

Oser une médecine du monde

5

Renée Pelletier

LE TEXTE QUI SUIT en est un de réflexion, de partage d'une expérience et d'un vécu professionnel et personnel auprès de la clientèle des nouveaux arrivants, plus particulièrement des demandeurs d'asile. Ce texte suscitera possiblement plus de questions sur le plan humain que de réponses scientifiques. Si tel est le cas, l'objectif sera atteint. Puissent les repères suggérés devenir des phares intérieurs de notre pratique au quotidien.

Partir en coopération internationale, c'est aller travailler dans des coins défavorisés du monde pour y apporter nos compétences humaines et professionnelles. À leur retour, plusieurs médecins choisissent de pratiquer dans un milieu multiethnique et multiculturel. Ce fut mon choix. Les nouveaux arrivants font partie de notre clientèle qu'ils soient immigrants, demandeurs d'asile, résidents temporaires ou encore résidents au statut précaire. Les jeux sont inversés. Tous ces gens débarquent chez nous, nous les croisons au marché, dans le métro, à l'école de nos enfants et, à un certain moment, dans notre clinique ou notre cabinet. Parmi ces patients, on trouve l'immigrant venu avec sa famille et dont les qualifications professionnelles sont reconnues. Il y a aussi l'agriculteur d'un petit village qui a dû fuir son pays pour échapper à la mort. Il est encore très effrayé de prendre l'ascenseur, n'ose pas avouer qu'il

sait à peine lire et écrire et cache discrètement les cicatrices de torture sur ses bras.

Derrière chaque patient se cache une histoire de vie

En me dirigeant vers la salle d'attente, dossier en main, je sens des yeux qui se tournent vers moi. Un moment de silence pour lire et m'entraîner intérieurement à prononcer le nom de la prochaine patiente, un nom de quatre syllabes plein de consonnes. J'appelle... Personne ne bouge, mais tous me regardent. Je réessaie. Cette fois-ci, une dame se lève timidement.

Le nouvel arrivant a besoin des compétences professionnelles du médecin. Il a aussi et surtout besoin d'être accueilli avec tout ce qu'il est, avec son histoire, sa réalité, sa culture, ses blessures et ses cicatrices physiques, psychologiques et spirituelles. La médecine des nouveaux arrivants en est une d'accueil.

Les noms des patients ont des résonances des quatre coins du monde. L'habillement reflète aussi les nombreuses cultures, allant des boubous les plus colorés aux vêtements les plus sombres, en passant par le turban enveloppant les cheveux des hommes, le voile enroulé autour de la tête et du cou des femmes et les jeans portés par les plus jeunes.

Et c'est la rencontre entre le médecin et le patient nouvellement arrivé. Un patient parfois souriant, mais au regard souvent craintif, hésitant, apeuré, souffrant, un regard voilé parfois même mouillé. La poignée de main, plutôt réservée dans notre culture nord-américaine, constitue souvent le rituel de la présentation et du bonjour quotidien dans beaucoup de cultures. Tremblante, ferme, humide ou fuyante, elle établit le contact. Pour moi, elle ferme

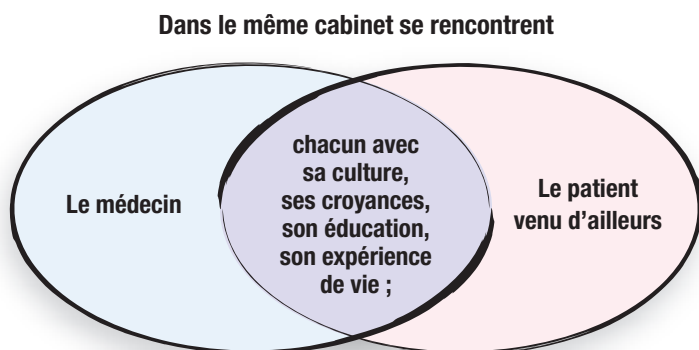
La D^{re} Renée Pelletier, omnipraticienne, a travaillé en coopération internationale, puis en gériatrie. Depuis 1985, elle pratique auprès des réfugiés. Elle exerce actuellement au Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA), au CLSC Côte-des-Neiges du CSSS de la Montagne, à Montréal.

Le nouvel arrivant a besoin des compétences professionnelles du médecin. Il a aussi et surtout besoin d'être accueilli avec tout ce qu'il est, avec son histoire, sa réalité, sa culture, ses blessures et ses cicatrices physiques, psychologiques et spirituelles. La médecine des nouveaux arrivants en est une d'accueil.

Repère

Figure 1

Deux visions qui se rencontrent



chacun avec sa vision :

- de la vie, de l'enfance, de l'adolescence ;
- des relations parents-enfants, de la famille ;
- de la spiritualité, de la religion ;
- de la sexualité, du mariage ;
- de la contraception, de l'avortement, des ITSS ;
- de la maladie, du vieillissement, de la mort ;
- de la médecine traditionnelle et occidentale.

le dossier du patient précédent et donne le signe au nouveau patient que les prochaines minutes lui sont réservées. La poignée de main s'avère donc un élément important de la communication entre le médecin et le patient.

Dans le dossier, l'infirmière de l'équipe a inscrit, lors du triage, la raison de la consultation : douleur à une jambe, mal au dos, symptômes urinaires, troubles de sommeil, etc. Selon que le patient expliquera directement ses problèmes à l'infirmière ou qu'il aura de l'aide d'un proche, d'un compatriote ou encore d'un interprète professionnel, les détails du problème risquent de varier. Le médecin doit orchestrer le reste de l'anamnèse afin de tirer sur le bon fil au bon moment, au fur et à mesure que se tisse la relation d'échange avec le patient. Qu'y a-t-il derrière ce mal à la jambe ? Des traumatismes de violence, de la torture. Qu'y a-t-il derrière ces symptômes qualifiés d'urinaires, mais qui s'avèrent plutôt gynécologiques une fois dans le cabinet du médecin ? Des antécédents de sévices sexuels et de viol dans un contexte d'intimidation. Par ailleurs, faut-il se surprendre que cette femme ignore le nombre de grossesses qu'elle a eues alors qu'elle vient d'un

pays où l'avortement s'avère la méthode usuelle de contraception ? Et que dire des troubles de sommeil et de la tristesse de ce patient qui se sent coupable d'avoir quitté sa famille pour échapper à la mort, mais qui garde l'espoir de la retrouver un jour s'il est accepté comme réfugié. Et cet enfant présentant des troubles de comportement. Il a vu son père se faire tuer et a entendu sa mère hurler de douleur. Faut-il se surprendre que ni les hommes ni les femmes n'oseront avouer, par peur, par gêne ou par honte, les traumatismes qu'ils ont subis et les conséquences qui en découlent telles que les troubles de mémoire ou de concentration ou encore la panique à la vue d'hommes en uniforme ou au son des sirènes. Le sentiment d'être écouté, entendu et accueilli sans se sentir jugé contribue à tisser la relation de confiance.

Par ailleurs, le langage, souvent coloré, peut semer le doute ou encore se trouver très loin des concepts physiopathologiques

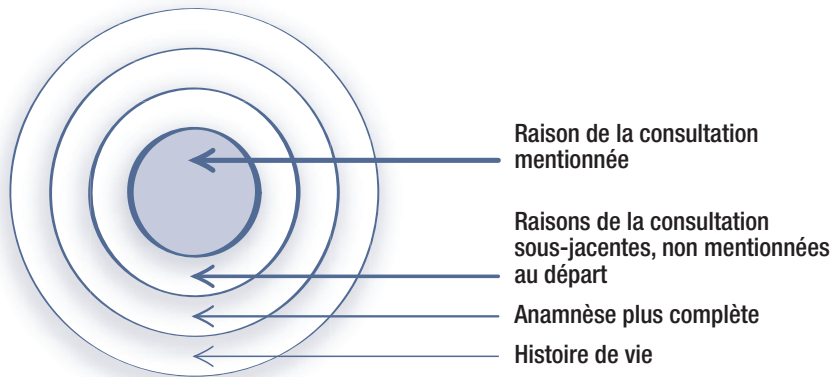
appris : j'ai du vent et du feu dans le ventre (flatulence et brûlures), j'ai un mal de crâne (céphalée), je n'ai plus la force de l'arbre (troubles d'érection), mon cœur est en train de couler (tristesse, mélancolie). À cela s'ajoutent des conceptions culturelles très différentes de la vie, de la maladie, du vieillissement et de la mort ainsi que des croyances profondément ancrées. Les patients nouvellement arrivés auront souvent consulté des guérisseurs traditionnels avant leur départ, mais n'oseront pas le dire. Certains prendront encore des médicaments en provenance de leur pays. Pour plusieurs, la pratique de certains rites religieux s'avère fondamentale et sera plus importante que tout conseil médical (le jeûne du ramadan, par exemple). La figure 1 présente les deux visions qui se rencontrent, celle du médecin et celle du patient venu d'ailleurs.

Le motif officiel de la consultation dissimule très souvent des éléments non avoués, à tout le moins lors du premier rendez-vous, d'où l'importance de revoir le patient pour approfondir, le cas échéant, l'anamnèse qui se moule d'assez près à l'histoire de vie (figure 2). Se retrouver dans un nouveau pays (sans nécessairement l'avoir vraiment choisi, puisqu'il s'agit

souvent de départs précipités du pays d'origine et d'une demande de refuge au Canada), dans une culture nord-américaine au rythme et au mode de vie différents et au système de santé, avouons-le, complexe pour un nouvel arrivant, tous ces éléments créent une barrière à franchir. À cela s'ajoutent un état de santé physique n'ayant parfois jamais fait l'objet d'une évaluation ou si peu, des examens diagnostiques inconnus et une connaissance parfois minimale des maladies, ce qui limite les repères et les réponses aux différentes questions. Même informé du contraire, que répondriez-vous si on vous posait une trentaine de questions et que vous aviez peur que vos réponses aient des conséquences sur votre acceptation au pays par Citoyenneté et Immigration Canada ?

Et que dire des gens venus seuls et ayant dû laisser derrière eux leur famille pour échapper à la mort ? Médecin de famille pour patients... sans famille ! Des patients vivant avec beaucoup de douleur la séparation et l'absence des leurs, sans compter l'inquiétude que ces derniers soient menacés, questionnés, battus, torturés et même tués en guise de représailles à leur départ. Par ailleurs, entre deux rendez-vous, il peut se passer beaucoup de choses dans la vie du patient ou de la patiente : des nouvelles de son pays, le stress de l'audience d'immigration, une acceptation ou un refus de sa demande d'asile. Dans la vie du nouvel arrivant, les facteurs pouvant nuire au sommeil, augmenter le niveau de stress, diminuer la concentration, l'appétit, le degré d'énergie et même perturber la régularité des cycles menstruels sont tellement nombreux. Encore faut-il laisser au patient l'occasion et le temps de les révéler, d'où l'importance d'établir une relation de confiance. L'attitude du médecin peut avoir un effet sur l'ouverture du patient et sur sa ca-

Figure 2
Au-delà des symptômes



Encadré 1

Relation de confiance entre le médecin et le patient

La relation de confiance entre le médecin et le patient venu d'ailleurs peut être favorisée par des attentions toutes simples :

- il est important que le médecin se présente comme étant le médecin ;
- le médecin demande ensuite à l'interprète de se présenter à son tour ;
- le médecin explique au patient le déroulement de la rencontre et de l'examen physique (les patients viennent souvent de pays où l'approche de la consultation médicale est très différente et souvent moins globale qu'ici) ;
- le médecin rassure le patient quant à la confidentialité des renseignements et des résultats de l'examen (certains patients ont peur de raconter leur histoire, leurs réels problèmes et leurs symptômes par crainte que l'information soit transmise à Citoyenneté et Immigration Canada ou même à leurs compatriotes ici au pays) ;
- le médecin invite le patient à poser des questions si des éléments lui échappent ;
- les questions relatives à la sexualité, à la violence, aux sévices et à la torture doivent être moulées et adaptées à l'état psychoémotif du patient.

pacité à mettre en relation certains symptômes avec la réalité de son vécu (encadré 1). Cela pourrait, entre autres, éviter de longues, coûteuses et surtout inutiles évaluations et séries d'exams.

Le stéthoscope peut séparer professionnellement le médecin du patient, comme il peut être le symbole d'une médecine sans frontières. Tout comme la Croix-Rouge et les Casques bleus, le stéthoscope parle un langage universel, sans frontières.

Repère

Encadré 2

Communication médecin-patient

Voici quelques suggestions pour faciliter la communication avec le patient venu d'ailleurs :

- ④ parler plus lentement et bien articuler, surtout si le patient comprend peu le français ;
- ④ poser des questions précises et courtes, en évitant les expressions québécoises ou faisant trop référence à la culture nord-américaine ;
- ④ s'assurer que le patient a bien saisi le sens des questions et, au besoin, les reformuler différemment ;
- ④ être attentif aux hésitations du patient et aux réponses trop évasives ;
- ④ expliquer chacune des étapes (examen général, examen gynécologique, prélèvements, etc.) ;
- ④ laisser au patient le temps de répondre (la timidité, la pudeur, la méfiance ou la nature même des questions peuvent freiner les réponses du patient) ;
- ④ faire part de son opinion médicale au patient et lui expliquer le plan d'évaluation et de traitement proposé (tout en tenant compte du fait que l'on s'adresse à un patient qui ne connaît pas ou qui connaît très peu notre système de santé) ;
- ④ ne pas hésiter à utiliser un papier et un crayon pour mieux expliquer et même dessiner au besoin ;
- ④ préciser la justification et la nature du traitement (beaucoup de patients viennent de pays où l'on considère qu'un médicament est plus efficace s'il est donné par injection) ;
- ④ faire participer le patient le plus possible au processus de décision (évaluation, traitement et orientation en spécialité) ;
- ④ expliquer ou faire expliquer les examens demandés et leur déroulement ;
- ④ expliquer au patient le lien d'un rendez-vous à l'autre (pour une meilleure observance du traitement et une meilleure assiduité aux rendez-vous) ;
- ④ se permettre de sourire et de rire ensemble lors de situations cocasses, sans manquer de respect ni de professionnalisme ;
- ④ ne pas se blinder contre les émotions ; le médecin a aussi droit à ses émotions !

Le stéthoscope qui sépare et... unit deux mondes

Le stéthoscope peut séparer professionnellement le médecin du patient, comme il peut être le symbole d'une médecine sans frontières. Tout comme la Croix-Rouge et les Casques bleus, le stéthoscope parle un langage universel, sans frontières. Par ailleurs, utiliser un stéthoscope, c'est franchir une certaine intimité de la personne dans le respect de cette dernière.

L'examen physique des nouveaux arrivants revêt

des considérations particulières. On fait souvent face à une grande gêne, voire à une pudeur liée à la culture, au sexe et à la religion, sans oublier le vécu des personnes. Une patiente pourra insister pour être vue et surtout examinée par une femme médecin. Par ailleurs, un homme pourra être mal à l'aise de se faire examiner par une femme médecin. L'examen physique doit être adapté et, à moins d'une urgence, il pourra souvent être effectué en deux étapes, l'examen gynécologique ou rectal pouvant être reporté à la seconde visite. Il faut se mettre dans le contexte de personnes qui n'ont jamais connu ni subi ces examens ou encore qui ne s'attendaient pas à en faire l'objet lors d'une première visite. Explications, délicatesse et respect sont de mise et peuvent faciliter de beaucoup l'examen, son déroulement et sa valeur.

Par ailleurs, il n'est pas toujours évident d'examiner les oreilles et le cou d'un patient portant le turban serré autour de la tête ainsi que la très longue barbe. Et que dire de la surprise du médecin dont le stéthoscope se heurte pour la première fois au bruit métallique du kirpan ? Un patient ayant déjà été torturé par des chocs électriques aura peut-être peur de l'ophtalmoscope ou de l'otoscope. Si une femme a été violente et violée, l'examen et plus particulièrement l'examen gynécologique doivent être bien expliqués et effectués doucement dans le plus grand respect de l'immense souffrance vécue par cette patiente. Il faut aussi être bien conscient que même pratiqué avec délicatesse, l'examen peut réveiller sur-le-champ des souvenirs et faire réagir la patiente. Et que dire de l'examen gynécologique visant à confirmer l'excision de la femme ou de la jeune fille ? Examen limité et surprenant pour le médecin, surtout lorsqu'il s'agit de cas d'excision-infibulation, et que l'on pense à tous les traumatismes vécus et aux complications qui s'y rattachent.

Les corps des patients, principalement chez les demandeurs d'asile, portent souvent les cicatrices les plus diverses et les plus inusitées occasionnées par les tortures subies : une cicatrice chéloïde profonde sur un bras ou le thorax, une autre faisant suite à une coupure infligée au visage, les cicatrices provoquées par les brûlures de cigarettes ou de liquides bouillants, celles d'objets tranchants, de doigts amputés ou encore de membres fracturés avec anomalie de reprise osseuse. Les patients ont

parfois besoin d'une attestation médicale de leurs cicatrices pour compléter leur dossier d'immigration. La honte et la souffrance se lisent sur leurs visages. Elles sont souvent palpables tellement le patient est blessé intérieurement.

La clientèle des nouveaux arrivants peut être bousculée par nos examens plutôt complexes. Jusqu'à un certain point, ces derniers peuvent être agressants pour une clientèle rurale qui n'a jamais été en contact avec une médecine aussi spécialisée. Une coloscopie et la préparation préalable, une biopsie de la prostate, une colposcopie ou encore des biopsies du sein en stéréotaxie, pour n'en citer que quelques-uns, sont des examens que le médecin ou un membre de l'équipe doit expliquer au patient avant le jour J, principalement si le patient a besoin de l'aide d'un interprète (*encadré 2*).

Le rôle de médecin pivot et le travail d'équipe prennent toute leur signification auprès des nouveaux arrivants. Étant souvent le premier contact du patient avec le système de santé canadien et québécois, le médecin traitant aura fréquemment le tableau le plus global de l'état de santé physique et psychologique du requérant. Le praticien est souvent le confident du patient qui lui fait part de toutes sortes de problèmes, situation face à laquelle le médecin pourrait avoir une attitude strictement médicale ou encore une approche d'ouverture et de santé globale. Outre les examens diagnostiques et de dépistage, les rendez-vous de suivi et, au besoin, les consultations auprès de collègues spécialistes, l'orientation vers un travailleur social, un psychologue, une diététiste ou encore un organisme communautaire est fréquente. Par ailleurs, le personnel infirmier s'avère très précieux à tout moment et son travail doit être adapté à la clientèle : triage, prise et suivi de la pression artérielle, ECG, tests cutanés, vaccinations, suivi infirmier des femmes enceintes, explication appropriée du fonctionnement des glucomètres et des régimes de base, sans oublier les soins et les pansements courants. À ses tâches de première ligne et de suivi s'ajoute une importante contribution au travail d'information, d'éducation et de prévention. Multidisciplinarité et polyvalence caractérisent le travail quotidien auprès des nouveaux arrivants. La vie de ces patients constitue souvent une mosaïque complexe. Il appartient au médecin et à l'équipe de composer avec cette réalité.

Et que dire des émotions ressenties par le personnel médical au contact de cette clientèle, plus particulièrement des demandeurs d'asile? Le médecin ne peut se cacher derrière le paravent de la science et de la technologie. Il doit affronter, là devant ses yeux, les blessures et les cicatrices profondes – physiques et psychologiques – de la bêtise humaine. La tristesse, la colère et l'impuissance se font sentir et se mêlent à la compassion. Le médecin et les membres de l'équipe peuvent être profondément ébranlés. Ventiler, parler et échanger a toujours été et demeure une soupape très importante pour l'équilibre professionnel, personnel et collectif, une soupape à notre propre santé psychologique nous permettant d'avoir la motivation, la force et le courage de continuer, malgré tout, à travailler avec cette clientèle si souffrante.

Bien au-delà de la maladie

Au-delà des symptômes et des mots des nouveaux arrivants et plus particulièrement des demandeurs d'asile, il y a leurs maux, des maux du corps mais aussi du cœur et de l'âme. Au-delà des connaissances scientifiques et des diagnostics différentiels, il y a aussi les répercussions professionnelles et personnelles de cette clientèle sur le médecin.

La médecine des nouveaux arrivants constitue une riche expérience professionnelle et humaine. Elle permet de faire de la coopération internationale au Québec. Nous pouvons apprendre beaucoup de nos patients nouvellement arrivés. Ces derniers contribuent à la formation continue du médecin. La seule exigence pour travailler avec cette clientèle est... de l'aimer (*encadré 3*)!

Les nouveaux arrivants ont surtout besoin d'être accueillis. Ils ont besoin d'un médecin et d'une médecine d'accueil bien au-delà des définitions officielles des tâches. Les repères du médecin œuvrant auprès de cette clientèle sont souvent bousculés, voire ébranlés dans leurs fondements. Même les questions d'éthique revêtent parfois une autre coloration et doivent aussi être adaptées. Donner une accolade d'encouragement à un patient éloigné de sa famille depuis de longs mois, souhaiter bonne fête à une patiente dont ce sera l'anniversaire le lendemain et que l'on sait être seule au pays, aller chercher quelques biscuits à un jeune patient à jeun depuis plusieurs heures, ouvrir l'annuaire téléphonique

Encadré 3

Paroles de sagesse : réflexions de patients demandeurs d'asile

- ☉ Docteur, quand vous vous levez le matin, vous le faites pour quelqu'un. Moi, je n'ai plus personne pour qui me lever !
- ☉ Je regarde tomber les feuilles des arbres et je me dis : « c'est comme ça ma vie » !
- ☉ Vous êtes ma famille d'ici.
- ☉ Avez-vous déjà vu un arbre sans racines donner des fruits ?
- ☉ On ne peut voir la tache que l'on a dans le dos !
- ☉ Je suis un réfugié, pas un esclave !
- ☉ La maladie ne prend jamais de rendez-vous !
- ☉ Je veux retourner voir ma famille. Peut-être que je vais mourir en retournant, mourir en une fois. Ici, je meurs un peu chaque jour.
- ☉ Je peux vous dire quelque chose, docteur ? Un patient bien accueilli est un patient... à moitié guéri !

pour trouver une ressource pour un patient, donner un coup de téléphone au centre où est hospitalisé un de nos patients pour en prendre des nouvelles, partager avec un autre sa joie d'avoir été accepté comme réfugié et savourer en équipe les gâteries qu'il a apportées pour souligner cet événement, voilà une médecine d'accueil beaucoup plus large et polyvalente, et ayant des répercussions sur la santé de nos patients, du moins sur leur bien-être psychologique. Pour ces derniers, se sentir ainsi reconnus et accueillis contribue à renforcer leur estime de soi et leur donne une certaine forme de valorisation.

Côtoyer au quotidien des patients vivant un syndrome de stress post-traumatique n'est certes pas chose facile. Pourtant, en échange, ces derniers ont aussi beaucoup à nous apporter à nous, médecins. L'amnistie internationale se vit d'abord de l'autre côté de la porte du cabinet par l'exercice d'une médecine

La médecine des nouveaux arrivants constitue une riche expérience professionnelle et humaine. Elle permet de faire de la coopération internationale au Québec. Nous pouvons apprendre beaucoup de nos patients nouvellement arrivés. Ces derniers contribuent à la formation continue du médecin. La seule exigence pour travailler avec cette clientèle est... de l'aimer !

Repère

Summary

Embracing a World Medicine. Versatility, a welcoming attitude and an open mind are the keystones of a world medicine that is attuned to newcomers arriving from the four corners of the globe. At the core of this newly arrived clientele, the physical and psychological health status of asylum seekers closely parallels their life stories. Traumatizing life experiences filled with violence and torture are often the reality behind their reasons for medical consultations. The medical questionnaires and physical exams have to be adapted to this multicultural clientele. Information, education and prevention are as necessary as first-line treatments and medical follow-up. Practicing medicine with this population is certainly not without difficulties or challenges. However, physicians can learn many things from these newcomers, both on a professional and on a personal level.

Keywords: immigration, refugees, communication, doctor-patient relationship

du monde. Pratiquer une médecine d'accueil, c'est une formation continue à l'école de la vie.

Ya-t-il meilleure façon de compléter la présente réflexion que par les mots suivants :

À toi le demandeur d'asile, à toi le requérant du statut de réfugié. Moi, ton médecin, j'ai ressenti une grande impuissance devant ta détresse et le drame que tu as vécu. Mais j'ai aussi eu le sentiment de pouvoir apporter un certain baume sur ta peine et sur tes blessures, juste en t'accueillant, en t'écoutant, en te respectant et en me préoccupant de ta santé physique et psychologique avec toute ma compétence professionnelle, mais surtout avec mon cœur.

Date de réception : 23 octobre 2006

Date d'acceptation : 1^{er} novembre 2006

Mots-clés : immigration, réfugiés, communication, relations médecin-patient

La D^{re} Renée Pelletier n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Erratum

À la suite de la publication, dans le numéro de novembre 2006, de l'article de M^{me} Andrée Néron et de M. Robert Thiffault intitulé « Douleur neuropathique – Des anciennes aux nouvelles modalités thérapeutiques », les auteurs tiennent à signaler qu'une erreur s'est glissée dans le tableau IV – Associations médicamenteuses et pharmacovigilance. En effet, à leur connaissance, aucune étude publiée ne relate une interaction entre le tramadol et le bupropion mettant en cause un syndrome sérotoninergique.