facile malgré tout... qui sont assez... elles me paraissent pas ni introverties, ni non au contraire, elles aiment le contact, elles aiment... donc, moi, c'est plutôt l'axe que je privilégie.

Donc c'était un peu sur ça que je voulais...que s'intéresse la question d'après ? C'est du coup comment vous palliez à vos difficultés, ça vous me l'avez dit un peu, et est-ce que vous auriez des attentes vous au niveau de l'extérieur pour pouvoir aider cette population-là dans le cadre du syndrome dépressif, sans que ce soit forcément allé voir un psychiatre qui parle leur langue ?

Mais peut-être être mis ou en tout cas avoir plus de... être mis avec les maisons de quartier, avec... savoir tout ce qui se fait exactement pour pouvoir leur proposer des choses plus concrètes ou ça m'arrive aussi parce que souvent elles sont suivies par une assistante sociale de les renvoyer au C.M.S. en leur disant que probablement, qu'au sein du C.M.S. ou par ce biais-là, y a possibilité de faire partie d'un groupe de soutien et tout ça, donc c'est souvent aussi un appui que j'ai c'est l'assistante sociale dans ce cadre-là. Après si directement j'avais une liste peut-être d'associations de migrants

ou d'activités plus spécifiques, peut-être que je leur donnerais aussi en direct, mais en même temps faut peut-être pas non plus trop ghettoïser, c'est pas...c'est pas du tout...je pense que c'est important aussi qu'elles s'impliquent dans la vie de la société, voilà souvent par l'école, souvent par les...je crois que c'est quand même par ce biais-là qu'il faut axer les choses, mais voir un psychiatre, ça me paraît pas une bonne idée. Pas d'emblée en tout cas, ça c'est sûr, tout dépend de la gravité du syndrome dépressif.

Des commentaires ?

Des commentaires, non je pense qu'on a, nous en tant que praticien, peut-être une façon de les prendre en charge qui n'est pas adéquate par rapport à tout ce poids culturel, à tout ça, on a envie de les...on met tout le monde sur le même pied d'égalité, si je puis dire et c'est pas toujours perçu même dans notre langage, même dans notre façon, même les termes employés, je pense que parfois y a...y a une interprétation qu'est pas forcément la bonne par la traduction, par le mode de vie, par la culture et peut-être qu'on a des façons de faire qui ne correspondent pas et qui sont finalement inadaptées. Maintenant ça paraît difficile de se... de se fondre et d'avoir une prise en charge vraiment personnalisée, parce que c'est tellement différent et tellement difficile. Je crois que d'être allée trois mois en Guinée, ça m'a effectivement montré que ben non, on ne vivait pas la même chose, on ne se comprenait pas... et que... et que bah voilà, nous ici au cabinet, on est obligé d'avoir une prise en charge un peu aseptisée, on va dire, en tout cas, codifiée et qui va pas forcément être adaptée, ça certainement.

Je propose de faire une restitution des résultats, enfin de mes entretiens avec les médecins avant la thèse, donc ce sera entre mars et avril, je sais pas trop, ça vous intéresserait d'y participer ?

Oui, tout à fait.

Merci beaucoup.

De rien.

Entretien M12

Donc l'entretien se déroule en deux parties, une première partie qui s'intéresse à vous

Oui.

A votre exercice,

Oui.

Et l'autre à vous et le patient migrant,

Oui.

Et après en particulier au syndrome dépressif.

Dépressif, ouais.

Donc première question, votre âge ?

Ouh là, 48.

Depuis quand exercez-vous dans ce cabinet ?

Alors dans le secteur, c'est parce que j'avais mes anciens bureaux juste à côté, en fait, ça fait 13 ans.

13 ans. Alors dans le secteur, c'est-à-dire que là depuis 13 ans dans ce cabinet-là.

Non, dans ce secteur, parce que j'habitais...enfin, j'avais mes bureaux à cent mètres d'ici, j'ai acheté ici pour pouvoir être sûr de mon... de mes bureaux, parce que j'étais dans des HLM, on nous autorisait à bailler dans ces trucs-là, mais bon la nouvelle société qu'a récupéré les baux, ne voulait plus retransmettre les baux aux professions libérales dans les appartements, ils voulaient récupérer les appartements pour du social. Donc on a essayé de trouver des solutions, mon copain kiné pareil, il était au 68, donc il a migré aussi à côté, nous sommes tous des migrants quelque part (rires) et donc nous avons aménagé ici en achetant les bureaux, comme ça on nous foutra pas à la porte et on est tranquille.

Et pourquoi...enfin dans quelles circonstances êtes-vous arrivé dans ce quartier ?

Euh...bah parce que je cherchais une succession à Nantes et puis ça s'est fait comme ça, c'est la première qui s'est présentée.

Et vous, quand vous avez dû migrer...

Oui.

le quartier vous convenait ? Vous avez voulu rester...

Bah, j'habite à Nantes depuis très longtemps donc avec une petite pause pour le service militaire, parce qu'on avait droit au service militaire à l'époque et puis non, je suis resté à Nantes, donc ça posait pas de problème particulier.

D'accord. Au niveau de votre activité professionnelle en dehors du cabinet médical, est-ce qu'il y a des choses que vous faites à côté ?

Non, quelques visites c'est tout. C'est déjà pas mal.

Avez-vous déjà eu une expérience internationale ?

Non.

Au niveau de vos formations, est-ce que vous avez des diplômes à côté ?

Non, juste le diplôme de médecin, c'est tout.

Le Doctorat.

C'est déjà pas mal, bah je l'accroche pas parce que ça fait prétentieux, mais bon, je l'ai chez moi au fond d'un tiroir. Voilà.

Les patients, donc dans votre patientèle de migrants, les patients en majorité est-ce qu'ils viennent tous du quartier ou est-ce qu'il y en a qui viennent de plus loin ?

Euh... essentiellement du quartier, j'ai quelques frères et sœurs qui habitent sur Nantes, de patients que je suis ici, qui viennent de la Beaujoire ou de Malakoff, parce qu'ils ont pas trouvé de médecin sur place ou c'est leurs familles qui viennent ici, donc ils viennent un petit peu par bouche à oreille.

D'accord.

Mais c'est essentiellement des gens d'ici.

Donc dans votre patientèle, vous avez des migrants ?

Oui, alors qu'est-ce que t'entends par définition de migrant ?

Alors, toute personne arrivée en France, qui ne soit pas née en France.

D'accord.

Plutôt la première génération, maintenant c'est vrai que s'il y a des choses à développer pour la deuxième ou troisième génération...

C'est pas ça, c'est que oui...parce qu'on a des enfants qui sont nés par exemple au Maghreb, qui migrent ici vers 6-7 ans.

Oui, c'est pas grave, sans différence d'âge et d'origine ?

Ils sont pas nés en France, mais leurs parents sont installés en France quelques fois, c'est un petit peu compliqué les situations familiales, c'est pour ça que je voulais savoir un petit ce qu'on entendait pas migrant.

Pouvez-vous me décrire un peu votre patientèle de migrants ?

Bah, c'est essentiellement des gens qui sont dans la misère, voilà c'est une partie un petit peu défavorisée, donc beaucoup de CMU, d'aide médicale d'état à peu près 70 %.

Sur les migrants ?

Ouais...non les migrants plus en pourcentage, mais on a beaucoup de gens...et donc les migrants, eux sont pratiquement tous en aide médicale d'état ou en CMU.

Ah oui ?

Ouais. Donc voilà.

Et au niveau des origines ?

Alors essentiellement, maintenant c'est Maghreb, Afrique et on voit arriver les ex-pays de l'Est.

Des Turques ?

Turques...oui, mais Turques installés depuis longtemps, donc c'est la deuxième génération plutôt...

Plutôt que vous voyez et pas les parents ?

Ouais, ouais...les parents si, mais bon c'est plutôt des générations jeunes, qu'on voit.

Et vous m'avez dit Europe de l'Est.

Voilà, on voit arriver Europe de l'Est. Parce que j'avais pas beaucoup et puis on voit arriver des Roumains, des Bulgares et puis des ex-Azerbaïdjan, enfin tous les ex-Républiques Soviétiques, alors ils ont un petit peu leur réseau, j'ai l'impression, pour rentrer en France et voilà...

Ils se retrouvent ensemble.

Ils se retrouvent ensemble.

Au niveau de la proportion par rapport à votre population, enfin votre patientèle générale...

Oui, les migrants ? c'est à peu près 60 %, je pense. J'ai pas d'ordinateur donc j'arrive pas à avoir de statistiques.

Oh c'est approximatif.

Oh, en tête, à la louche, c'est à peu près 60 %.

60 % quand même ?

Ouais. Mais j'avais eu d'autres gens d'autres origines : Asiatique un petit peu, on en a pas de nouveau, j'avais une petite qui venait du Pérou ou de Bolivie, elle parlait bien Français et puis deux-trois pays comme ça un petit peu exotiques, mais c'est essentiellement Maghreb et Afrique du Nord, ouais.

Vous voyez de tous les âges, donc tout à l'heure, vous me disiez des parents,

Oui

des enfants...

Oui

y a pas de...et au niveau des sexes, est-ce que vous voyez plus d'hommes que de femmes ?

Alors plutôt les hommes, parce que ma collègue, justement j'ai pris une collaboratrice qui est une femme, et donc beaucoup préfèrent voir une femme, surtout sur tout ce qui est gynéco, grossesse, tout ça.

Alors justement, j'en profite parce que votre collègue est une femme, mais en plus elle a un nom à connotation un peu Maghrébine...

Son mari est Tunisien.

D'accord.

Elle, elle est ex-immigrée de génération ancienne de Russie blanche, je crois, (rires) via l'Italie, enfin c'est un peu compliqué et donc en fait, c'est son mari qui est Tunisien.

Et vous pensez que le fait que son nom soit Maghrébin attire plus de monde ou pas ?

Non...Non, pas du tout.

Non ?

Non, pas du tout. C'est le fait que ce soit une femme.

C'est le fait que ce soit une femme, d'accord, parce que les femmes même non migrantes, vont plutôt la voir elle pour la gynéco ?

Oui, oui, oui.

D'accord. Avant de parler du syndrome dépressif, maintenant, est-ce qu'il y a des difficultés que vous vous rencontrez ?

Essentiellement le langage.

Le langage.

Là, j'ai un Monsieur Ed., qui est d'origine ex..., il parle pas un mot de français, c'est son fils qui vient pour traduire...pas très facile quoi.

D'accord et cette présence-là du tiers, est-ce que c'est quelque chose qui peut gêner aussi dans votre prise en charge ?

Non,

C'est plutôt quelque chose qui vous aide ?

C'est positif, oui parce que souvent même à l'hôpital, quand on les envoie et on demande à ce qu'ils soient accompagnés de quelqu'un qui parle Français, enfin qui peut traduire, ce qui évite de faire mobiliser un traducteur.

Est-ce que du coup quand la barrière de la langue n'est plus là, pour ceux qui sont là depuis plus longtemps, qui maîtrisent la langue, y a d'autres choses qui peuvent entraver un peu la prise en charge ?

Non.

La culture, c'est quelque chose qui ... ?

Non...Non, on ne parle pas de culture ici.

Et du coup dans les propositions que vous leur faites, c'est pas quelque chose qui peuvent refuser ?

Non, intégrer, non.

Non, ça va ?

Non, non, non.

Alors, vous vous êtes sans rendez-vous la plupart du temps ?

Alors, ça dépendant, y a des jours avec rendez-vous, sans rendez-vous, y a des créneaux. Je suis plutôt avec rendez-vous quand ma collègue est là, ce qui permet d'avoir toujours un médecin sans rendez-vous...le matin.

C'était justement le respect des horaires de consultations ou des... ?

Bah euh...

Ici du coup, le problème se pose pas trop ?

Si... si...si...si, parce que sur mes créneaux de rendez-vous, j'en ai qui viennent pas bien sûr, toujours les mêmes, donc voilà. (Rires)

Et donc maintenant, si on s'intéresse aux patients migrants, que vous suivez ou pour lesquels vous suspectez un syndrome dépressif, est-ce que vous en avez ?

Oui essentiellement, un des gens qui sont en situation irrégulière et deux des personnes âgées déracinées. Voilà mon analyse un petit peu.

Le déracinement pour vous... ?

Ouais, ouais.

Et la personne âgée, du coup, vous voyez plus les hommes ? Est-ce que vous arrivez à aborder ça avec eux ? Est-ce que c'est quelque chose que vous gardez pour vous et que vous essayez de...

Non, non, non, culturellement comme vous disiez, peut-être que la dépression est moins bien vue de l'autre côté de la Méditerranée, c'est fort possible.

Du coup, c'est quelque chose que vous abordez quand même ?

Oui, oui, oui. Non, non, non, on aborde le problème. Alors, c'est souvent nié, mais bon on se doute souvent que les gens sont pas bien, fatigués, qui dorment pas, enfin...beaucoup de signes qui évoquent des problèmes psychologiques.

Et qu'est-ce que vous leur proposez dans ce cas-là ?

Alors, un traitement soit de psycho, mais bon, le problème c'est la prise en charge, les CMP, nous refusent les gens maintenant, les psychologues ne sont pas pris en charge, donc on est un petit peu confronté à ces problèmes-là de consultations, sinon on se traduit sur les traitements médicaux.

Ils l'acceptent ?

Ils l'acceptent, quand on leur explique.

L'observance, du coup est...

Pas toujours évidente, parce que souvent les effets secondaires et alors ils nous l'disent à la consultation suivante, qu'ils ont pris le traitement trois jours ou quatre jours et puis qu'ils l'ont arrêté.

D'accord.

Mais, pas forcément...c'est pas que les migrants qui sont comme ça, tout le monde est comme ça, même enseigne. (Rires)

Et justement avec les migrants, est-ce qu'il y a quelque chose en particulier quand vous essayez d'aborder la santé mentale, qui frappe ?

Non, parce que j'ai des migrants psychiatriques, des vrais, psychotiques. Bon souvent y a la famille qui est là, donc là, c'est pas le problème dépressif, mais c'est des problèmes, des prises en charge qui sont acceptées.

Est-ce que vous auriez vous des attentes par rapport à l'extérieur qui pourraient vous aider ?

Oui, je t'ai dit là les CMP sont un petit peu blindés maintenant, ils refusent les gens. On envoie directement maintenant vers des psychiatres de ville, ce qui nous pose des problèmes, parce que beaucoup de psychiatres de ville, eux sont un petit peu intéressés, je dirais. Ils vont me haïr. Et donc souvent, ça pose des problèmes, en particulier certaines personnes qui sont en CMU, qui sont peut-être pas bien vues, on a des problèmes avec des spécialistes.

Et quand...par exemple, si vous deviez parler à un patient d'aller consulter un spécialiste, c'est quelque chose qui pourrait accepter ?

Ah oui, oui, quand ça vient de nous, de moi ou de ma collègue, je pense qu'il y a pas de souci, parce que c'est des patients qu'on connaît bien très souvent. Le gros problème des dépressions, c'est chez les gens en situation irrégulière. Il y a des psychiatres, je crois qui se sont un petit peu spécialisés là-dedans, dans les structures, type associations. Et là, on sait pas, si la part de dépression est liée à leur situation ou est-ce qu'ils jouent un petit peu de ces problèmes-là.

Pour rester ?

Ouais.

Donc, ça c'est un autre problème, beaucoup de gens en situation irrégulière essayent de se servir de problèmes médicaux pour rester en France, pas spécialement la dépression.

La maladie ?

La maladie.

Est-ce que si on aborde rapidement la deuxième génération, est-ce que vous avez l'impression que la double culture peut entraîner des soucis psychologiques ?

Alors dépressifs, je sais pas, parce qu'ils sont assez jeunes, ils sont assez dynamiques, assez actifs, donc on a pas de gros problèmes, le problème qu'ils rencontrent le plus, c'est le travail et pour les filles, un petit peu de cloisonnement familial, surtout chez les Turques, plus qu'encore que sur d'autres populations, c'est vrai que les Turcs sont assez...un petit peu rigides, parce qu'en Turc, on a les Turcs des villes et les Turcs des champs et au niveau des champs, c'est vraiment très très sévère.

Austère.

Ouais.

Avez-vous des commentaires ?

Sur ?

Sur le sujet ?

Sur le sujet...Je pense que la dépression n'est pas le...la première chose, le premier symptôme qu'ils ont, je pense qu'il y a d'autres maladies. On voit beaucoup de problèmes...surtout quand ils arrivent des problèmes généraux, tuberculose, on en a quelques-uns, HIV qu'ils découvrent en arrivant en France, donc un petit peu de problèmes.

Pour revenir sur ce que vous avez dit tout à l'heure, les troubles du sommeil et tout ça, les patients, pour lesquels du coup vous pensez au syndrome dépressif, c'est des patients qui consultent plus souvent pour des raisons somatiques répétées ?

Alors, non c'est souvent des plaintes générales mal partout. On fait des examens, on trouve rien, des gens qui sont un petit peu isolés aussi. On voit beaucoup d'hommes qui sont de la première génération qu'ont pas de famille, qui somatisent beaucoup, parce qu'ils sont tous seuls et très peu d'amis, très peu de connaissance, donc voilà.

Très bien. Merci beaucoup de votre participation.

La dépression, je pense des migrants n'est peut-être pas forcément...y a d'autres troubles psychiatriques, en particulier des conversions hystériques, qu'on voit beaucoup plus que des dépressions. Y a d'autres troubles psychiatriques qu'on voit beaucoup...qu'on voit plus fréquemment, peut-être culturellement là-aussi.

Oui.

Voilà. Donc, non, non, je vois beaucoup des conversions hystériques sur des...qui sont beaucoup moins fréquentes chez la population française et puis y en a un qu'est un spécial, il se croyait Marabouté, je pense que c'est de la vraie psychiatrie.

Alors, ils y croient vraiment.

Oui, parce qu'il...non, non c'est parce qu'il est reparti là-bas pour se faire démarabouter.

D'accord.

Donc grosse dépense, parce que bon, financièrement, on a payé un billet d'avion pour Afrique Centrale, c'est un peu cher.

C'est un peu cher comme thérapie.

Voilà, exactement.

Merci beaucoup.

De rien.

J'envisage de faire une restitution de mes entretiens avant de passer ma thèse,

De Bichat ?

Comment ?

Entretiens de Bichat ?

J'irais pas jusque-là, j'aurais pas cette prétention, mais au moins de faire un bilan et de savoir un peu, selon les médecins, les choses sont un peu différentes.

Alors, est-ce que tu vas dans beaucoup de quartier de Nantes, parce qu'y a pas que ici, où on a des grosses populations de migrants ?

Alors, j'ai fait...qu'est-ce que j'ai fait...

On a Dervallières, on a Malakoff, la Bottière à Saint Sébastien, enfin bon, y a quelques quartiers ...

Je suis allée voir...Je suis pas allée à la Bottière, j'ai fait Château de Rezé, Dervallières, Malakoff, Beaulieu.

Ouais, t'as fait à peu près les...

J'en ai une quinzaine au total pour l'instant.

D'accord.

C'est vrai, que c'était plus qualitatif, donc j'ai appelé un peu ...

Au hasard.

J'ai fait une répartition des médecins dans les quartiers et j'ai appelé au hasard dans les quartiers.

D'accord.

Et du coup...

T'as pas pris la liste alphabétique de tous les médecins de Nantes, t'en aurais eu peut-être...Je pense qu'il faut que tu voies des médecins de centre-ville aussi, qui ont peut-être pas les mêmes problèmes.

Avec les migrants ?

Ouais. C'est peut-être une population migrante différente, peut-être plus aisée, plus structurée au point de vue médical.

D'accord.

Voilà.

Parce que c'est vrai que du coup, je vais faire...

Parce que-là, tu sélectionnes en fait.

Oui, en fait, j'ai vraiment...voilà...en fait, si j'ai pris toute la liste des médecins, sauf qu'à chaque fois, je regardais l'adresse et je localisais sur une carte.

C'est un petit peu un biais, tu vas biaiser ton... Tu vas biaiser en sélectionnant des zones de la population très très concentrée, enfin, si ça gêne pas, c'est pas grave.

Il faut que je voie ça avec elle, je lui en ai parlé en fait de ce biais-là...

Parce que bon, au niveau du point de vue des statistiques, tu puisses complètement...le recrutement, donc.

En fait y aura pas de statistique du coup, comme c'est du qualitatif, c'est peut-être pour ça qu'elle m'a dit de ne pas en tenir compte.

Bon, essaie de voir ... Pardon

C'est la petite jeune fille dont je t'ai parlé qui fait sa thèse sur les migrants.

D'accord.

Donc, elle m'avait dit si j'ai deux minutes, mais là, je crois qu'elle va être un petit peu prise là ce matin.

Là c'est vrai, que c'est le bon cabinet pour ça.

J'ai cru comprendre.

Non, mais elle va tourner un petit peu Bottière, enfin bon, les quartiers, Dervallières.

Oui, bien-sûr, Malakoff, oui, oui, bien sûr.

Et je disais donc que c'est ton mari qu'était Tunisien, elle me demandait, me posait la question.

Et oui, voilà c'est un migrant.

Et la famille de Cécile est anciennement migrante, d'où tu m'avais dit ?

Russie.

Russe.

Ouais, ouais, génération depuis 1916.

Ah oui.

Ah oui, c'est la mauvaise période-là aussi chez eux. Bientôt, on aura des Grecques, je pense, pour l'instant, nous n'en avons pas.

Non, parce que je pense qu'ils sont pas tant que ça intéressés parce que la France va pas si bien, les Grecques, ils fuient, ce sont les cerveaux, les Grecques ils partent aux USA et, et...

Aux USA, très souvent

En Chine.

En Australie.

Ah ouais.

L'Australie est très recruteuse, y avait la...le Canada, parce que moi, j'ai vu des gens du Maghreb qui...partir au Canada, c'est un peu ramasse...c'est un petit peu ramasse, parce qu'au point de vue administratif, ils sont très très pointilleux, faut faire des tas d'exams : prise de sang, sérologie.

Quand ils ont le malheur d'accrocher sur la syphilis, TPHA VDRL qui accroche, alors qu'ils sont pas positifs, moi, j'ai vu attester...

le traitement par Extencilline

Mais je...je prenais les ampoules, mais je les injectais pas, on avait la preuve que c'était pas une syphilis.

Enfin, bon elle est plus orientée sur la dépression des personnes...je lui disais que pour nous...

On m'avait proposé moi en thèse à l'époque la thèse sur la consommation des neuroleptiques et des anxiolytiques chez les migrants qui effectivement est plus importante. Alors vous aussi, vous avez des origines ?

Oui, je suis Maghrébine, je suis du Maroc.

Vous êtes du Maroc, voilà. D'où l'intérêt, moi c'était pareil, déjà ma thèse, pas ma thèse, mon mémoire sage-femme, je l'avais fait sur le migrant mais face à la maternité en fait, c'était super. Alors au début, je voulais faire toutes les religions, sauf qu'après j'ai pu faire religion, j'ai fait plutôt origine et j'avais fait Turque et Maghrébin.

C'est ce que je disais, les Turques, on a deux types de population Turque, les Turques des villes et les Turques des champs et c'est assez caractéristique, les Turques des villes sont très développées, sont très ouvertes, alors que les Turques des champs...

Ça va pas du tout.

C'est ce que je disais, on est obligé souvent d'avoir un traducteur, donc ce qui pose un petit peu le problème de la confidentialité.

C'est dur.

Entretien M13

Première partie. Dans quel quartier travaillez-vous ?

Je travaille dans le quartier attaché à Chantenay. Mais en fait je suis dans Chantenay Populaire, on va dire, qui s'approche de plutôt Bellevue.

Quel âge avez-vous ?

47.

Et Depuis quand vous pratiquez dans ce quartier-là ?

C'est ma seizième année.

Seizième année. Qu'est-ce qui vous a amené dans ce quartier ?

Le hasard.

D'accord. C'est-à-dire ?

J'ai cherché une installation et bah, c'est dans ce quartier-là qu'il y avait une proposition de rachat de patientèle, on va dire.

Et vous connaissiez un peu la patientèle justement ?

Pas du tout

J'ai fait une « installatite » aiguë à ce moment-là et j'ai pris ce qu'il y avait.

D'accord.

J'ai même pas fait d'étude, si j'ai fait une étude de marché, je voulais aller plutôt dans l'Est, près de Route de Paris, près de Port Boyer. Seulement au moment où j'ai fait mon étude de marché, je trouvais qu'il manquait un médecin-là et au moment où je suis repassé une autre fois pour, je ne sais pas quoi, j'ai vu une plaque se visser. J'ai dit merde, c'est fichu, donc il a fallu que j'aille ailleurs.

Est-ce que vous avez des activités professionnelles toujours en rapport avec la médecine en dehors du cabinet ?

Des activités professionnelles en rapport avec la médecine en dehors du cabinet ? Moi je suis attaché au C.I.S.I. pour tout ce qui est sidéens. Qu'est-ce que j'ai d'autre ? C'est déjà pas mal. J'ai pas mal de formation médicale, j'adore ça, ça me permet de me détendre, d'apprendre des choses et voir mes confrères et faire ma séance Balint pour éviter de tomber dépressif justement.

D'accord.

En tant que médecin, vous verrez que c'est très important.

Oui, je m'en rends compte. Est-ce que vous avez déjà eu une expérience internationale ?

Qu'est-ce que vous voulez dire par là ?

Est-ce que vous avez déjà travaillé toujours dans le cadre de la médecine, mais à l'étranger ?

À l'étranger ?

Des stages, je sais que là, on propose souvent quand on est externe, des stages à l'étranger

Non.

Non, jamais. Au niveau formation, donc vous je ne vous demande pas les détails, j'imagine que vous avez plusieurs diplômes, mais trois, vous m'avez dit, trois formations en rapport avec les migrants ?

Ça, c'est une formation comme ça, si vous voulez, c'est une formation médicale continue que différentes associations nous proposent. Autrement, je suis diplômé de PMI, de capacité médecine du sport et j'ai passé mes trois ans d'acupuncture, mais j'ai toujours pas mon mémoire, je n'ai pas mon diplôme, mais je...

Trois ans d'acupuncture.

Il manque le mémoire pour avoir un diplôme, mais je suis toujours pas décidé à le faire, mais un beau jour, j'ai dit, j'en ai marre.

C'est long, c'est ce qu'on m'a dit en tout cas

C'est long et c'est surtout je me suis aperçu qu'après trois ans d'acupuncture que ça faisait quand même dix ans plus trois, quatre, cinq, ça faisait 16 ans que j'étais, ça faisait 16 ans, que tous les mois de juin, j'étais en examen depuis le bac. Alors avec le bac, ça fait 17 ans. Donc un moment donné, j'ai dit stop, je vais profiter de mon mois de juin.

Les patients que vous recevez au cabinet, en particulier les patients migrants, sont des patients qui habitent tous dans le quartier ou est-ce qu'il y a des patients qui viennent d'ailleurs ?

Oui.

D'autres quartiers ?

Oui y en a qui viennent d'autres quartiers, des Chinois.

D'accord, la question était-là, est-ce que vous savez pourquoi ?

Bien-sûr parce que ce sont des Chinois, où y en a d'autres qui ont changé de quartier, mais qui sont attachés à moi et ils reviennent. Alors je, je ne suis pas collectionneur, sauf pour un truc : les nationalités de mes patients, j'en suis rendu à quarante-deux nationalités.

Ah oui. Justement c'est la question qui suit : Donc avez-vous des patients migrants dans votre patientèle ?

Quarante-deux nationalités

Quarante-deux nationalités ? Des détails sur la nationalité, la majorité ?

Beaucoup de...Alors, l'Afrique en majorité, parce que j'ai tout le Maghreb : Maroc, Algérie, Tunisie, Égypte, j'ai pas de Libyen. Il me manque la Libye. Après j'ai en Afrique Sud Saharienne, j'ai quasiment toutes les anciennes colonies françaises Togo, Bénin, Guinée, Sénégal, Côte d'Ivoire, Mali, Cameroun, tout ça quoi Congo, Congo Français et Congo Belge, tous ces pays-là Togo, Bénin., voilà, j'ai à peu près cité tous de ces pays-là. J'ai aussi un Éthiopien. Je pense que j'en oublie encore un petit peu, toute la bande Sub-Saharienne, j'en ai beaucoup. Au début, c'était un peu parce que comme, je suis attaché au C.I.S.I., ils m'ont envoyé des patients sidéens, qui sont souvent malheureusement des Africains de cette zone-là. Et petit à petit après, le bouche à oreille se fait et maintenant j'ai de plus en plus d'Africains, voilà. J'ai énormément vraiment beaucoup d'Africains, beaucoup de Maghrébins.

D'accord.

Après bien sûr, j'ai les Européens. Parmi les Européens, j'ai des Anglais, des Irlandais, des Polonais, des Roumains, des Bulgares, j'ai eu deux Allemands qui ne sont plus là, des Espagnols et des Portugais. Ensuite, si on s'éloigne un petit peu, en Amérique du Sud, j'ai une Colombienne, deux Chiliennes et une Mexicaine. Après plus vers l'Est, j'ai une Palestinienne, donc c'est récent, qui est tout récent donc la bande de Gaza, j'ai dû avoir dans cette zone-là, alors j'ai pas de Libanais, j'ai pas d'Égyptien, euh j'ai pas d'Israélien, mais j'ai... j'ai des Turcs évidemment la grande population dans le quartier, c'est Turcs et Portugais.

D'accord.

Ensuite quand on s'éloigne un petit peu plus, j'ai des Républiques Russes...pas des Russes, ils sont Russophones, mais ils sont plutôt Géorgiens, Tchétchènes, enfin bref, l'ex-République Russe, mais qui sont pas forcément Russophones.

D'accord.

J'ai pas mal de ces gens-là, d'ailleurs qui sont venus avec un traducteur Russe au début et comme je me suis bien entendu avec eux, j'ai toute la population qui vient d'autres quartiers. Donc j'ai énormément de Russophones c'est rigolo qui viennent me voir et après si on part vers l'Asie, j'ai des Vietnamiens qui ... curieusement, c'est pas la population majoritaire, parce que la plupart des Vietnamiens parle Chinois, parle Français, je veux dire, et donc ils n'ont pas besoin de consulter un médecin Asiatique, donc ils se débrouillent pour voir le médecin du quartier. Et j'ai énormément de Chinois, donc j'ai trois populations Chinoises différentes, j'ai des Chinois qui travaillent sur place et qui parlent le dialecte de Hangzhou, Hangzhou c'est la ville côtière, qui se trouve dans la province de Zhejiang, juste en-dessous de Shanghai, entre Shanghai et Fujian, où se trouve la majorité des Chinois en France. C'est l'ethnie majoritaire, si vous préférez, donc je parle leur langue, c'est pour ça qu'ils viennent me voir. Ceux qui sont de cette ville-là, les Chinois de Hangzhou, qui ne parlent pas le Français, beaucoup travaillent dans la restauration, travaillent dans la cuisine, barman, etc. serveur, ou cuistots. Ils viennent me voir parce que...de bouche à oreille, ils savent qu'il y a un médecin qui parle le « Hangzhounais » et qui exerce à Nantes. Ça, c'est pour la population Chinoise. La deuxième population, ce sont des étudiants Chinois qui sont pour étude un an ou deux à Nantes et qui parlent Mandarin.

D'accord.

C'est un petit peu plus dur pour moi, parce que c'est pas ma langue maternelle, c'est plus difficile, mais bon, je m'en sors avec eux, quand je parle Mandarin avec eux. Et la troisième population, ce sont tous les cantonophones, ceux qui parlent Cantonais, parce que moi, je suis de Hong-Kong, je parle Cantonais, c'est ma langue maternelle, c'est-là où je me sens le plus à l'aise, et là, j'ai tous les cantonophones de toute l'Asie : Macao, Singapour, Hong-Kong, Canton, et d'autres...Vietnam aussi, que d'autres coins qui parlent Cantonais, ils savent que je parle Cantonais, ils viennent tous me voir.

D'accord

Voilà, c'est pour vous tracer un peu le portrait.

Effectivement, chez les autres médecins, j'ai beaucoup de personnes comme des Maghrébins, des Africains de l'Afrique Noire, mais peu de personnes qui me parle de l'Asie justement. C'est pour ça que Madame P. m'a conseillé de vous voir, parce qu'elle m'a dit, qu'à son avis en tout cas, ils s'orientent un peu tous vers vous.

Ouais. Alors qu'est-ce que vous voulez savoir maintenant ?

Alors, du coup, une question me vient à l'esprit en dehors de tout ça ? Combien de langues parlez-vous ?

Je parle six langues.

Lesquelles ?

Je parle Français, je parle Anglais, je parle Allemand, je parle Cantonais, le Mandarin, le dialecte Hangzhou.

D'accord.

Ça aide.

Oui, j'imagine.

Je ne pensais pas que mes langues allaient me servir dans mon métier, finalement, j'ai choisi par hasard, mais le hasard, n'est pas si hasardeux finalement.

Et dans votre population, on a vu les origines, vous voyez un peu tous les âges ?

Oui.

Tous les sexes, j'imagine ?

Ah, oui, oui, oui.

Il n'y a pas de distinction ?

Ah non, non, non.

Au niveau des consultations, du coup, une consultation avec un migrant est-elle la même au niveau durée ou fréquence qu'une consultation standard ?

Quand c'est un Chinois, je sais que je vais passer beaucoup de temps. C'est les plus chiants, Chinois, alors, attention, pas n'importe lesquels, les Chinois étudiants Mandarins, parce qu'ils ont pas du tout le code culturel du pays, ça n'existe pas le médecin de famille et quand ils sont là, ils ont l'impression que tout leur temps ait dû, bon j'essaie de les, quand je sais que c'est un étudiant Chinois, alors-là il faut... En plus c'est des intellectuels, alors ils ont besoin de tous les détails, pleins de trucs, il faut leur expliquer où ça se trouve, il faut tout leur expliquer, donc c'est très très long, en plus, moi je ne maîtrise pas très bien le..., c'est pas ma langue... la langue Chinoise, je parle mieux, donc grâce à Google, j'arrive à m'en sortir comme ça.

Donc, c'est plus long ?

Donc c'est un peu plus long avec les autres Chinois, avec les Cantonnais, à la limite c'est souvent plus long, mais là, c'est par plaisir, parce que c'est ma langue, c'est un partage, ça se passe très bien. Avec la langue de Hangzhou, je parle très bien aussi, mais c'est une langue, je dirais d'importation de ma mère, quoi, c'est pas ma langue, où j'ai étudié à l'école, moi, j'étais à l'école, je parlais Cantonnais, je parlais pas « Hangzhounais », donc c'est bien je suis heureux, les patients sont contents. Mais bon en plus, ce sont des gens travailleurs, ils ont un temps limité, bon généralement, ils arrivent à l'heure. Au début il y a quelques rappels, les Chinois arrivent toujours en retard, donc je leur rappelle, je leur rappelle, je suis gentil, je leur rappelle, donc ça va mieux, bon chez les travailleurs, en fait, ils sont toujours, maintenant ils sont très ponctuels, ils restent pas très longtemps, parce qu'il faut qu'ils bossent, donc quand je sais que c'est un gars qui bosse en cuisine, il n'y a aucun problème, j'aurais pas de retard, mais quand c'est un étudiant Chinois, y a forcément du retard, quand c'est un Cantonnais, y aura du retard, mais à cause de moi.

D'accord.

Parce que je suis bavard à ce moment-là.

Il y a une question que j'ai oublié de vous poser en proportion par rapport à votre patientèle générale, la patientèle de migrants donc vos quarante-deux nationalités représente quelle proportion ?

A peu près la moitié.

La moitié, oui quand même.

D'accord. Alors avant de parler de syndrome dépressif, on a un peu abordé la question, mais y-a-t-il des difficultés générales que vous rencontrez dans la consultation avec le migrant ?

Bah oui, selon la culture, différentes cultures, que je vous ai déjà évoquées. Tu vois, rien que chez les Asiatiques, ce n'est pas du tout la même façon d'aborder le temps, y a une notion de temps qui est différente selon un petit peu les coutumes de chaque pays. Les Chinois qui sont intégrés, qui travaillent ici, connaissent mieux, donc ils sont finalement les mieux intégrés, entre guillemets « à la culture Française », donc eux, y a pas de problème de...ils comprennent à peu près correctement, oh les Cantonnais non plus, généralement, ils arrivent à bien... C'est aussi un peu ma faute, que si ça traîne un peu... Mais c'est vrai que chez les Chinois étudiants, ils n'ont absolument aucune notion de ce que c'est la médecine générale, ça n'existe pas là-bas, quand ils consultent là-bas, c'est hôpital. Donc ça n'a rien à voir, quoi. Ils en profitent à la limite, ils profitent un petit peu parce que là-bas, ça va très vite, tout va très vite, c'est un petit peu à la chaîne et quand d'un seul coup, ils tombent sur quelqu'un qui parle leur langue, qui est à l'écoute, j'ai l'impression que c'est un petit peu un (souffle), ils arrivent à... C'est leur séance de Balint.

D'accord.

Parce qu'ils sont dans un pays étranger bien qu'ils soient intellectuellement élevés, ils rencontrent quand même des difficultés d'adaptation, j'en ai une qui m'a dit que là, par exemple, elle a des problèmes digestifs parce qu'elle mange pas assez chaud, parce qu'en Chine, on mange toujours chaud et là, elle arrive pas toujours à manger chaud à tous les repas, donc ça lui posait des problèmes digestifs voilà, donc c'est un des trucs, donc d'un seul coup, donc c'est quelque chose en fait, ça leur fait beaucoup de bien, ils prennent du temps, bon d'un autre côté, je sens qu'ils ont besoin de cet espace de parole, donc je leur laisse parler, même si ça déborde un petit peu, tant pis quoi.

Vous parlez six langues donc ça vous aide quand même pas mal, est-ce qu'avec des populations dont vous ne parlez pas la langue, la langue peut poser problème ?

Non, parce que j'essaie d'apprendre deux-trois mots de leur langue et ça passe très très bien comme ça. Je sais dire bonjour, au revoir en Turquie, en Arabe, j'essaie, c'est pas toujours facile, j'essaie, j'encourage les familles à parler Arabe, quand... quand le petit-garçon, la petite-fille vient, il lui parle Français, je lui dis pourquoi vous lui parlez pas Arabe, bah il faut qu'il parle leur langue, il faut parler leur langue, faut pas avoir... allez-y, faut y aller, faut y... C'est une chance d'avoir, de faire du bilinguisme. Donc c'est un message que les parents reçoivent, enfin comprennent bien quoi, donc, c'est comme ça que j'engage le dialogue.

Donc la culture essentiellement le gros...le gros problème, est-ce que la présence d'un tiers justement, vous parlez des enfants, peut-être...est plutôt un avantage ou peut-être un obstacle ?

Présence d'un tiers ? par exemple ?

Un enfant, un ami, quelqu'un qui viendrait justement pour vous aider à...

Pour traduire ?

Communiquer ?

Pour traduire. Est-ce que c'est un avantage ou ? Tout dépend. Si le...la personne traduit vraiment ou pas. Évidemment il y a... Traduire ça veut dire trahir, donc c'est jamais fidèle, mais ça permet déjà de, de, si quand même de retirer pas mal d'informations. Euh, y a deux trois sortes de traduction, vous avez soit la traductrice officielle qui vient, chez les Russes, les Russophones, c'est comme ça, donc là, je pense que la traduction n'est pas mauvaise, on arrive à... Une fois, j'ai eu un patient Roumain, qui parle Roumain, donc j'ai une traductrice Roumaine qui est venue et enfin j'ai su des choses que je ne savais pas avant, donc c'est quand même un avantage, quand on a vraiment une barrière de langue, d'avoir un traducteur. Bon après les gamins qui viennent traduire, personnellement, j'ai vécu exactement les mêmes situations avec ma mère, c'est moi qui traduais quand j'étais petit, puisque je suis arrivé à l'âge de 11 ans en France, donc c'est une situation, malheureusement, je connais bien, euh, c'est pas forcément très bien, parce que quand je pose la question, il répond à la place de sa mère ou de son père, hein, en fait, si on leur confère une responsabilité, qu'il ne devrait pas avoir, qu'il prenne malgré tout un petit peu inconsciemment, alors j'ai... gentiment, je leur... je préfère que tu demandes à ta maman, je préfère que ce soit elle qui réponde, si ça te dérange pas... à la fin, ils ont compris comment je fonctionne donc... à la fin, il arrive à traduire. Mais automatiquement, les enfants qui traduisent, qui viennent avec leurs parents, ils répondent à la place des parents. Ça c'est un petit peu l'inconvénient, autrement non. Alors quand c'est une amie qui vient, chez les Chinois, ça arrive beaucoup, ils font des consultations conjointes, ça les dérange pas, ça c'est un effet culturel, il vient...le cuistot vient, il amène le cuisinier, puis le cuisinier vient pour un problème de peau, bah il parle librement, ça...ça...c'est un petit peu lié à la vie de mixité en Chine quoi, où tout se fait en groupe, l'individu existe mais c'est moins important, ça c'est quelque chose qu'il faut connaître, c'est très culturel.

Très culturel...

Moi, ça ne me dérange pas, du moment eux ça les dérange pas, moi ça me dérange pas. Mais quand je sens une, mais il arrive parfois que, que ça peut déranger, à ce moment-là, je demande à l'autre, bah écoute, ok, j'ai bien compris, je, je te fais revenir tout seul la prochaine fois, parce que maintenant tu sais comment venir, ton copain, il t'a emmené ici, bah tu viens me voir la prochaine fois, je note qu'il a quelques réticences à tel ou tel truc, et quand il sera tout seul, je lui parlerais, parce que j'arrive à parler avec lui. Mais ils arrivent souvent à deux, le couple, ils viennent, bon bah en France, y a souvent, quand y a un couple, parfois le mari reste dans la salle d'attente ou vice-versa et puis chacun son tour. Les Chinois jamais, toujours ensemble.

Ensemble.

Toujours. (Rires)

Donc maintenant, si on s'intéresse aux patients migrants, que vous prenez en charge, alors soit pour lesquels vous suspectez un syndrome dépressif, soit pour lesquels vous traitez un syndrome dépressif ?

Alors, pas si loin, vous allez trop vite.

On est pas encore au traitement.

Déjà syndrome dépressif, ça dépend des cultures.

C'est bien ça.

Le mot dépression n'existe pas en Chinois déjà, on sait pas ce que ça veut dire la dépression. On a eu du mal à traduire ce mot-là, quand...quand...quand la psychiatrie entre guillemets Occidentale est arrivée en Asie, on avait...les Chinois ont du mal à traduire ce mot-là, parce qu'on savait pas ce que ça voulait dire.

D'accord.

Ça, c'est important.

Oui, oui, ça je...

Chez les Africains qui sont nés là-bas, qui ont une culture sur place, c'est encore autre chose, y a l'âme, y a ce côté euh...parce que l'Africain euh...dans certaines Afriques... Afriques, un enfant qui naît, il a pas encore de nom, il a pas d'âme encore, il faut... parce que en fait quand un enfant naît, il est possédé par l'esprit de son ancêtre, de son aïeul et donc il est...il faut le chasser de là, c'est avec le temps, avec la persévérance, petit à petit, on arrive à chasser...il est...un peu comme une réincarnation, il est possédé par l'âme de son ancêtre, ok ?

Quand toute manifestation un petit peu bizarroïde, c'est une manifestation de son, c'est de l'ancêtre qui parle à sa place, ça. Si vous avez pas ça dans la tête, vous allez pas comprendre les maladies...enfin un petit peu psychiatriques à l'Occidentale, quoi, donc, on peut pas parler psychiatrie, dépression à la Française, et l'appliquer à un Africain de souche et à un Asiatique de souche, c'est pas possible. Évidemment maintenant tout le monde, il y a une espèce d'harmonisation, on arrive à à peu près les mêmes symptômes, les gens qui perdent de l'appétit, qui ne dorment plus, qui veulent plus sortir, ou au contraire hypersomnie, qui se renferment, qui veulent plus voir leurs amis, c'est-à-dire, alors évidemment, ça, ça arrive, ça peut arriver, mais ce que je veux dire, à l'origine, sur les cultures, la façon de traduire ces dépressions est très différente. Chez les Chinois par exemple ou chez l'Africain, moi, j'ai vu plusieurs cas chez l'Africain, la dépression telle qu'elle est décrite, n'existe pas, quand ils ont une contrariété très très forte etc..., ils se manifestent par une psychose et non pas maniaco-dépressive ou bipolaire, mais par une schizophrénie ou des choses comme ça. La dépression n'existe pas, c'est tout de suite, ils, ils délirent quoi.

Ils décompensent...

Ils font des bouffées délirantes. Là récemment, j'ai vu une patiente Cantonnaise, qui s'est, qui a eu du mal à, qui est venue en France, qui a jamais vécu en, qui est mariée à un Français, qui est là depuis trois ans, et depuis que ses enfants ont quitté, parce qu'ils ont eu leur bac, ils sont partis faire leurs études. Et bien, elle a, elle a fait une bouffée délirante. Donc elle a pas fait une dépression, elle a fait une bouffée délirante d'emblée. Je l'ai vue un mois avant, tout allait bien, elle a plongé sans doute une dépression, mais la dépression, elle l'a exprimée non pas par la mélancolie, mais par une bouffée délirante.

D'accord.

Donc selon...selon vraiment la culture, la façon de l'exprimer, la dépression, telle qu'on la décrit, n'est pas du tout la même selon les cultures.

Et vous dans votre patientèle, vous avez des patients, justement donc cette patiente qui, elle est plutôt passée par la bouffée délirante aiguë, pour qui justement, vous sentez qu'au niveau de la santé mentale, il se passe quelque chose...

Bien sûr.

Et comment vous abordez les choses avec les patients parce que chacun à sa... ?

C'est pas facile...c'est pas facile pour ce cas-là, en plus, elle est Hongkongaise comme moi, c'est vraiment...là, je veux dire personnellement j'ai été très touché, parce que ça...je dirais ça pourrait me toucher moi, quelque chose...ça me rappelle même quelque chose, quoi, parce que c'est sans doute, si vous voulez la nostalgie du Pays, moi je l'ai vécu comme elle, moi je suis là depuis beaucoup plus longtemps qu'elle, donc c'est quelque chose, une phase, par laquelle je suis passé, mais bon sans aller jusqu'au délire, mais ce que je veux dire c'est que ça m'a beaucoup, sur ce cas précis, ça m'a beaucoup touché, j'ai, j'ai eu du mal à, à gérer la chose, où je suis... J'ai décidé d'aller la voir, mais le problème, c'est que la psychiatrie Française a du mal à... à, je sais pas comment dire, à faire en sorte que..., que..., qu'un médecin traitant puisse rendre visite à son patient. Quand j'y suis allé le jour où elle a été hospitalisée le soir même après mes consult., ils m'ont, ils m'ont refusé l'accès. J'ai dit, je suis son médecin traitant, elle parle pas du tout, elle parle pas très bien Français, je peux faire le traducteur etc., ils ont pas voulu.

Ah oui.

Bon, qu'est-ce que vous voulez que je fasse moi ? Mais par contre, j'ai expliqué, j'ai expliqué après au psychiatre le lendemain un petit peu mon mécontentement et là, ils m'ont tenu courant, enfin assez courant au téléphone, ils m'appelaient assez souvent pour me tenir au courant de ce qu'il y avait. Voilà, donc pour ce cas-là, moi j'ai géré ça, là, j'ai, j'avoue que pour ce cas-là, j'ai pas pu gérer, parce que c'était presque, parce que vous savez, on dit qu'il faut pas soigner ses amis et puis sa famille, pour ce cas-là, je me suis senti un peu, un peu débordé ouais, donc je pouvais... J'avais pas l'objectivité pour, pour soigner cette personne, donc c'est très bien que les psychiatres ont pris ça en main et que...

Et puis ça a été aigu et donc ça change aussi... ?

C'était aigu donc de toute façon il a fallu lui injecter des, des psychotropes pendant quelques jours et tout... Ah ouais, ouais, je l'ai revue après, trois semaines après, déformée la nana des cheveux blancs, enfin bref, elle a vieilli de cinq ans, enfin bref, dure épreuve.

Et pour les autres patients, si on prend, je sais pas, un patient d'Europe de l'Est, par exemple, est-ce que...est-ce que vous arrivez à aborder ce genre de chose quand vous sentez qu'il se passe quelque chose ?

Alors, j'en ai eu une, une Russe de Géorgie, elle, c'est des plaintes fonctionnelles, beaucoup de plaintes fonctionnelles, j'ai essayé...mais bon, c'est vrai que...là, j'avoue qu'il y a sûrement eu un échec, à cause de la culture sans doute. Parce que ce que j'aborde sous un aspect Français ou l'aspect Asiatique, ça passait pas. Bon j'allais la voir, j'allais souvent la voir et puis après, je lui expliquais que...bon j'étais très patient, j'ai expliqué plusieurs fois que ses douleurs, parce qu'en fait, elle, c'est devenu des plaintes somatiques hein, on savait bien...on voyait bien que...en fait, c'est une femme qui...j'ai su après que elle a eu...,qu'elle a été violée lors d'un espèce de pogrom par les Russes et donc elle a été...je crois qu'y a eu un meurtre de son...je sais plus si c'est sa mère ou son père devant elle, donc elle, elle a été violée pendant ce truc-là, elle a pas été tuée. Bon, il a fallu qu'elle fuie après, donc elle a fui et elle a gardé ça en traumatisé à la fois par la mort de un de ses parents et par son propre viol, donc elle est venue ici avec son mari et ses deux enfants et elle a fait un accident, elle s'est fait mal...elle a été opérée je crois d'une jambe, bon évidemment algodystrophie, ça c'est le coup classique chez des gens qui ont des problèmes...on va dire dépression, déprime, mais après ça elle a eu plein de plaintes partout et ça je savais que c'est, c'est, bah c'est la suite de, de sa dépression, quoi. Donc j'ai dû expliquer qu'il faut absolument qu'elle marche, j'ai fait ça tout doucement avec le mari, on a essayé de faire en sorte qu'elle franchisse des étapes par étapes. Elle était à cinquante mètres de mon cabinet et je suis allé la voir deux trois fois et je lui ai dit bon ben maintenant c'est fini, je viens plus vous voir, il faut absolument que vous fassiez l'effort de sortir de chez vous, y avait un espèce de, d'agoraphobie, elle pouvait plus... Elle arrivait plus à sortir de chez elle et à la fin, moi j'ai dit, je refuse d'aller vous voir, il faut absolument que vous veniez me voir, j'ai dû forcer un peu la main, je pense que là culturellement y a un truc qui a cassé, donc elle a changé de médecin. Donc ça c'est un exemple de quelqu'un de l'Europe de l'Est qui m'a, avec qui j'ai pas pu gérer.

D'accord.

Alors pour l'Africain, j'ai appris dans mes séminaires qu'on pouvait, par exemple à Paris, il existe des..., des ethno, ethnopsychiatres et à Nantes, on a eu la chance, bon j'ai une Africaine aussi qui a fait, a voulu faire un... faire une dépression, elle a fait un délire, une bouffée délirante et on avait un ethnopsychiatre qui était en stage pendant six

mois, j'ai sauté sur l'occasion, j'ai...donc elle a eu consultation avec lui, donc c'était vraiment extraordinaire, ça a permis de faire progresser les choses.

Et la patiente a accepté de voir le spécialiste ?

Ah oui, oui, c'était un Africain, oui., alors il parle pas la même langue qu'elle, parce qu'elle, elle parle Peul et lui, il parlait je sais plus, mais bon c'est pas grave... C'est..., ils ont réussi à trouver un...une langue commune enfin d'entente, parce que souvent dans le pays Africain, ils parlent plusieurs langues. Dans certains pays, où ils sont plusieurs ethnies au Sénégal, je crois, ils sont trois trois-quatre langues et quand, quand ils ont deux langues, ils arrivent pas à parler une autre, bah, il parle la langue officielle qu'est le Peul, je sais pas quoi, c'est un peu comme l'Anglais enfin comme le Mandarin en Chine, alors que chaque province à son parler différent. Donc ils ont parlé dans leur langue officielle Africaine, donc c'est passé.

C'est passé, mais ça pas été refusé ? Parce qu'en fait, la question est : est-ce que les patients arrivent à accepter une fois qu'on leur parle de santé mentale, de dépression ou de déprime, arrivent à accepter ce diagnostic et la prise en charge qui s'en suit ? Ou est-ce que c'est quelque chose qui reste difficile à aborder et qu'il faut aborder sur les côtés, je dirais ?

C'est pas facile à accepter...ouais, il faut trouver un autre moyen de l'aborder, moi je pense, ouais. Il faut pas l'affronter de face, il faut pas leur dire que vous êtes dépressifs, c'est, vous savez c'est... Enfin, tout diagnostic que ce soit celui-là ou un autre, même si vous dites que vous êtes hypertendu à quelqu'un, ça peut avoir des connotations négatives chez la personne. La parole des médecins, contrairement à ce qu'on croit, c'est... c'est... c'est la parole de Dieu, mais c'est quelque chose de très très très influant, influençable chez la personne, donc il faut pas dire des choses n'importe comment, bah en tout cas maintenant avec l'expérience, j'apprends qu'il faut pas dire des choses, bon, on dit une petite baisse de l'humeur, on parle de déprime saisonnière des choses comme ça, mais faut pas...faut pas aborder, il faut que le mot vienne du patient quoi. Si c'est eux qui le prononcent, c'est qu'ils le pensent, d'accord, mais il faut pas que ce soit, enfin que ce soit moi qui...qui lui dise le truc. Je l'emmène sur un terrain, je dis des trucs et si un jour, il dit ah bon pourquoi, vous dites que c'est une dépression. Donc je leur fais parler, mais jamais il faut que ce soit un mot à moi quoi, c'est un diagnostic terrible.

Et oui.

On peut pas imaginer, c'est terrible.

Et la suite, c'est-à-dire qu'il y a des patients que vous arrivez à mettre sous psychotropes, qui respectent le traitement, qui préfèrent plutôt le soutien psychologique en venant vous voir, qui accepteraient éventuellement de voir des spécialistes, si on leur en proposait ?

Bah ça dépend des cultures encore une fois, si vous avez une Africaine, moi j'en ai deux, bah dont une, donc celle qui a fait l'aide au psychiatre, bah elle est allée voir un marabout chez elle, mais ce qui faut, parce que c'est important, le marabout va remettre des choses au point. Avant je trouvais que c'était de la sorcellerie, des conneries et en fait, c'est hyper-important, moi je leur conseille maintenant, écoutez si vous retournez chez vous, parce qu'ils retournent chez eux de temps en temps, tous les deux, ans trois ans. L'Afrique c'est quand même plus loin que le Maghreb, c'est quand même moins abordable, puis les billets d'avion sont chers. Donc je leur dis quand vous allez là-bas, allez voir un marabout et puis demandez leur conseil, mais prenez un bon, ne prenez pas un mauvais, choisissez un bon, allez le voir et puis il vous conseillera, c'est important. Parce que moi j'ai eu par exemple un Africain, c'est exactement comme on nous a expliqué, il a chopé le VIH, mais le problème, c'est même pas, c'est même pas le VIH, c'est pourquoi je l'ai attrapé à ce moment-là, c'est que j'ai eu plusieurs femmes, j'ai toujours eu des activités avec plusieurs femmes, je veux dire c'est... c'est... culturellement, dans mon pays, c'est normal, mais pourquoi à ce moment-là, ce jour-là, je l'ai attrapé... Non mais voilà, la question qui... qui... qui... se pose, il s'en fiche du traitement, une fois qu'il a pas pigé pourquoi il a attrapé ce truc-là ce jour-là, il va pas accepter le traitement. Et ce truc-là, nous médecin, on peut pas leur apporter, et ce truc-là, il a besoin donc d'une aide culturelle, que ce soit un marabout, ce que vous voulez, enfin bref, il faut qu'il résolve ce problème-là de conscience culturelle, je sais pas comment on peut appeler ça, par ses propres moyens culturels, ça c'est un truc que j'ai remarqué, tant que ce problème-là n'est pas résolu, on a beau proposer tout ce que vous voulez, ça marchera pas.

La question qui suit un peu pour conclure, est-ce que vous, par rapport à votre prise en charge, enfin de ces patients, vous auriez des attentes de l'extérieur qui pourrait vous aider à mieux appréhender la dépression sous toutes ces formes avec les migrants et donc à mieux appréhender les choses et à mieux diriger vos patients, enfin orienter ?

Mais bien sûr, selon les cultures, il faut, oui, il faut une aide culturelle, pour l'Africain, bah ce serait, Sub-Saharienne, c'est... ça peut-être le marabout, ça peut être le chef de clan, ça peut être un membre de la famille, un oncle, quelqu'un qui représente une... une autorité morale, qui... qui leur dit voilà, qui leur dit des choses, j'espère juste, ça peut permettre de les aider énormément, ça c'est chez les Africains, alors dans ce cas-là... oui, c'est vrai que j'essaie de... de faire en sorte que... que l'oncle ou le père etc. soit présent, qu'on explique la situation... voilà, j'explique aux gens que je pense qu'y a besoin que je reparle à votre oncle, à votre père, à votre frère, selon si je les connais un petit peu, je sais qui à l'autorité morale dans la famille, j'essaie de voir cette personne-là, qui elle aura une influence positive sur la personne, donc c'est important de... qu'il y ait une adhésion de cette personne pour l'aider à la guérison, si elle a pas l'adhésion de la personne, si la personne ne croit pas qu'elle est malade, jamais elle guérira, enfin en tout cas, c'est un peu l'expérience que j'ai, c'est important. Quant à ma patiente Cantonnaise, là son problème n'est pas résoluble, donc ils ont trouvé une solution, ce qui me paraît juste, il faut qu'elle retourne à Hong-Kong, faut qu'elle retrouve sa famille, il faut qu'elle baigne dans son bain culturel pour s'en sortir, ici elle peut pas avoir d'aide... d'aide culturelle, je dirais,

elle a aucune aide culturelle, elle a pas de famille, elle a pas de... C'est pas possible quoi, sans cette aide culturelle derrière elle, elle aurait une famille derrière avec ses parents etc, avec des mots rassurants, culturels, ce qui... la façon d'exprimer la rassurance selon les... les langues, eh bien je pense...je pense qu'elle aurait pu rester, mais sans ça, elle peut pas, ça c'est une aide importante. Après évidemment, il faut, il faut un traducteur, si on peut avoir un traducteur, c'est quand même important, savoir ce que ressentent les gens. Je pense qu'une première consultation avec un traducteur qui traduit fidèlement, le plus fidèlement possible les mots c'est important, après il faut repérer un espèce de, une aide culturelle dans la famille ou dans la culture de la personne pour les aider quoi. C'est vrai qu'une personne qui est isolée, seule, qui est avec des gens qui parlent pas la même langue, c'est dur.

Tout à l'heure vous parliez de...des Russophones qui venaient avec des traducteurs, c'était leur démarche à eux, c'est-à-dire qu'ils venaient eux-mêmes avec leur traducteur, leur interprète ? C'est pas vous qui mettiez en place ?

Ah non.

D'accord, c'est des choses dont les patients eux sont...

Oui, oui, oui les Russophones sont les premières fois, oui ils viennent beaucoup avec la traductrice, ouais. D'ailleurs, la traductrice est devenue une de mes patientes. J'ai aussi une traductrice Turque qui est devenue aussi ma patiente.

Du coup, les patients connaissaient eux-mêmes ce réseau de traducteurs ?

Ah oui, oui, oui, les Russophones ouais. Parce qu'ils viennent toujours avec leur...leur traducteur la première fois, pour ça que j'ai trouvé ça très bien, pour ça...pour ça que je vous ai suggéré ça, au moins la première fois, où...parce que quand ils viennent et ils parlent pas très bien le Français, on a du mal à savoir quoi, alors quand ils viennent la première fois avec la traductrice, c'est quand même (souffle), ça aide beaucoup.

Et vous parliez aussi de l'ethnopsychiatre qui était là pendant six mois, si le réseau d'ethnopsychiatrie se développait à Nantes, ce serait aussi quelque chose de... ?

Ah oui ! Le problème, c'est qu'il va falloir repérer aussi les différentes...enfin, faire un recensement des différentes cultures, savoir qui mettre dans les hôpitaux, quoi. Évidemment les Africains, y en a de plus en plus, il faudra des ethnopsychiatres Africains. Les Maghrébins, ça va sans dire, il faudrait un Imam, je pense à l'hôpital, de même qu'un aumônier, un prêtre ou un pasteur pour les Protestants. Il faudrait des moines aussi pour les Bouddhistes, je pense, ce serait pas mal, parce que y a beaucoup de... d'Asiatiques, qui sont croyants mais qui sont Bouddhistes et ça, ça manque. Par exemple, dans ma famille, y a eu quelqu'un qu'est décédé, on a pas pu avoir de prêtre, donc ça c'est quelque chose, c'est très frustrant pour les migrants. C'est une rassurance d'avoir une autorité religieuse, même si les gens sont pas croyants, parce que c'est une autorité morale...

C'est ce que j'allais dire, c'est ce que vous disiez tout à l'heure.

Ça représente une autorité culturelle comme je disais. C'est que cette personne-là est importante. Quand ils savent pas trop, on peut...ils peuvent consulter ces gens-là, ça peut être une aide importante pour...pour la prise en charge, je pense de la maladie dépression. Un moment donné, vous savez, on...plus on vieillit, plus on s'approche de la fin, plus on s'approche de Dieu.

C'est possible.

Si, vous verrez ! Vous êtes encore trop jeune.

Sauf que l'Occident et puis certains Asiatiques sont passés par des phases de désillusion et ils y croient beaucoup moins, donc ça arrive, ça pose problème quand ils sont malades, puisque finalement l'aide, les prières tout ça, c'est une... c'est une forme de thérapie, quand on prie plus, bah, quand on s'accroche pas à quelque chose...

On peut pas se rattacher, oui c'est ça.

Y a pas de fondation, et ça aide pas à la guérison.

C'est sûr.

Dans la société Occidentale, le prêtre est remplacé... Le médecin généraliste, il remplace le prêtre, il a accès facile, il est confidant et il est remboursé.

(Rires).

C'est vrai. Avez-vous des commentaires ?

Bah non c'est que c'est complet, ce que vous avez demandé.

Oui, les réponses sont complètes en tout cas.

Je sais pas ce que vous en pensez ?

Non, non très bien. Merci.

Est-ce que... Est-ce que vous avez obtenu ces réponses-là des autres médecins ?

Non, non par contre, je pense que les populations sont différentes, les autres médecins se... en fait, j'ai vu douze médecins avant vous et là, il me reste vous et une autre médecin, qui elle est Maghrébine du coup, que je dois rencontrer bientôt et la plupart me parle beaucoup de la population du Maghreb, qui a cet avantage d'être là depuis longtemps, de parler Français, donc les problèmes sont pas les mêmes. La culture revient forcément, c'est vrai que là, j'ai appris d'autre chose sur d'autres populations et le fait de parler plusieurs langues, bah voilà, on voit aussi la différence dans la relation avec le patient, c'est quelque chose...

Ah oui, c'est, c'est... Rien à voir.

D'important.

Ah oui, c'est pour ça, j'essaie toujours d'apprendre un ou deux mots des patients, très important. Quand vous êtes dans un pays, moi déjà, on voit bien en France, les étrangers qui disent bonjour, merci, les Français les accueillent

comme ça, Donc euh, si vous voulez être bien perçu par votre patient, il faut essayer de parler deux ou trois mots de son pays, c'est normal.

Merci beaucoup.

De rien.

J'envisage de faire une restitution de mes entretiens avec les médecins avant la thèse, ça vous intéresserait d'y participer ?

Comment ça ?

Alors ce serait...je ferai un peu, on va dire un pseudo préthèse, c'est-à-dire que je convoquerai les médecins dans une salle au département, enfin à la Fac, et je ferai une synthèse un peu de tout ce qui a été dit et de tout ce que je peux proposer en conclusion de tout ça, donc ce sera...

Bah écoutez, vous prenez votre date, je verrai bien si, si je suis disponible.

Si vous êtes disponible ou pas ?

Moi, y a que le jeudi. En fin d'après-midi, si vous le faites à 17 heures, je sais que je viendrai pas, mais avant oui.

D'accord.

Si c'est 14 heures, plutôt en début d'après-midi, oui, je m'arrangerai pour être là.

C'est surtout, est-ce que ça vous intéresse en fait ?

Bah oui, pourquoi pas. Ce serait une occasion...bah, je vous dis chaque occasion de rencontrer d'autres médecins maintenant, je prends.

D'accord et bien voilà. Je vous tiendrai au courant.

Merci beaucoup en tout cas du temps que vous m'avez accordé.

Entretien M14:

Première question : quel est ton âge ?

Euh, j'ai 49 ans.

Depuis quand exerces-tu dans ce cabinet ?

Depuis 96.

Pourquoi as-tu décidé d'exercer dans ce quartier ?

Alors là, c'était vraiment un hasard. Je vais te raconter l'histoire si t'as le temps (rires). J'ai fait à peu près 4 ans de remplacements. Je suis thésée depuis 93, et j'ai fait, donc oui 3 ans et demi de remplacements, et c'était toujours à l'extérieur, donc remplacements fixes, les vacances, un jour par semaine enfin bref. Et j'en avais marre, j'avais des enfants de bas âges. Donc je partais très tôt, parce que les médecins que je remplaçais à Macheoul, Frossay, tout ça, enfin bref, ils commençaient de bonne heure, c'est-à-dire qu'il fallait être là-bas à 7h30-7h45. Ils finissaient tard. J'en avais marre de faire la route. Je rentrais, je voyais pas mes enfants et tout ça. C'était vraiment une sacrée organisation. Et un jour, j'me suis dit t'ient je vais quand même essayer de m'associer sur Nantes, parce qu'on m'a dit c'était bouclé, il y avait pas de... Donc voilà, ça coïncidait avec un déménagement. Donc j'étais, on déménageait. Et je rentre de mon remplacement un jeudi, puis un coup de fil, parce que j'avais appelé le conseil de l'ordre en leur demandant est-ce que vous avez des propositions d'association, on m'a dit non, pour le moment non. Et puis ben donc le téléphone qui sonne : « voilà je suis le docteur B. (à l'époque qui exerçait ici), ma femme est mutée dans la région de Dijon et je vais la suivre. Est-ce que ? J'ai appris que vous cherchiez... Est-ce que ça vous intéresse de me succéder ? » J'ai dit, écoutez, y a pas de souci. Donc voilà, c'était vraiment le pire hasard. On était trois là-dessus, les autres elles réfléchissaient et moi j'ai dit oui tout de suite. Et pour te dire, même la banque elle voulait pas, à l'époque on vendait encore les clientèles, la banque elle a dit c'est très précipité, vous connaissez ni quartier, ni clientèle, ni... Elle voulait pas me donner le prêt, donc j'ai dit ben de toute façon je m'en fiche. Mon mari m'a dit : attends, tu vas pas te lancer dans cette aventure-là, tu connais personne et ... J'ai dit écoute, moi je vais, voilà. Donc j'ai mis ma plaque un mercredi, j'avais... Il m'a laissé le divan, une partie du fichier. J'ai acheté le bureau, ça, et j'ai démarré le jour-même. Et j'ai fait tout de suite, j'ai démarré avec 17 ou 18 personnes par jour. Je suis contente. Donc c'était, c'était vraiment parce que j'en avais marre de faire des remplacements et je voulais travailler pour moi, et puis je voulais que ça soit sur Nantes. J'en avais marre de bouger, de courir et de faire des gardes de nuit. Les gardes à l'époque c'était, les médecins que je remplaçais ils faisaient dix visites par jour. Et quand ils n'avaient pas le temps de finir les visites entre 12h et 14h, ils finissaient les visites le soir. Dix visites par jour, c'était l'horreur, vraiment le cauchemar. (Rires) Voilà.

En dehors du cabinet, est-ce que tu as d'autres activités professionnelles ?

En dehors du cabinet, non.

Est-ce que tu as une expérience internationale ?

Non.

Au niveau formation, est-ce que tu as des D.U. ou des choses comme ça ?

Alors j'ai fait une formation de diabéto. J'ai fait de l'esthétique. Un peu de micronutrition aussi, surtout micronutrition. Donc voilà.

D'accord. Les patients qui consultent chez toi viennent essentiellement du quartier ou est-ce qu'il y en a qui viennent de plus loin ?

Alors au tout début, il y avait que les patients du quartier, ça a duré je crois quatre ou cinq ans. Après, maintenant ils viennent de partout. Et bien sûr surtout la communauté Maghrébine, ils viennent de Bellevue, de la Bottière,

Boissière, Orvault, Malakoff, Dervallières, vraiment tous ces quartiers-là et j'ai même quelques familles qui viennent de Bouaye, qui viennent de Saint-Nazaire, qui viennent de Sainte-Pazanne, enfin bref tout autour, le sud Loire. Donc ça vient de partout.

Et t'aurais une explication pour ça ?

Alors l'explication, parce que, je pense hein, c'est du bouche à oreille. Vu que je parle Arabe, donc c'est beaucoup plus facile pour eux, pour elles surtout parce que c'est la plupart du temps des femmes, il y a pas mal d'hommes aussi. Mais ça facilite la prise en charge, ça facilite, oui, ça permet d'avancer et de faciliter la prise en charge.

Et c'est des personnes qui s'expriment pas, faut dire aussi, ils s'expriment pas en Français, donc...

D'accord. Donc des patients migrants dans ta patientèle, en pourcentage est-ce que tu saurais évaluer ?

Ah, c'est, c'est très variable la journée. Je peux avoir...

Par rapport à la patientèle générale ?

C'est très, très... J'ai un bon pourcentage, quand même mais bon je peux pas te dire combien ça. Ah je sais pas si c'est plus de 50%, oui facile. C'est très variable, je peux avoir 70% dans la journée comme je peux avoir que 30%. Moi je dirais, oui, 50% ou 60%.

D'accord. Au niveau des origines, quelles sont les origines des patients migrants que tu vois ?

Alors la plupart Algérienne, donc origine Algérienne, euh, Marocaine aussi un peu, plutôt, beaucoup, beaucoup d'Algérie quand même. Maroc, j'ai aussi Tunisie, euh, alors l'origine d'Afrique Noire aussi un peu mais beaucoup moins par rapport..., si on prend vraiment par ordre. Moi je dirais Algérie, Maroc, Tunisie, Afrique Noire, bon ben après le reste c'est Irak, Afghanistan, Syrie. Je crois que c'est tout.

Au niveau des âges ou du sexe ? Tu vois plus de femmes ?

Plus de femmes que d'hommes, oui.

De tous les âges ?

De tous les âges, alors oui, de tous les âges, je dirais plutôt plus jeunes quand même. Alors les personnes âgées c'est difficile, les personnes âgées il faut que quelqu'un les amène. J'en ai pas beaucoup, mais j'en ai quand même pas mal. Et c'est plutôt, ben les jeunes quoi, avec des enfants de bas âge.

Avant de parler de syndrome dépressif, y a-t-il des difficultés que toi tu rencontres avec cette patientèle ?

Ben le syndrome dépressif n'est pas toujours exprimé chez cette, cette population. Ils vont jamais venir parler d'un vrai syndrome dépressif, c'est-à-dire qu'il faut vraiment qu'on le cherche, qu'on le... Ce sera toujours masqué. C'est toujours un syndrome dépressif masqué. Il y a jamais quelqu'un d'origine Maghrébine qui va venir dire : ben j'ai pas le moral, non ça c'est... ou vraiment exceptionnel, c'est quand vraiment ils sont jeunes, ils ont fait un petit peu des études, ils travaillent et tout, peut-être oui, deuxième génération. Mais autrement c'est très très rare, franchement c'est très rare.

Comment ils expriment alors le syndrome dépressif ?

Euh, par, par... Par des plaintes. Toujours. Des plaintes, des vertiges, des... C'est surtout des plaintes quoi. La plupart du temps c'est ça, le mal de dos, les douleurs diffuses, on a rien aux examens et voilà. Et petit à petit, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, petit à petit les gens commencent un peu à se confier, à, voilà, on commence à chercher et on trouve, si il y a des malaises.

Dans la prise en charge, est-ce qu'il y a des choses qu'on peut leur proposer ? Des médicaments ? La psychothérapie ?

Alors la psychothérapie, c'est pas encore dans leur culture, donc euh, du tout parce que déjà quand on parle psychothérapie que ce soit psychologue ou psychiatre et tout ça, bon déjà faut arriver à dire : voilà c'est vraiment psychologique, c'est une dépression. C'est pas facile hein. Parce que bon, ok, c'est les nerfs d'accord, mais ça s'arrête là, on peut pas aller plus loin, c'est pas possible. Ils ont une telle croyance ces gens-là, donc. C'est vraiment... C'est pour ça que je te dis, au niveau prise en charge c'est différent. Ça serait peut-être différent avec un autre médecin. C'est parce que je suis de même origine, que... Et je les comprends aussi, et c'est pour ça que je vais toujours aller chercher plus loin. J'essaie de comprendre. Parce que bon, ils ont une telle croyance que bon c'est pas, voilà, c'est comme si la dépression n'existe pas chez eux. Tu vois c'est..., c'est... On peut être pas bien parce que on a un problème mais bon pas de dépression, c'est pas aller jusqu'au, tu vois ? Donc, alors que même scientifiquement, médicalement on pose le diagnostic d'une dépression et tout, c'est très difficile. La prise en charge est très très difficile. On peut pas tout de suite donner, ok ben voilà vous allez sortir avec ce médicament-là. De toute façon ils vont présenter les effets secondaires tout de suite, parce que c'est pas dans leur culture de prendre quelque chose pour ça. Dans le mal de dos, il faut qu'on trouve quelque chose dans le dos. Si on a rien dans le dos, c'est que on est pas un bon médecin, on a pas bien expliqué (rires). Voilà, mais on peut pas parler de dépression, tu vois, c'est très très délicat. Mais je pense que la prise en charge serait différente d'un médecin à un autre, ça serait... C'est la relation qu'on a avec son médecin et moi je connais leur culture, je suis de même culture. Je les comprends. Je les comprends. Donc voilà. Mais c'est très difficile. Parce qu'il y a des cas vraiment, des vrais, des... Aller jusqu'à prendre des boîtes et des boîtes pour essayer de dormir et pour essayer parce qu'il y a eu trop de problèmes et trop, et trop, et trop. Faut passer par pas mal des étapes. Ils se retrouvent à l'hôpital à plusieurs reprises et on finit par accepter après un traitement, et encore ! Dès qu'on, dès que ça va mieux, au bout de trois à quatre mois, on arrête tout. C'est très très difficile, non, au niveau psychologie. C'est plus tout ce qui est organique, ça se passe très bien. Voilà. Tout ce qui sort de là, c'est un peu...

Du coup, pas de médicament, pas de psychothérapie. Quelles solutions toi tu as trouvées dans ta pratique, pour, pour, pour les aider ? pour palier à tout ça ?

Ben moi j'essaie toujours de..., j'explique, je parle beaucoup, je leur explique énormément. Je ne fais pas qu'écouter, même si des fois je suis en train de faire une thérapie. Tu vois, des fois je dis c'est vraiment... Il y a un dialogue, et ça c'est très important. Il y a toujours un dialogue avec les patients. Il y a un dialogue. Et même certains patients des fois je leur consacre un créneau parce que c'est là où je suis moins dérangée par le téléphone. Ils le comprennent, même si les gens, je parle pas de la deuxième génération, qui voilà, mais je parle vraiment, les vrais problèmes qui se posent avec cette prise en charge. Donc, je parle beaucoup. J'essaie de mettre en route un traitement quand c'est justifié, j'essaie. Et je leur explique pareil, je leur dis : « écoutez, c'est pas un traitement à vie », enfin j'essaie par tous les moyens, quand je sens que c'est besoin de prendre une thérapie, enfin médicament, j'essaie. La thérapie comme je t'ai dit, hors de question, parce que tout de suite : « je suis pas fou », même si je leur dis c'est pas être fou, c'est juste pour..., non, non, non, c'est même pas la peine. Peut-être les jeunes, oui, comprendront. Ils vont être plus demandeurs à aller voir un psychologue, un psychiatre, enfin bref. Mais, non, quand c'est un peu ancien ou un peu les gens qui n'ont pas fait d'étude ou qui voilà, c'est pas la peine. C'est pas la peine, c'est comme si on se fout d'eux.

En général sinon avec les migrants, pas de difficulté particulière ? sans, sans parler du syndrome dépressif.

Ben écoute, pas de difficulté. La seule difficulté chez les migrants c'est, c'est l'observance des médicaments. Ben le suivi en général, c'est autre chose quoi. C'est oui je dirais dans pratiquement 80% des cas, donc voilà. Il faut toujours répéter, insister, voilà donc. Et essayer de faciliter, tu vois ce que je te disais tout à l'heure. Il faut les responsabiliser aussi, donc ça c'est aussi important. Donc. Les responsabiliser, ben y en a qui sont conscients, et puis d'autres... Voilà. Mais moi je trouve la difficulté c'est, euh, c'est d'abord, commençons par le non-respect des rendez-vous (rires), déjà ! Le non-respect des rendez-vous. Les gens qui prennent quand même rendez-vous pour un, parce que maintenant je le demande : pour combien de personnes, parce que maintenant je les connais, alors elle me dit ben deux ou trois ou quatre, enfin bref, voilà. Parce qu'ils peuvent te dire juste une personne et ils viennent à quatre. Bien sûr c'est une heure là, une heure de retard et plus. Donc après, alors, c'est aussi un peu typique je dirais, c'est que quand certaines personnes sont un peu plus âgées quand même, quand ils viennent, et ben il y a plusieurs choses en même temps. Donc va falloir cibler le plus urgent aujourd'hui, en parler et tout, enfin bref, voilà. Mais ils veulent une réponse à tout, tout de suite. C'est pour ça que je te dis, la psychologie et les trucs comme ça, ça... La difficulté elle est là : le non respect des rendez-vous, l'observance des médicaments, et puis ben pareil pour les prises de sang. Tu donnes un bilan pour faire le lendemain ou dans les 48 heures, il sera fait que quinze jours après ou un mois ou j'ai perdu mon ordonnance docteur. Enfin des trucs comme ça, c'est pas toujours euh. Voilà, autrement..., non c'est tout, il y a pas d'autres difficultés, je vois pas d'autres...

D'accord. Du coup, est-ce que tu as réfléchi éventuellement à des attentes au niveau extérieur qui pourraient t'aider dans la prise en charge du syndrome dépressif chez le migrant ?

Euh, extérieur ? Alors bon, pour les personnes qui travaillent, tu vois, ils ont, ça on rentre dans des problèmes sociaux plutôt, tu vois, le monde du travail, il y a énormément de problèmes au travail. Le stress au travail, on en voit tous les jours, tous les jours, tous les jours. Euh, ça je dirais c'est la première cause chez les personnes qui travaillent. Alors, est-ce que bon, je sais pas, est-ce que c'est un problème de langue ? c'est un problème de faciès ? c'est un problème ? Je ne sais pas, mais en tous cas c'est voilà, donc euh.

Alors qu'est-ce qu'on pourrait améliorer ? Aider ces gens-là, ceux qui travaillent pas, qui sont, qui ont beaucoup d'enfants, qui sont un peu dépassés et qui..., donc euh voilà. Il y a pas de structure pour, pour expliquer beaucoup de choses, hein. Je parle pas d'intégration, c'est pas ça. Ces gens-là sont intégrés ou pas intégrés, ça ne me regarde pas et c'est pas le but. Mais je pense, je pense qu'on devrait les aider quand même, le social voilà. Des structures, des structures et expliquer beaucoup de choses, expliquer voilà.

Donc, ben moi je pense que ces gens-là, euh, je pense qu'ils ont, ils ont besoin, à mon avis c'est même indispensable, de... leur faire des formations peut-être, je sais pas. Qu'ils soient un petit peu au courant voilà, comment le système fonctionne, comment... Voilà, c'est pas parce que on va aller chez notre compatriote que... (rires). Alors aussi oui... Tu donnes un rendez-vous, faut leur prendre, c'est, c'est, ils veulent être assistés, tout le temps, assistés, assistés, assistés. Non non, vous pouvez pas prendre un rendez-vous, je sais pas parler, je peux pas parler. Donc, voilà, c'est, c'est... qu'il y ait des formations pour ces gens-là, les aider quoi, qu'ils puissent se débrouiller, qu'ils puissent...

Pour le syndrome dépressif, euh, qu'est-ce que je pourrais te dire ? c'est pas évident parce que la plupart du temps, pour ceux qui ne travaillent pas, pour ceux qui n'ont jamais travaillé, ou jamais étudié, ou jamais été à l'école, ou qui sont à la maison, il y a le mari qui travaille ou qui travaille pas la plupart du temps... Qu'est-ce que tu veux apporter comme... ? Voilà, donc euh, c'est pour ça que je te dis, le syndrome dépressif, il vient pour autre chose, il vient pour d'autres douleurs, somatisation. Là on a pas aborder le problème des femmes battues, j'en vois pas mal, mais énormément. Et il y en a une l'autre fois elle est venue et elle me dit « je suis tombée dans l'escalier ». Une autre fois, c'était encore un autre prétexte. Elle venait me voir parce que c'était des douleurs abdominales. Elle était très..., anxiété généralisée, bilan négatif, rien, et euh. Voilà, donc syndrome dépressif, c'est très très vaste, très très très vaste. Et la prise en charge, ça change d'une personne à l'autre, d'un milieu je dirais, d'un milieu à l'autre. Je sais pas du tout comment on peut faire pour un petit peu améliorer ça de façon extérieure : point d'interrogation ! A part je te dis les, les former...

Et est-ce que l'accès à un psychiatre ou à un psychologue qui parlerait leur langue serait facile pour eux ou la psychologie n'est pas accessible ?

Alors moi j'ai un, j'ai un exemple, mais vraiment tout frais, une patiente qui parle très peu l'Anglais, elle parle l'Arabe, donc elle vient me voir parce qu'elle ne parle pas un mot Français. Ils font des cours. Je vais te dire, parce que quand même le système est très très mal fait. Je regarde juste son âge. Voilà, elle a 22, 22 ans et 9 mois. Elle est repassée me voir lundi. Depuis qu'elle est venue en France, donc ça fait six mois, euh, elle dort plus la nuit, ou quand elle dort, elle va..., enfin bref, elle fait de la boulimie. Elle a fait de l'anorexie et de la boulimie. Et elle le vit très mal, mais vraiment très très mal. J'ai pris rendez-vous... Alors, j'avais du mal à avoir les rendez-vous avec les psychiatres, tout de suite, parce qu'il fallait tout de suite agir. C'est-à-dire qu'elle va dormir vingt minutes et elle va se lever et va manger des sucreries tout, tout, tout, tout, tout. Elle a très mal à l'estomac, elle est ballonnée, elle est vraiment pas bien. Dans la journée, elle va pas manger, elle mange que la nuit, voilà. Elle se lève la nuit, elle dort pas, elle mange la nuit. Je l'avais fait rentrer à l'hôpital, j'ai fait un courrier à l'hôpital, j'ai fait un courrier à l'hôpital et ils la font sortir le jour-même. J'avais essayé les médicaments, j'ai essayé, tout, et zéro. J'ai expliqué dans mon courrier, ils la font sortir, elle a donc vu un spécialiste, elle est sortie avec un suivi dans une structure de... Donc C.M.P., elle est allée, elle a vu donc un médecin, qui parle vraiment très peu l'Anglais, donc il a pas su... bref, puis on lui a dit : écoutez, l'interprète on l'aura que fin avril (plusieurs semaines plus tard), j'ai dit : écoutez c'est pas normal.. Donc, voilà, il y a pas de suivi. J'ai pris mon téléphone, j'ai appelé, j'ai dit : écoutez, vous ne pouvez pas la remettre avec ce médecin-là, je fais un courrier pour ce médecin, qu'il la fasse hospitaliser, qu'il trouve une place. Donc elle m'a dit : non, non, non, non, ils sont tellement débordés, et effectivement, nous on aura peut-être un interprète qu'en fin avril. Donc du coup, je lui dis écoute, tu vas aller à l'hôpital tout de suite. A l'hôpital, ils vont se débrouiller pour avoir un, un interprète ou une interprète. Tu vois le problème il est, c'est que au C.M.P. pas moyen d'avoir un interprète. C'est le problème de langue finalement. La langue c'est important. Après, et pour tout le monde quoi.

Et du coup, est-ce qu'un psychiatre qui parlerait la langue et disponible... ?

Oui je pense que, oui je pense que ça faciliterait, oui ! Sauf que je dirais pas que d'emblée, oui ça serait quelqu'un qui... jeune, cultivée, je lui dis voilà ça il faut vraiment que vous alliez... Oui, elle va le faire, mais, mais pas tout le monde. Parce que ça, ça va prendre du temps aussi. On va pas dire voilà, c'est la dépression, c'est les nerfs, je vais t'envoyer voir un médecin des nerfs. En fait c'est ça.

Est-ce que, la langue c'est donc un obstacle aussi, mais est-ce que la culture ? Est-ce qu'un médecin qui parlerait pas forcément la langue mais qui aurait une formation par rapport à la culture des patients ?

Ben la culture y est pour quelque chose aussi.

Avec un interprète par exemple ?

Oui, la culture y est pour, pour euh, oui. Parce que nous, euh, chez, chez les Maghrébins, quand ça va pas, tu vois, c'est pas grave, tout est bien. C'est ça. Ça vient du Dieu, c'est comme ça. C'est arrivé à un certain stade, parce qu'ils font pas tous des dépressions et fort heureusement. C'est comme tout le monde, il y a des personnalités qui en font, d'autres pas. Mais même ceux qui en font, ils restent à dire : bon ben bon Dieu, donc tu vois, ils prient pour ça, ils prient pour que ça aille mieux, ils prient que... La culture y est pour quelque chose aussi. Donc le psy je pense que c'est pas, ce sera pas en premier ordre pour cette population. Mais pour les jeunes oui. Les jeunes oui, maintenant oui, ils commencent un petit peu à s'analyser, voilà : « je veux aller voir quelqu'un ». Des fois ils viennent me dire : « qu'est-ce que vous en pensez docteur, je crois qu'il faudrait peut-être que j'aille faire une thérapie ? ». Mais chez d'autres, non, c'est non, non.

Que ça soit un médecin qui parle leur..., voilà, ou que ça soit quelqu'un qui s'y connaît dans leur culture, c'est pas pour autant qu'ils vont aller faire une thérapie. C'est mon point de vue, moi je ressens ça comme ça, c'est mon point de vue (rires).

De toute façon, c'est ce que je recherche, des points de vue personnels. Des commentaires ?

Non, tu me tiendras au courant de ta thèse.

Merci d'avoir participé, merci du temps que tu m'as consacré.

Avec plaisir, il y a pas de souci.

DOUJA Anissa

TITRE DE LA THESE : Prise en charge de la dépression chez le migrant en médecine générale : difficultés et attentes des praticiens. Enquête qualitative auprès de 14 médecins généralistes nantais.

RESUME :

Introduction : Les migrants à Nantes sont d'âge, de sexe et de pays d'origine différents. Le médecin généraliste rencontre parfois des difficultés inhérentes aux migrants et cela semble encore plus compliqué lorsqu'il s'agit de la symptomatologie dépressive.

Méthode : Le choix s'est porté sur une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes nantais.

Résultats : Consultés par des patients d'autres cultures, les médecins généralistes rencontrent des difficultés de communication pour comprendre la demande qui leur est adressée, transmettre la réponse qu'ils proposent et en évaluer la pertinence. En ce qui concerne la dépression, les références culturelles amènent une difficulté supplémentaire puisque les représentations et l'expression clinique de la maladie sont différentes. Les plaintes somatiques sont souvent au premier plan. Les médecins interrogés ne savent pas vers qui s'orienter. Interprètes professionnels, structures, spécialistes et formations seraient d'une grande aide.

Discussion : La barrière de la langue et les représentations culturelles sont des difficultés inhérentes aux patients migrants. Chaque histoire est singulière. C'est cette singularité qu'il faut prendre en compte, en se posant la question avec le patient de savoir pourquoi il souffre aujourd'hui. La souffrance psychique des patients migrants requiert une prise en charge spécifique dans la manière de recevoir et de concevoir la parole et l'expression du patient. La connaissance des systèmes de références du patient est un atout précieux du médecin dans l'investigation diagnostique et dans le choix d'une thérapeutique adaptée. Le recours à un interprète, autre atout important, permet d'instaurer un climat de confiance, de traduire les mots mais aussi d'interpréter des concepts différents.

MOTS-CLES :

Migrant, dépression, culture, ethnopsychiatrie, somatisation, relation médecin malade, enquête qualitative.