



HAL
open science

À quelles difficultés sont confrontés les médecins généralistes dans leur prise en charge de patient migrant douloureux chronique en état de stress post traumatique ?

Charlène Martin

► To cite this version:

Charlène Martin. À quelles difficultés sont confrontés les médecins généralistes dans leur prise en charge de patient migrant douloureux chronique en état de stress post traumatique?. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03180782

HAL Id: dumas-03180782

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03180782>

Submitted on 25 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

ANNEE 2021

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

MARTIN Charlène

NEE LE 4 MARS 1992 A PARIS 19^{ème}

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21 JANVIER 2021

**A quelles difficultés sont confrontés les médecins généralistes
dans leur prise en charge de patient migrant douloureux
chronique en état de stress post traumatique ?**

PRESIDENT DE JURY : Pr Jean-Loup HERMIL

DIRECTEUR DE THESE : Dr Valérie VILLAMAUX

MEMBRES DU JURY : Pr Elisabeth MAUVIARD
Dr Emmanuel HAZARD

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

| |
|----------------------------|
| <p>I - MEDECINE</p> |
|----------------------------|

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|------------------------------------|-------|---------------------------------------------|
| Mr Frédéric ANSELME | HCN | Cardiologie |
| Mme Gisèle APTER | Havre | Pédopsychiatrie |
| Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR | HCN | Chirurgie plastique |
| Mr Jean-Marc BASTE | HCN | Chirurgie Thoracique |
| Mr Fabrice BAUER | HCN | Cardiologie |
| Mme Soumeya BEKRI | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Ygal BENHAMOU | HCN | Médecine interne |
| Mr Jacques BENICHOU | HCN | Bio statistiques et informatique médicale |
| Mr Olivier BOYER | UFR | Immunologie |
| Mme Sophie CANDON | HCN | Immunologie |
| Mr François CARON | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Philippe CHASSAGNE | HCN | Médecine interne (gériatrie) |
| Mr Vincent COMPERE | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mr Jean-Nicolas CORNU | HCN | Urologie |
| Mr Antoine CUVELIER | HB | Pneumologie |
| Mr Jean-Nicolas DACHER | HCN | Radiologie et imagerie médicale |

| | | |
|----------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------|
| Mr Stéfan DARMONI | HCN | Informatique médicale et techniques de communication |
| Mr Pierre DECHELOTTE | HCN | Nutrition |
| Mr Stéphane DERREY | HCN | Neurochirurgie |
| Mr Frédéric DI FIORE | CHB | Cancérologie |
| Mr Fabien DOGUET | HCN | Chirurgie Cardio Vasculaire |
| Mr Jean DOUCET | SJ | Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie |
| Mr Bernard DUBRAY | CHB | Radiothérapie |
| Mr Frank DUJARDIN | HCN | Chirurgie orthopédique - Traumatologique |
| Mr Fabrice DUPARC | HCN | Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mr Eric DURAND | HCN | Cardiologie |
| Mr Bertrand DUREUIL | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mme Hélène ELTCHANINOFF | HCN | Cardiologie |
| Mr Manuel ETIENNE | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Thierry FREBOURG | UFR | Génétique |
| Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>) | HCN | Anatomie - Neurochirurgie |
| Mr Jean François GEHANNO | HCN | Médecine et santé au travail |
| Mr Emmanuel GERARDIN | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Priscille GERARDIN | HCN | Pédopsychiatrie |
| M. Guillaume GOURCEROL | HCN | Physiologie |
| Mr Dominique GUERROT | HCN | Néphrologie |
| Mr Olivier GUILLIN | HCN | Psychiatrie Adultes |
| Mr Claude HOUDAYER | HCN | Génétique |
| Mr Fabrice JARDIN | CHB | Hématologie |
| Mr Luc-Marie JOLY | HCN | Médecine d'urgence |
| Mr Pascal JOLY | HCN | Dermato – Vénérologie |
| Mme Bouchra LAMIA | Havre | Pneumologie |
| Mme Annie LAQUERRIERE | HCN | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mr Vincent LAUDENBACH | HCN | Anesthésie et réanimation chirurgicale |
| Mr Joël LECHEVALLIER | HCN | Chirurgie infantile |
| Mr Hervé LEFEBVRE | HB | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| Mr Thierry LEQUERRE | HCN | Rhumatologie |
| Mme Anne-Marie LEROI | HCN | Physiologie |
| Mr Hervé LEVESQUE | HCN | Médecine interne |
| Mme Agnès LIARD-ZMUDA | HCN | Chirurgie Infantile |
| Mr Pierre Yves LITZLER | HCN | Chirurgie cardiaque |
| Mr Bertrand MACE | HCN | Histologie, embryologie, cytogénétique |

| | | |
|----------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------|
| M. David MALTETE | HCN | Neurologie |
| Mr Christophe MARGUET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Isabelle MARIE | HCN | Médecine interne |
| Mr Jean-Paul MARIE | HCN | Oto-rhino-laryngologie |
| Mr Loïc MARPEAU | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Stéphane MARRET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Véronique MERLE | HCN | Epidémiologie |
| Mr Pierre MICHEL | HCN | Hépatogastro-entérologie |
| M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>) | HCN | Réanimation Médicale |
| Mr Marc MURAINÉ | HCN | Ophthalmologie |
| Mr Christophe PEILLON | HCN | Chirurgie générale |
| Mr Christian PFISTER | HCN | Urologie |
| Mr Jean-Christophe PLANTIER | HCN | Bactériologie - Virologie |
| Mr Didier PLISSONNIER | HCN | Chirurgie vasculaire |
| Mr Gaëtan PREVOST | HCN | Endocrinologie |
| Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>) | HCN | Réanimation médicale - Médecine d'urgence |
| Mr Vincent RICHARD | UFR | Pharmacologie |
| Mme Nathalie RIVES | HCN | Biologie du développement et de la reproduction |
| Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>) | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Jean-Christophe SABOURIN | HCN | Anatomie – Pathologie |
| Mr Mathieu SALAUN | HCN | Pneumologie |
| Mr Guillaume SAVOYE | HCN | Hépatogastrologie |
| Mme Céline SAVOYE-COLLET | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Pascale SCHNEIDER | HCN | Pédiatrie |
| Mr Lilian SCHWARZ | HCN | Chirurgie Viscérale et Digestive |
| Mr Michel SCOTTE | HCN | Chirurgie digestive |
| Mme Fabienne TAMION | HCN | Thérapeutique |
| Mr Luc THIBERVILLE | HCN | Pneumologie |
| Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>) | CHB | Hématologie et transfusion |
| M. Gilles TOURNEL | HCN | Médecine Légale |
| Mr Olivier TROST | HCN | Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale |
| Mr Jean-Jacques TUECH | HCN | Chirurgie digestive |
| Mr Benoît VEBER | HCN | Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale |
| Mr Pierre VERA | CHB | Biophysique et traitement de l'image |
| Mr Eric VERIN | Les Herbiers | Médecine Physique et de Réadaptation |
| Mr Eric VERSPYCK | HCN | Gynécologie obstétrique |

| | | |
|-------------------------------|-----|--------------|
| Mr Olivier VITTECOQ | HC | Rhumatologie |
| Mme Marie-Laure WELTER | HCN | Physiologie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|------------------------------------------------|-----|-------------------------------------|
| Mme Najate ACHAMRAH | HCN | Nutrition |
| Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG | HCN | Bactériologie – Virologie |
| Mr Emmanuel BESNIER | HCN | Anesthésiologie - Réanimation |
| Mme Carole BRASSE LAGNEL | HCN | Biochimie |
| Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS | HCN | Chirurgie Vasculaire |
| Mr Gérard BUCHONNET | HCN | Hématologie |
| Mme Mireille CASTANET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Nathalie CHASTAN | HCN | Neurophysiologie |
| Mr Moïse COEFFIER | HCN | Nutrition |
| Mr Serge JACQUOT | UFR | Immunologie |
| Mr Joël LADNER | HCN | Epidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Baptiste LATOUCHE | UFR | Biologie cellulaire |
| M. Florent MARGUET | HCN | Histologie |
| Mme Chloé MELCHIOR | HCN | Gastroentérologie |
| Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>) | HCN | Virologie |
| Mr Gaël NICOLAS | UFR | Génétique |
| Mme Muriel QUILLARD | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme Laëtitia ROLLIN | HCN | Médecine du Travail |
| Mme Pascale SAUGIER-VEBER | HCN | Génétique |
| Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN | HCN | Anatomie |
| Mr David WALLON | HCN | Neurologie |
| Mr Julien WILS | HCN | Pharmacologie |

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

| | | |
|---------------------------------|-----|---------------|
| Mr Thierry WABLE | UFR | Communication |
| Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL | UFR | Anglais |

II – PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| | |
|---------------------------------------------------|----------------------|
| Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH) | Pharmacologie |
| Mr Thierry BESSON | Chimie Thérapeutique |
| Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite) | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Abdelhakim EL OMRI | Pharmacognosie |
| Mr François ESTOUR | Chimie Organique |
| Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH) | Parasitologie |
| Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite) | Toxicologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mme Christelle MONTEIL | Toxicologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH) | Microbiologie |
| Mr Rémi VARIN (PU-PH) | Pharmacie clinique |
| Mr Jean-Marie VAUGEOIS | Pharmacologie |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et Minérale |
| Mr Frédéric BOUNOURE | Pharmacie Galénique |
| Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS | Chimie Organique |
| Mr Abdeslam CHAGRAOUI | Physiologie |
| Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) | Statistiques |
| Mme Elizabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé | Législation pharmaceutique et économie de la |
| Mme Cécile CORBIERE | Biochimie |
| Mme Nathalie DOURMAP | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUC | Pharmacologie |
| Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER | Pharmacologie |
| Mr Gilles GARGALA (MCU-PH) | Parasitologie |

| | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA | Chimie analytique |
| Mme Marie-Laure GROULT | Botanique |
| Mr Hervé HUE | Biophysique et mathématiques |
| Mme Hong LU | Biologie |
| Mme Marine MALLETER | Toxicologie |
| M. Jérémie MARTINET (MCU-PH) | Immunologie |
| Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT | Chimie analytique |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Malika SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Christine THARASSE | Chimie thérapeutique |
| Mr Frédéric ZIEGLER | Biochimie |

PROFESSEURS ASSOCIES

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ | Pharmacie officinale |
| Mme Caroline BERTOUX | Pharmacie |

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

| | |
|----------------------------|---------|
| Mme Mathilde GUERIN | Anglais |
|----------------------------|---------|

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

| | |
|-------------------------|-----------|
| Mme Alice MOISAN | Virologie |
| M. Henri GONDÉ | Pharmacie |

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

| | |
|--------------------------|---------------|
| M. Abdel MOUHAJIR | Parasitologie |
| M. Maxime GRAND | Bactériologie |

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

| | |
|------------------------|----------------|
| Mme Ramla SALHI | Pharmacognosie |
|------------------------|----------------|

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | |
|------------------------------------------|-------------------------------------|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et minérale |
| Mr Thierry BESSON | Chimie thérapeutique |
| Mr Abdeslam CHAGRAOUI | Physiologie |
| Mme Elisabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation et économie de la santé |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Abdelhakim EL OMRI | Pharmacognosie |
| Mr François ESTOUR | Chimie organique |
| Mr Loïc FAVENNEC | Parasitologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON | Microbiologie |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mr Rémi VARIN | Pharmacie clinique |
| M. Jean-Marie VAUGEOIS | Pharmacologie |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

| | |
|------------------------------|------------------------|
| Mr Paul MULDER (phar) | Sciences du Médicament |
| Mme Su RUAN (med) | Génie Informatique |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Mr Sahil ADRIOUCH (med) | Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905) |
| Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) | Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079) |
| Mme Carine CLEREN (med) | Neurosciences (Néovasc) |
| M. Sylvain FRAINEAU (med) | Physiologie (Inserm U 1096) |
| Mme Pascaline GAILDRAT (med) | Génétique moléculaire humaine (UMR 1079) |
| Mr Nicolas GUEROUT (med) | Chirurgie Expérimentale |
| Mme Rachel LETELLIER (med) | Physiologie |
| Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med) | Physiologie (Unité Inserm 1076) |
| Mr Frédéric PASQUET | Sciences du langage, orthophonie |
| Mme Christine RONDANINO (med) | Physiologie de la reproduction |
| Mr Youssan Var TAN | Immunologie |
| Mme Isabelle TOURNIER (med) | Biochimie (UMR 1079) |

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Remerciements

Au professeur Hermil merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse.

Aux docteur Emmanuel Hazard et professeure Elisabeth Mauviard, merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury.

A ma directrice de thèse, le docteur Valérie Villamaux, merci pour m'avoir aidé à réaliser ce travail, merci pour ta disponibilité et ta bienveillance.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à l'étude.

A mes parents et mes deux frères Alexandre et Hugo, merci tout simplement d'être là, merci de m'avoir toujours soutenue, merci pour mon enfance formidable, merci pour toute la bienveillance dont vous avez tous les quatre toujours fait preuve, merci pour les moments magiques que l'on passe ensemble.

Au reste de ma famille, mes oncles, ma tante, mes cousins et cousines, mes grands-parents maternels, merci pour toutes ces réunions familiales et vacances, qui m'ont données cet amour de la famille.

A mes grands-parents paternels partis trop tôt, je pense très souvent à vous.

A ma famille québécoise, même si nous sommes loin, toujours une pensée pour vous, toujours dans la hâte des moments où l'on peut se retrouver.

A mes amies, merci Hélène pour ton soutien et ta force mentale ; merci à mes amies d'enfance toujours très présentes, Julie, Coralie, Audessa et Océane, les filles merci pour vos conseils ; merci à mes amies rencontrées pendant mon cursus, merci Chloé, Louise et Elaine pour votre présence, pour nos partages sur notre profession médicale, pour ces moments de vie quotidienne partagées ; merci à Lucille pour tous ces moments à Rouen pendant nos études, les vacances, contente de voir grandir la petite Juliette, merci à Pauline pour ta bonne humeur et merci à Tiphaine rencontrée plus tardivement, toujours motivée, merci à Manon pour ta joie et tes conseils pendant un de mes stages d'internat. Merci à Camille pour tous ces moments pendant l'externat, dans l'attente de te retrouver.

Merci à toutes d'être présentes dans les bons comme dans les mauvais moments, vous êtes toutes inspirantes.

Merci à Guillaume, Matthieu, un moment toujours très agréable de se retrouver avec le groupe.

A mon conjoint Sylvère, merci d'être présent dans mon quotidien et de m'avoir soutenue pendant mon travail de recherche et d'écriture de thèse.

A mes amis que je vois ponctuellement, merci à Nathanaël pour tous ces moments depuis une dizaine d'année, merci à Fatima pour ta présence lors de la 6^{ème} année difficile avec la préparation du concours, merci à Thibault mon co-interne pendant la première année d'internat, merci à Hervé pour la préparation du bac et pour les moments passés ensemble au début de mes années d'étude post bac.

Une pensée pour mes co-musiciens, toujours un plaisir d'être avec vous.

Table des matières

| | | |
|------|-----------------------------------------------------------------------|----|
| I. | Introduction | 17 |
| A. | Le patient migrant..... | 17 |
| 1. | Définition | 17 |
| 2. | Démographie..... | 18 |
| 3. | Parcours du patient migrant | 22 |
| 4. | Structures au Havre existantes | 26 |
| B. | La douleur chronique..... | 29 |
| 1. | Définition | 29 |
| 2. | Lien entre douleur chronique et état de stress post traumatique | 30 |
| C. | Objectif de recherche..... | 31 |
| II. | Matériel et méthodes | 32 |
| A. | Type de l'étude | 32 |
| B. | Recrutement..... | 32 |
| C. | Guide d'entretien | 33 |
| D. | Réalisation de l'entretien et recueil des données..... | 33 |
| E. | Analyse des données..... | 33 |
| III. | Résultats | 35 |
| A. | Origine des patients | 37 |
| 1. | Afrique | 37 |
| 2. | Moyen-Orient..... | 37 |
| 3. | Europe de l'est | 37 |
| 4. | Asie | 37 |
| 5. | Autre | 38 |
| B. | Difficulté liée au patient migrant..... | 38 |
| 1. | Le langage verbal..... | 38 |
| 2. | Le langage corporel..... | 39 |
| 3. | La différence culturelle | 40 |
| 4. | L'isolement social..... | 41 |
| 5. | La prise en charge sociale | 41 |
| 6. | S'adapter | 41 |
| C. | Particularités liées au patient douloureux chronique migrant..... | 42 |
| 1. | Les symptômes..... | 42 |
| 2. | Les facteurs aggravants..... | 43 |
| 3. | Les facteurs améliorants..... | 44 |
| D. | Difficulté liée au patient en état de stress post traumatique | 44 |

| | | |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. | Une représentation différente de l'anxiété | 44 |
| 2. | Les symptômes..... | 44 |
| 3. | Un diagnostic long | 45 |
| 4. | Le manque de temps | 48 |
| E. | Difficulté liée au lien entre douleur chronique et état de stress post traumatique | 48 |
| 1. | Faire le lien | 48 |
| 2. | Explications données | 49 |
| F. | Difficulté liée au patient migrant douloureux chronique en état de stress post-traumatique..... | 50 |
| 1. | Difficulté pour évoquer le parcours migratoire..... | 50 |
| 2. | La confiance | 50 |
| 3. | Idées reçues de la part du patient | 50 |
| 4. | Besoin de multidisciplinarité | 51 |
| 5. | Le langage..... | 53 |
| 6. | Difficulté financière | 54 |
| 7. | Ressources dans la ville du Havre..... | 54 |
| G. | La prise en charge | 55 |
| 1. | Médicamenteuse | 55 |
| 2. | Non médicamenteuse | 56 |
| IV. | Discussion | 59 |
| A. | Matériel et méthode | 59 |
| 1. | Le recrutement | 59 |
| 2. | Les entretiens | 60 |
| 3. | L'analyse des données | 61 |
| B. | Résultats..... | 62 |
| C. | Perspectives | 67 |
| V. | Conclusion..... | 69 |
| VI. | Bibliographie..... | 70 |
| VII. | Annexe | 75 |
| A. | Annexe 1 : guide d'entretien | 75 |
| B. | Annexe 2 : traduction française originale de la liste de contrôle COREQ. N- Item Guide questions/description | 76 |
| C. | Annexe 3 : données sociodémographiques des médecins | 78 |
| D. | Annexe 4 : questionnaire PCL-S | 79 |
| E. | Annexe 5 : serment d'Hippocrate | 80 |
| VIII. | Résumé | 81 |

Table des Figures

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1 : estimation de population étrangère et immigrée en France – source INSEE 2018 . | 20 |
| Figure 2 : classe d'âge des immigrés en ex Haute Normandie – source INSEE 2007..... | 21 |
| Figure 3 : principaux pays de naissance des immigrés en ex Haute Normandie - source INSEE 2007 | 21 |

Liste des abréviations

AHFMC : Association havraise de formation médicale continue

AME : Aide médicale d'état

AMM : Autorisation de mise sur le marché

AMUH : Association médicale des urgences du Havre

BBF : Bulletin des bibliothèques de France

CADA : Centre d'accueil de demandeurs d'asile

CIM : Classification internationale des maladies

CMP : Centre médico-psychologique

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

COMEDE : Comité pour la santé des exilés

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

CPP : Comités de protection des personnes

DMG : Département de médecine générale

EMDR : Eye movement desensitization and reprocessing

EMPSM : Equipe mobile de précarité et santé mentale

ESPT : Etat de stress post-traumatique

HAS : Haute autorité de santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

LEPCAM : Lire, Ecrire, Publier et Communiquer des Articles Médicaux

OIM : Organisation internationale pour les migrations

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des nations unies

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PUMa : Protection universelle maladie

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RDC : République démocratique du Congo

SSPT : Syndrome de stress post-traumatique

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TENS : stimulation nerveuse électrique transcutanée

I. Introduction

La situation internationale, les conflits et guerres civiles dans le pourtour méditerranéen, le Proche et Moyen Orient, et en Afrique s'accompagnent de phénomènes migratoires. L'augmentation constatée de l'immigration avec parcours traumatique conduit à s'interroger sur leur besoin en termes de santé ; en particulier sur la prise en charge de la douleur chronique. Au préalable il paraît nécessaire de clarifier la terminologie.

A. Le patient migrant

1. Définition

En France, un individu est considéré comme immigré s'il est de nationalité étrangère et né à l'étranger mais résidant en France. Un individu de nationalité française né à l'étranger et résidant en France n'est donc pas comptabilisé. Certains individus immigrés ont obtenu la nationalité française, les autres restent étrangers. Les populations immigrées et étrangères ne se confondent pas totalement : une personne immigrée n'est pas nécessairement étrangère puisqu'elle a pu obtenir la nationalité française, réciproquement certaines personnes étrangères sont nées en France de nationalité étrangère (essentiellement des mineurs).

La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré (1).

"Le terme de réfugié s'applique à toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, qui 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 ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner". C'est également un individu qui, en conséquence, exige une « protection internationale » (2) (3).

La personne migrante est selon les Nations Unies « toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer »

(3) (4).

Au niveau international, il n'existe pas de définition universellement acceptée du terme « migrant ».

Il s'agit, dans le droit international, d'un terme générique non défini qui désigne un individu qui « quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale » (5).

L'individu migrant est également une personne qui « se trouve hors du territoire de l'État dont elle possède la nationalité ou la citoyenneté, mais qui ne relève pas de la protection juridique de cet État, et qui se trouve sur le territoire d'un autre État » (6).

Selon l'INSEE, un étranger est « une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides) » (1)

Les individus de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérés en France comme français.

Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment) mais avoir une nationalité étrangère.

Une personne étrangère peut devenir française, sous réserve que la législation le permette à la différence d'un immigré dont le statut restera tout au long de la vie.

« Selon le COMEDE : le terme migrant au sens de migrant international désigne toute personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Ce terme englobe donc les réfugiés, demandeurs d'asile, sans papier et exilés » (7)

2. Démographie

a) En France

En 2018, 6.5 millions d'immigrés vivent en France, soit 9.7% de la population française totale. 2.4 millions d'entre eux ont acquis la nationalité française, soit 37 % des immigrés.

Concernant le pays d'origine des personnes immigrées, en 2018, 46.1% des immigrés sont nés en Afrique (13% en Algérie ; 11.9% au Maroc ; 4.4% en Tunisie) et 33.5% en Europe (9.2% au

Portugal, 4.3% en Italie, 3.8% en Turquie, 3.7% en Espagne). La moitié des immigrés sont originaires d'un de ces sept pays (50.3%).

Pour les individus demandeurs d'asile qui ont obtenu le titre de réfugié, les trois principaux pays d'origine en 2016 sont la Syrie (4000 personnes), l'Afghanistan (3400) et le Soudan (3100).

Depuis 1946, la France connaît une progression de sa population immigrée en effectif et en pourcentage de la population totale. En effet, elle est de 5% en 1946 et 7.4% en 1975.

De plus, entre 2006 et 2017, le nombre d'immigrés arrivés en France passe de 193 400 à 261 700 ; en moyenne, quatre immigrés entrent sur le territoire lorsqu'un en sort.

2017 voit une intensification du phénomène avec 32 000 réfugiés ayant obtenu un titre de séjour au nom du droit d'asile. Ce chiffre est trois fois plus élevé que le nombre de personnes accueillies chaque année entre 2008 et 2013 à ce titre.

Il n'existe pas une plus grande souplesse des conditions d'accueil des réfugiés mais plutôt l'amplification des crises qui secouent le monde, en particulier autour de la Méditerranée.

Finalement, la France accueille plus d'immigrés (nombre en hausse depuis les années 2008 à 2013) mais par rapport à ses pays voisins, elle en accueille peu, se situant en cinquième position en Europe (8) (9).

Le flux d'immigration était majoritairement masculin jusqu'en 1970 pour combler les besoins de main-d'œuvre dans le contexte de reconstruction d'après-guerre, puis de la période des Trente Glorieuses. Par la suite se développe l'immigration familiale tandis que l'immigration de travail est freinée au vu de la situation économique qui se dégrade en 1974. Une croissance du nombre de femmes immigrées se fait à partir de cette date, qu'il s'agisse de regroupement familial ou non ; en 2018 52% des immigrés sont des femmes, contre 44% en 1975 et 45% en 1946.

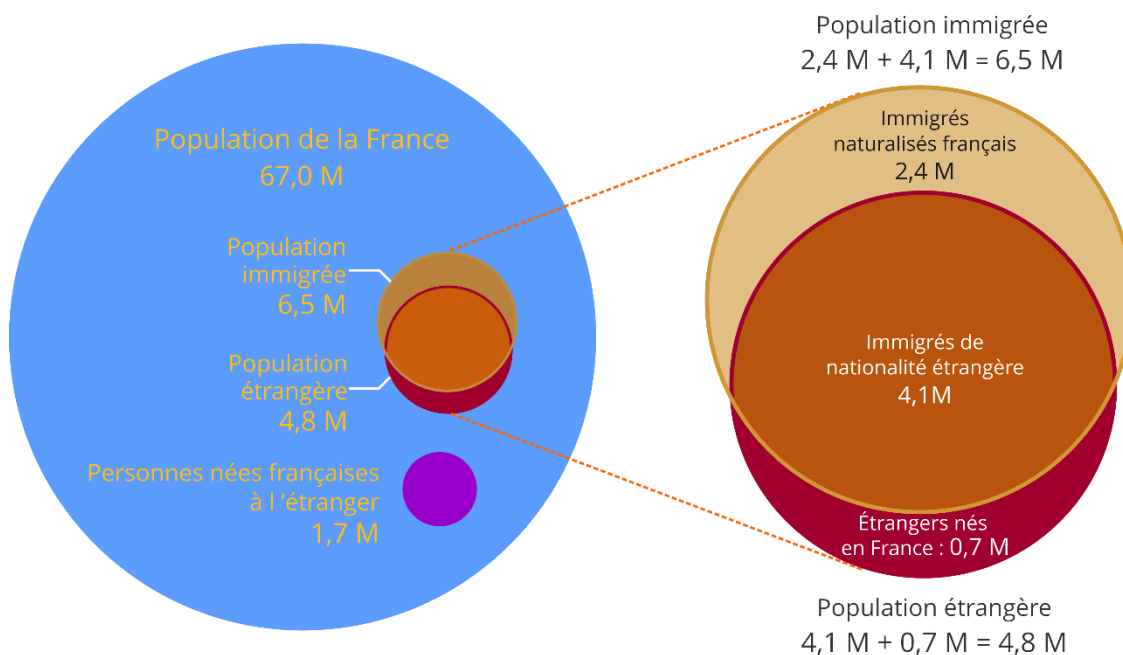


Figure 1 : estimation de population étrangère et immigrée en France – source INSEE 2018

La population étrangère vivant en France en 2018 est de 4.8 millions d'individus, soit 7.1 % de la population totale dont 4.1 millions d'immigrés n'ayant pas acquis la nationalité française et de 0.7 million de personnes nées en France de nationalité étrangère contre 6.5 % en 1975 et 4.4 % en 1946.

b) Dans la ville du Havre

Il existe également une augmentation de l'immigration en provenance d'Europe et d'Afrique dans la région ex Haute Normandie. En 2007, l'ex haute Normandie comptait 73 700 immigrés soit 4.1% de l'ensemble de la population, ce qui correspond à un pourcentage deux fois inférieur à la moyenne métropolitaine (8.3%) (10) ; en 2014, le nombre d'immigrés est passé à près de 80 000 (11). Les Algériens, Marocains et Turcs caractérisent également l'immigration de l'ex haute Normandie. 5% des immigrés récents de la région sont turcs.

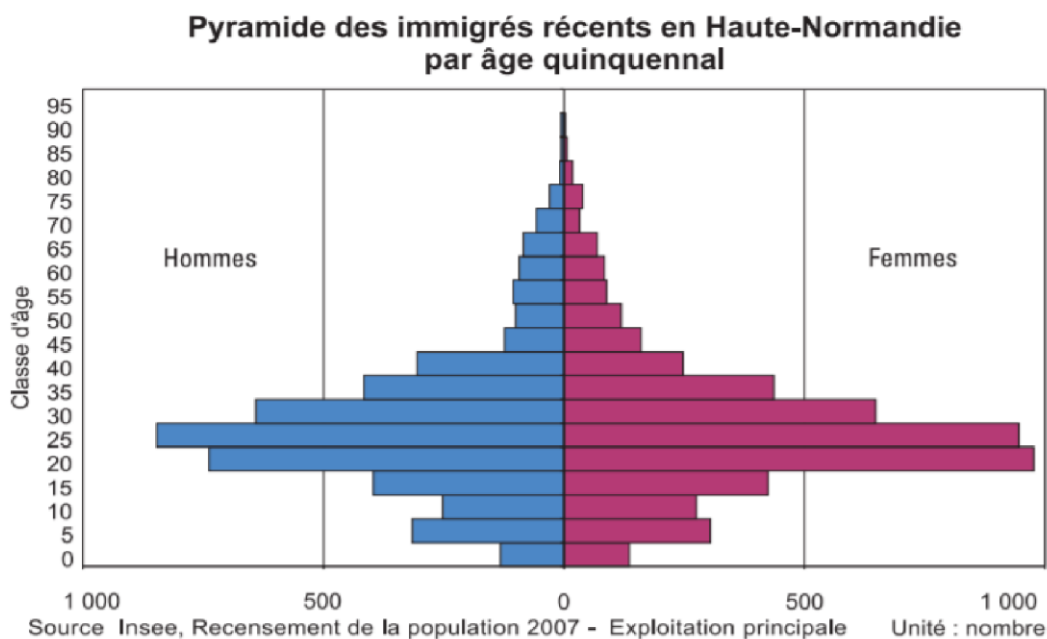


Figure 2 : classe d'âge des immigrés en ex Haute Normandie – source INSEE 2007

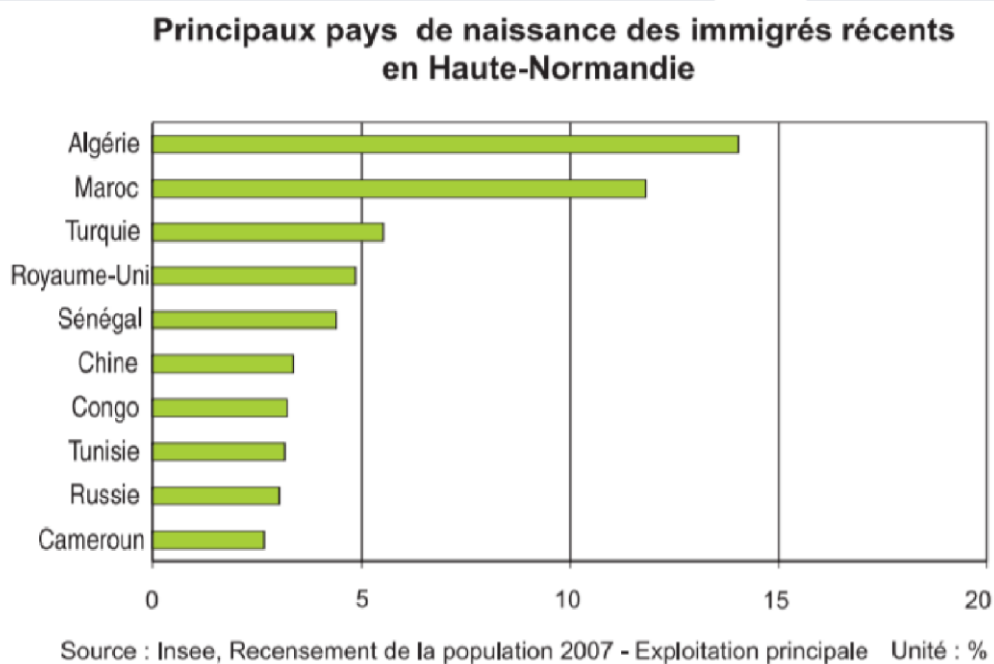


Figure 3 : principaux pays de naissance des immigrés en ex Haute Normandie - source INSEE 2007

Si nous regardons plus en détails les chiffres concernant la ville du Havre, la population immigrée dans la cité urbaine du Havre en 2015 est de 15 489 habitants pour une population totale de 237 578, soit 6.5 %. Il y a 7 902 hommes soit 51.01 % et 7 586 femmes soit 48.97 % (12).

L'immigration en provenance de l'Afrique sub-saharienne progresse depuis les années 1970, ainsi que des pays de l'Europe de l'Est. En effet, la ville du Havre regroupe le quart des anciens immigrés sénégalais et concentre le tiers des nouveaux arrivants de cette nationalité. La population sénégalaise est en proportion cinq fois supérieure à la moyenne métropolitaine. Il existe dans la ville du Havre en 2015, 4 289 immigrés provenant d'Afrique hors Algérie, Maroc et Tunisie soit 27.6 % (13).

Il existe aussi un changement dans l'immigration comme sur le plan de la métropole ; le nombre de femmes immigrées est majoré (10).

3. Parcours du patient migrant

a) Le voyage et l'arrivée en France

Le patient migrant est souvent originaire d'un pays pauvre, dans lequel la violence a pu être très importante et souvent à l'origine de son départ (fuite de zone d'instabilité et de conflit) (7). Ensuite, le parcours en lui-même est compliqué, long, sur la route mais également dans des centres de rétentions administratives ; les personnes migrantes peuvent subir des violences, des décès en mer, un approvisionnement irrégulier ou incertain en aliments et eau salubre (7).

Dans la littérature nous pouvons noter par exemple que les femmes migrantes sont exposées à des migrations forcées, des trajets migratoires de plus en plus longs et dangereux, des conditions d'accueil dans le pays de destination précaires avec une instabilité administrative, ainsi qu'une vulnérabilité socioéconomique et résidentielle (14).

Toujours selon l'enquête Dsafhir réalisée en décembre 2018 (14), ces individus migrants sont rarement pris en charge sur le plan médico-psycho-social, alors que ces expériences ont un impact négatif avéré sur leur état de santé.

De plus, dans l'étude de Evans Engliz-Bey (15) réalisée en 2018 également, on retrouve que le fait de subir des violences, est corrélé au profil sociodémographique, au type de parcours migratoire et à l'état de santé somatique et psychique.

A l'arrivée en France, les migrants bénéficient d'une consultation pour dépister les principales

pathologies, ils sont par la suite pris en charge dans les PASS, ou en consultation d'urgence dans les hôpitaux ou dans les associations, avant de pouvoir avoir accès à l'AME ou la PUMa (délais de 3 mois avant d'être éligible à cette aide) (16) (17) (18).

L'étude de Mathieu Abt (19) auprès des médecins généralistes nous montre qu'il existe des discordances importantes entre l'attente des patients et le résultat de la consultation à cause de situation de grande précarité, d'une pratique des soignants faiblement adaptée aux besoins et aux attentes des patients ; et également en raison des faiblesses du système de soins.

De plus, selon l'étude de Ajit Beelur (20), les médecins généralistes sont isolés dans leur prise en charge de patient migrant avec une barrière de la langue et un manque de moyen pour y faire face « le défi relationnel soignant soigné peut être complexe en milieu interculturel ».

Au sein de la population générale, il est rare d'explorer de manière conjointe la santé et les violences. Or, de nouveau selon le travail de Evans Engliz-Bey (15) ; « questionner les violences vécues par les migrants paraît indispensable en matière sanitaire » ; il faudrait donc former les soignants et créer des conditions d'entretien pour permettre le dépistage des violences et associer une prise en charge adaptée.

En Suisse, au sein des services psychiatriques universitaires de Berne, une consultation pour migrant a été créée, selon l'étude de Laura Nosetti et Anja Jossen (21) ; destinée aux migrants atteints d'un trouble psychique, en particulier aux requérants d'asile et aux migrants ayant subi un traumatisme.

La consultation se fait selon un concept de traitement ambulatoire, multimodal avec plusieurs approches, il existe un recours à des traducteurs qualifiés permettant la compréhension mutuelle et des thérapies de groupe. Il n'est souvent pas possible de modifier considérablement les conditions de vie mais d'aider les patients à faire face aux difficultés est faisable, par exemple en structurant leur journée ou en proposant une occupation et des contacts sociaux.

b) L'apparition d'un état de stress post traumatique (ESPT)

En France dans la population générale, l'ESPT a une prévalence sur un an et sur la vie entière respectivement de 2,2 % et de 3,9 % en 2007 d'après l'HAS (22).

Selon la CIM-10 (OMS 1994) (23) un traumatisme est « un événement particulièrement

stressant entraînant une réaction aiguë à un facteur de stress ou un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, comportant des conséquences désagréables et durables et conduisant à un trouble de l'adaptation ».

Dans l'article de Eva Zimmermann, psychologue spécialisée en psycho-traumatologie sur la prise en charge des troubles post-traumatiques (24) publiée en septembre 2018 ; il est décrit que cette réaction de stress aiguë se « résorbe graduellement dans la mesure où l'individu reconnaît, accepte et intègre ses propres émotions ». Mais il existe une variation dans l'intensité de l'évènement et dans la réponse individuelle au traumatisme donc « l'impact d'un événement sur l'équilibre psychologique ainsi que sur le développement de symptômes montre une large palette de réactions ».

Si ces réactions durent plus d'un mois, elles peuvent alors constituer un syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Il survient si l'individu est confronté à la mort ou au risque de perte d'intégrité physique ou psychique, que ce soit la sienne ou celle d'autrui. Les manifestations cliniques typiques selon les critères diagnostiques du DSM-5 (25) sont la reviviscence, l'évitement, l'hypervigilance ou l'hyper-réactivité, les altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur.

Selon Brewin (26) le facteur de risque le plus important pour développer un syndrome de stress post traumatique est le manque de support social.

Les patients migrants sont donc à risque de développer un syndrome de stress post-traumatique.

Dans la revue de littérature de Berthet Guillaume publiée en 2017 (27), les résultats montrent que l'environnement social des patients migrants, surtout des requérants d'asile et des réfugiés, est bouleversé à leur arrivée dans le pays d'accueil. Il existe des obstacles à la communication entre patients migrants et soignants tels que la barrière de la langue, les attitudes non verbales différentes de celles du pays d'origine, la représentation de la maladie est également différente avec des codes culturels qui est une barrière à une bonne prise en charge.

Dans certaines cultures, la psychiatrie est empreinte d'une représentation négative ; de plus, avec leur parcours migratoire, les patients migrants en état de stress post-traumatique sont exposés à une marginalisation et à une discrimination.

De plus, dans la revue de littérature « Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants : a comprehensive review » (28) publié en 2018 dans « Braz J Psychiatry », écrite par

Lineth H. U. Bustamante et al. ; l'expérience migratoire ainsi que le processus nécessaire d'acculturation en arrivant dans le pays d'accueil sont associés à des facteurs de stress spécifiques qui ont des conséquences entre autre sur la santé mentale « Migration is associated with specific stressors, mainly related to the migratory experience and to the necessary process of acculturation occurring in adaptation to the host country. These major stressors have potential consequences in many areas, including mental health. The prevalence of PTSD among migrants is very high (47%), especially among refugees ».

Une étude de Vannina Tomasini publiée en 2016 (29), qui a réalisé un état des lieux de la prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'état de stress post-traumatique, du point de vue des moyens existants et de l'ensemble des actions proposées par les professionnels, propose plusieurs points d'améliorations dans cette prise en charge, notamment de généraliser le recours à l'interprétariat dans le système de soins, d'améliorer la formation des professionnels de santé sur l'ESPT ; sur les thèmes de la migration, de l'interculturalité et de la précarité.

Une échelle pour dépister l'état de stress post traumatique, la PCLS (Posttraumatic stress disorder Checklist Scale), a été créée en 1993 par Weathers F.W. et al., selon les critères diagnostiques du DSM IV. Cet auto-questionnaire traduit en français, a été validé en 2003 pour le dépistage et le suivi de l'ESPT par Cottraux J. et al. (30).

La prise en charge du syndrome de stress post traumatique selon les recommandations de l'HAS (22) est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) centrée sur le traumatisme ou la désensibilisation avec mouvements oculaires (EMDR : eye movement desensitization and reprocessing) ; son principe est d'identifier le ou les souvenirs perturbants, qui sont ensuite retraités, un à un (ce que fait naturellement le cerveau quand il n'y a pas de blocage), lors des séances, à l'aide des stimulations bilatérales alternées. L'EMDR est cependant contre-indiquée en cas de pathologie psychotique. Les techniques d'hypnose peuvent être bénéfiques sur certains symptômes (douleurs, anxiété, cauchemars).

Un traitement médicamenteux est indiqué dans les formes chroniques durant depuis plus d'un an (dépression quasi systématiquement associée). La paroxétine est la seule molécule ayant une AMM dans cette indication.

4. Structures au Havre existantes

a) *EMPSM*

L'équipe mobile de précarité et santé mentale (EMPSM) est une structure rattachée au groupe hospitalier du Havre, composée de trois infirmiers, un psychologue, et trois psychiatres présents chacun une demi-journée (31). Elle permet de faire le lien entre le « secteur sanitaire » (secteurs psychiatriques) et le « secteur social » (institutions sociales) pour développer un travail de prévention et prévenir les recours itératifs aux urgences et à l'hospitalisation sous contrainte (32). Elle permet également l'expertise psycho-traumatique.

Les personnes concernées sont en situation de précarité, par exemple des demandeurs d'asile, qui peuvent être adressés par des partenaires sociaux, les CADA (centre d'accueil pour demandeur d'asile) : sur le Havre COALLIA ou ADOMA ; les éducateurs spécialisés.

L'EMPSM intervient aussi en réponse à des signalements par assistantes sociales ou mandataires judiciaires. D'après l'interview avec les infirmiers de l'EMPSM, il y a « beaucoup plus de patients depuis 2016 avec la crise migratoire » et le suivi peut se faire pendant toute la procédure d'asile « pour leur donner un point d'ancrage » (31).

Certains demandeurs d'asile sont sans domicile fixe quand il n'y a pas de place en CADA.

Dans un premier temps, un entretien infirmier est réalisé puis une orientation vers un psychologue et/ou un psychiatre se fait en second temps ; dans la majorité des cas, c'est un suivi en psychiatrie avec « beaucoup de troubles du sommeil » (31). Les patients sont victimes de « traumatisme de guerre, conflit ethnique, excision » (31).

b) *Terrapsy*

Terrapsy est une association créée en 2003 au Havre avec un lieu physique à partir de 2015, permettant des consultations gratuites avec des psychologues pour enfant et adulte de 4 à 81 ans.

L'entretien avec Haddia Diarra la fondatrice de Terrapsy (33) nous apporte un éclaircissement sur son fonctionnement ; c'est une structure qui permet d'améliorer l'accès aux soins psychiques pour les populations dites vulnérables, en relais à l'association « médecin du monde » donc initialement pour les individus migrants et demandeurs d'asile puis un élargissement à une population vulnérable est fait.

C'est une équipe pluridisciplinaire composée de cinq psychologues cliniciens spécialisés sur les questions de la migration, de l'interculturalité, du psycho-traumatisme (34) ; violence faite aux femmes ; et parlant de nombreuses langues étrangères : anglais, arabe du maghreb, arabe du moyen orient et portugais (33) ainsi que d'une médiatrice sociale.

Il existe trois actions dans cette association : un centre de consultation, celles-ci sont justifiées s'il y a nécessité d'une expertise interculturelle ou s'il y a un frein au déplacement. La priorité des consultations va à l'individu en situation de précarité n'ayant pas accès au droit commun, ainsi que l'individu vivant en quartier dit prioritaire.

Une régulation avec réorientation est réalisée devant les nombreuses demandes de l'éducation nationale, injustifiées si le motif est un « délais trop long au CMP » (33). L'association reçoit également des requêtes de médecins généralistes qui ne sont pas toutes validées.

La deuxième action est un relais d'accueil et d'écoute psychologique concernant les individus bénéficiaires du RSA. Enfin, la troisième action concerne un accompagnement d'individu dans un processus de religiosité extrême, communément appelé « radicalisation » (33).

Parfois le patient vient directement sans être adressé par une structure. Terrapsy ne se « substitue pas au droit commun » (33) ; c'est une mission d'accompagnement pour individu migrant ou demandeur d'asile. « La première porte est l'EMPSM » (33) et quand on se retrouve avec un frein linguistique ou s'il y a besoin d'expertise autour d'un psycho-traumatisme, les patients sont orientés vers Terrapsy.

Le suivi est individuel avec un psychologue et individuel/familial avec la médiatrice sociale pour aider dans les démarches administratives et faire le lien avec d'autres professionnels.

Il existe des groupes de paroles et des actions collectives (atelier cuisine, organisation de repas interculturels etc..).

Les psychologues se déplacent dans les lieux de vie, d'hébergement, au sein des services médico-sociaux et des espaces familiaux (30).

Il existe également des interventions à l'extérieur du Havre pour former psychologue ou éducateur spécialisé dans d'autre type de structure, par exemple « un centre pour enfant à la rue » (29).

C'est donc une approche basée sur l'interculturalité, en prenant compte de la composante

migratoire, culturelle et traumatique. Les consultations peuvent être effectuées en langue étrangère pour permettre de « lever certains freins et faciliter le soin » (29). L'association fait le lien entre le patient et le droit commun.

L'association Terra Psy s'est associée avec FIA Normandie sur la mise en place d'une Plateforme Ressource permettant d'étendre l'interprétariat professionnel sur toute la Normandie, ainsi que la médiation interculturelle entre les personnes exilées ou issues des immigrations et les professionnels sanitaires et sociaux. L'objectif est de soutenir et de professionnaliser les interprètes et médiateurs dans leurs prises en charge. Cette Plateforme Ressource existe depuis l'été 2020, les professionnels de santé peuvent faire une demande d'interprétariat présentiel ou téléphonique auprès de l'association FIA Normandie par mail et contre rémunération.

c) La PASS

La permanence d'accès aux soins (PASS) est un service, rattaché au groupe hospitalier du Havre, destiné à accueillir et soigner toute personne en situation de précarité présentant une difficulté dans son accès aux soins.

Ce service permet une consultation médicale, un « appui à l'ouverture des droits » et un « relais avec les acteurs médicaux, sociaux, hospitaliers et extra hospitaliers » (35).

L'équipe comprend un médecin généraliste, deux infirmières et une assistante sociale.

Cela concerne les personnes dépourvues de couverture sociale et les étrangers en situation irrégulière ; les consultations se font le matin et l'après-midi du lundi au vendredi.

d) Centre anti-douleur à l'hôpital Jacques Monod

Le centre anti-douleur permet des consultations du lundi au vendredi, il est composé de plusieurs médecins, une infirmière et une psychologue. Le patient est adressé par un médecin généraliste ou spécialiste avec un courrier.

Le but de la première consultation est de retracer l'historique de la douleur, d'évaluer le type et l'intensité de cette douleur, les différents facteurs qui l'influencent ainsi que le retentissement dans la vie quotidienne.

Une stratégie thérapeutique est par la suite proposée au patient avec traitements médicamenteux

ou non médicamenteux (TENS, kinésithérapie, hypnose, acupuncture, psychothérapie, cure thermale) ; l'objectif n'étant pas « d'effacer » toute la douleur mais de la diminuer pour récupérer une meilleure qualité de vie et d'apprendre à « gérer » la douleur. Des consultations psychiatriques sont également proposées si nécessaire en fonction de la symptomatologie.

Une fois par semaine, l'équipe se réunit pour discuter de certains patients dont la situation est particulièrement difficile.

Les patients sont par la suite revus à distance pour réévaluation de la douleur et des traitements mis en place. Quelque fois une hospitalisation peut être nécessaire (36).

B. La douleur chronique

1. Définition

Selon la HAS (37), la douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ». Le syndrome douloureux chronique est un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient.

La société scientifique de médecine générale, dans ses recommandations de bonne pratique (38) nous indique que la prise en charge du patient douloureux chronique passe par l'évaluation d'une composante cognitive (compréhension et interprétation) ; comportementale (expression et communication) ; du contexte familial (répercussions sur le vécu relationnel) ; social (atmosphère au travail, incapacité éventuelle de travail, modification du réseau relationnel) mais également des répercussions économiques et financières et du contexte médico-légal (indemnités).

Dans l'étude randomisée contrôlée de Marina Sleptsova (39), publiée en 2009, il est démontré grâce à une évaluation en thérapie de groupe, que chez les migrants, le traitement des douleurs chroniques s'avère plus efficace si l'on prend en compte les différences d'ordre culturel dans la sensibilité algique et dans la gestion de la douleur. Par exemple, cela signifie qu'il faut intégrer certains aspects culturels spécifiques comme le stress social induit par le statut d'étranger, et

qu'il faut transmettre également des connaissances générales sur l'anatomie des articulations et des muscles.

Il est également important de veiller à ce que « l'interaction clinique offre des opportunités d'élaboration suffisantes aux patients » entre autres pour permettre aux cliniciens d'évaluer la compréhension des informations transmises aux individus soignés ; d'après l'étude de Orest Weber « les difficultés de compréhension dans les consultations centrées sur les douleurs chroniques » (40).

2. Lien entre douleur chronique et état de stress post traumatique

D'après la revue de littérature « douleur chronique et traumatisme psychique, données épidémiologiques » (41) réalisée par Yann Auxéméry et al., les liens de causalité entre douleur et traumatisme psychique sont complexes et multidirectionnels, « la mort non représentable peut trouver refuge dans une manifestation somatique qui prend le masque d'une douleur unipolaire ou de douleurs multipolaires diffuses ».

Le traumatisé psychique, inconsciemment, présente un symptôme douloureux comme un « appel à l'autre » ou mode de premier contact et de relation avec le système de soins.

En effet, on retrouve également dans l'article « traumatisme et douleur chronique : échos et amplifications des souffrances physiques et psychiques » de Chantal Berna et Carlo Delli Noci (42) publié dans la revue médicale suisse en 2015, un lien entre douleur et état de stress.

Si un état de stress se répète ou se prolonge, il existe des mécanismes adaptatifs, nécessaires à la survie dans une situation de crise aiguë qui ont un coût pour l'individu, appelés « charge allostatique » ; qui peuvent prédisposer à des pathologies somatiques ; ainsi « le stress intense et/ou persistant semble prédisposer à la douleur chronique, voire à des syndromes douloureux spécifiques comme la fibromyalgie ».

De plus, l'anxiété associée au syndrome de stress post-traumatique diminuerait le seuil de perception de la douleur et son seuil de tolérance, majorant la plainte douloureuse ; d'après l'étude quantitative de Levy Olivier publiée en 2006 « douleur chronique et psychotraumatisme » (43).

Les douleurs viendraient rappeler au patient le traumatisme physique et psychique vécu et renforceraient donc les symptômes du syndrome de stress post-traumatique.

Il existe une prévalence de 31% de syndrome de stress post-traumatique parmi les patients douloureux chroniques (7 à 12 % dans la population générale).

On retrouve encore, dans l'étude prospective de Patricia Andreski et al. « Trouble de stress post traumatique et symptômes de somatisation » (44) une corrélation entre les antécédents de syndrome de stress post-traumatique et le risque accru de douleur (OR à 2.1), ainsi que des symptômes de conversion (OR à 2.3) par rapport à des individus sans trouble.

Il est également important de souligner que la multidisciplinarité est importante dans la prise en charge d'un patient douloureux avec un contexte de vécu traumatique pour éviter un clivage somato-psychique qui conditionne la souffrance du patient et qui « reste souvent un réflexe de la pratique médicale ».

C. Objectif de recherche

Il existe une majoration du nombre de patients migrants en France, l'intérêt en médecine générale est le suivant : le médecin généraliste est un premier contact ou un relais au premier contact, il est également au centre de la prise en charge.

Il est important de souligner les difficultés de cette prise en charge sur le plan psychique et somatique, d'apporter des solutions en ouverture, ainsi qu'une réflexion autour de cette problématique.

Ce travail fait le lien entre la douleur chronique, l'état de stress post-traumatique et les patients migrants ; qui ont déjà été étudiés individuellement dans la littérature médicale, sans être centré sur le médecin généraliste et ses ressentis sur la prise en charge de la douleur.

C'est une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés auprès d'une dizaine de médecins généralistes de Seine Maritime, plus précisément dans la ville du Havre.

II. Matériel et méthodes

A. Type de l'étude

Pour ce travail de recherche, une analyse qualitative a été choisie car nous cherchons à comprendre quelles sont les difficultés que rencontrent les médecins généralistes dans un contexte précis ; d'après le travail de Stéphane Wahnich « Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique » (45) publiée dans le Bulletin des bibliothèques de France (BBF), il est précisé que les études qualitatives permettent de « comprendre les mécanismes de l'opinion » ainsi que d'évaluer la compréhension de l'environnement « comment ils comprennent leur environnement ».

De plus, dans l'ouvrage de Alex Mucchielli et Pierre Paillé « l'analyse qualitative en sciences humaines et sociales » chapitre 1 « choisir une approche d'analyse qualitative » (46) une enquête est dite « qualitative » si les données sont analysées de « manière qualitative (c'est-à-dire d'en extraire le sens plutôt que les transformer en pourcentages ou en statistiques) » et si « l'ensemble du processus est mené d'une manière naturelle sans (...) mises en situation artificielles ».

L'analyse qualitative est donc appropriée pour cette enquête sur le ressenti des médecins généralistes.

B. Recrutement

Un échange a été effectué avec le DMG avant le recrutement pour savoir s'il y avait nécessité de demander l'accord d'un CPP, cet accord n'était pas nécessaire.

La demande auprès du CNIL pour la protection des données a été réalisée, via la faculté de médecine de Rouen.

Le recrutement s'est fait par contact téléphonique ou par mail auprès des médecins généralistes de la ville du Havre.

Une liste de mail m'a été donnée par un ancien maître de stage, la liste des médecins généralistes de garde à l'AMUH (association médicale des urgences du Havre).

Pour les appels téléphoniques, la secrétaire des différents cabinets était contactée.

La population cible est celle des médecins généralistes du Havre, de différents quartiers et de tout âge.

Les critères d'inclusion sont le fait d'être installé ou en collaboration en cabinet ; d'avoir une patientèle de patient migrant, ayant des symptômes douloureux chroniques.

Le critère d'exclusion est l'absence de trouble anxieux chez le(s) patient(s).

C. Guide d'entretien

Les questions dans le guide d'entretien sont dans un premier temps des questions démographiques et globales sur le patient puis il en suit des questions pour caractériser la douleur chronique et le syndrome anxieux.

D'après le glossaire d'initiation à la recherche qualitative de Laurent Lertrilliart, le travail est réalisé avec un « cheminement progressif de question en question » (47)

D. Réalisation de l'entretien et recueil des données

La majorité des entretiens ont été réalisés dans les cabinets des médecins généralistes, un entretien a été réalisé au domicile du médecin généraliste interrogé et un entretien a été réalisé par téléphone.

L'échange était enregistré par un dictaphone puis retranscrit intégralement sur ordinateur pour permettre l'analyse des verbatim, tout en respectant l'anonymat.

Le recueil des données se fait par entretien individuel, semi-dirigé, suivant un guide d'entretien, l'individu interrogé peut parler librement et la trame du guide d'entretien peut évoluer selon les réponses de l'interviewé, d'après le « glossaire d'initiation à la recherche qualitative » de Laurent Lertrilliart, Isabelle Bourgeois, Anne Vega, Jacques Cittiée et Matthieu Lutsman (47) et selon le travail de Stéphane Wahnich « enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique » (45).

E. Analyse des données

Les données sont analysées avec le logiciel NVIVO ; en effet, selon le travail mené par Frédéric Deschenaux et Sylvain Bourdon « introduction à l'analyse qualitative informatisée à l'aide du logiciel QSR Nvivo 2.0 » (48) ce qui caractérise ce logiciel est « de se rapprocher le plus

possible de l'analyse qualitative papier-crayon » et de cumuler des informations en les classant « emmagasiner de l'information, la classer, l'organiser et ensuite (...) effectuer des opérations de recherche grâce à sa puissance informatique »

III. Résultats

52 mails ont été envoyés à des médecins généralistes avec une réponse positive et un entretien réalisé, 6 appels passés à des secrétariats de cabinet de médecin généraliste avec 3 réponses positives donnant lieu à des entretiens ; 6 messages texte téléphonique envoyés avec 3 réponses positives et 3 demandes formulées de vive voix avec 3 entretiens réalisés.

Soit 10 entretiens réalisés et analysés.

Finalement, la saturation des données est obtenue à 9 entretiens.

Le guide d'entretien a évolué pendant le recueil de données.

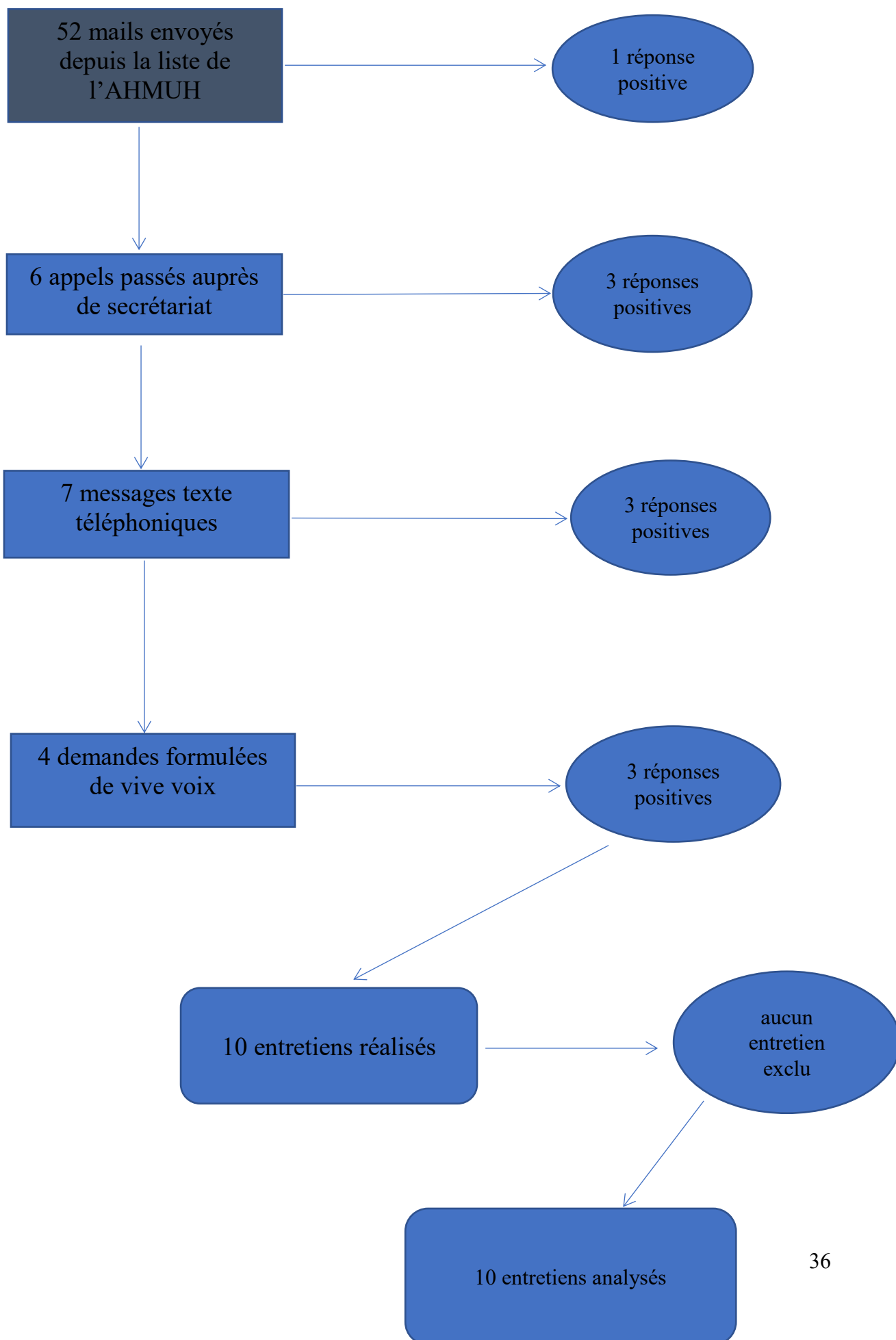
Les entretiens ont été réalisés entre le 31 juillet 2019 et le 3 septembre 2020.

L'entretien le plus long est de 42 minutes et l'entretien le plus court est de 12 minutes.

L'âge des médecins généralistes interrogés varie entre 30 et 64 ans.

| Genre | Age | Lieux d'exercice | Année d'installation | Exercice |
|-------|-----|--------------------|--------------------------------|-------------------|
| F | 36 | Caucriauville | 2015 | Cabinet de groupe |
| H | 62 | Caucriauville | 1997 | Cabinet de groupe |
| H | 63 | Graville | 1986 | Cabinet seul |
| H | 50 | Mont-Gaillard | 2001-2003 et 2004 | Cabinet de groupe |
| H | 49 | Mont-Gaillard | 2003 | Cabinet de groupe |
| H | 64 | Marc-au-clerc | 1985 | Cabinet de groupe |
| F | 30 | Sainte-Cécile | Collaboration depuis mars 2019 | Cabinet de groupe |
| F | 45 | Quartier de l'Eure | 2015 | Cabinet de groupe |
| H | 40 | Mont-Gaillard | 2011 | Cabinet de groupe |
| F | 43 | Centre-ville | 2005 | Cabinet de groupe |

Tableau représentant les caractéristiques de la population cible : les médecins généralistes



A. Origine des patients

1. Afrique

(E1) « certain nombre de nigérien »

(E1) « patient maghrébin »

(E1) « des sénégalais »

(E2) « nord Afrique »

(E3) « beaucoup d'africain, Mali par exemple »

(E5) « RDC »

(E6) « Nigérian »

(E6) « Afrique noire »

(E7) « une patiente sénégalaise »

(E7) « quelques patients d'Afrique du Nord »

(E7) « Congo »

(E8) « Afrique noire principalement, sinon maghreb »

(E9) « Un patient du Cameroun, anglophone, une patiente du Gabon et un patient du Maghreb »

(E10) « à dominance Afrique »

2. Moyen-Orient

(E2) « moyen orient »

(E4) « une famille de syrien »

3. Europe de l'est

(E1) « un petit peu de patient d'Europe de l'est »

(E3) « des gens qui viennent de l'est »

(E3) « des gens tchéchènes »

(E4) « une famille de géorgien »

4. Asie

(E1) « quatre ou cinq personnes qui sont asiatiques »

(E6) « bengladesh »

(E10) « quelques patients d'origine asiatique »

5. Autre

(E4) « deux familles d'espagnol »

B. Difficulté liée au patient migrant

1. Le langage verbal

a) *Incompréhension face à une langue différente*

(E1) « ils parlent un anglais, et un anglais pas très littéraire »

(E1) « sans l'anglais c'est un peu compliqué comme consultation »

(E1) « qu'on a du mal à comprendre et qu'on a du mal à interroger »

(E1) « c'est vraiment compliqué d'éduquer une population quand on ne connaît pas la langue »

(E4) « Le plus gros écueil c'est la langue »

(E6) « quand ils parlent anglais, c'est difficile »

(E7) « le français ce n'est pas très simple pour elle non plus pour le moment donc ça ne favorise pas non plus le discours »

(E7) « elle ne comprend pas toujours ; c'est une dame qui ne sait pas lire non plus, ni écrire, donc pour les ordonnances il faut faire attention à ce qu'elle peut comprendre ou pas »

(E10) « on a des entretiens un peu fermés du coup, enfin les questions sont fermées, c'est oui/non ; après quand on a des migrants qui parlent bien français car en Afrique il y a plusieurs pays francophones, cela simplifie les choses, en anglais on se débrouille, par contre si on a en face de nous, quelqu'un originaire du Bengladesh, il y a beaucoup de difficulté là »

b) *Les outils utilisés*

(1) Les cours de français

(E1) « pour qui les cours de français c'est compliqué car elles sont illettrées même dans leur langue »

(2) Les enfants

(E4) « des fois il y a le petit garçon de sept, huit ans qui vient avec le papa à la consultation et on arrive à échanger un petit peu, mais le discours avec un enfant de huit ans, tu ne rentres pas forcément dans les détails »

(E3) « La langue oui, au début ils viennent accompagnés puis après seul »

(E8) « je leur demande de venir au moins une fois avec un enfant »

(E9) « plus compliqué pour suivre ce genre de consultation avec les patients anglophones et puis ceux qui ne sont ni francophones ni anglophones, ils viennent avec de la famille et ce sont les enfants qui traduisent »

(3) L'informatique

(E4) « j'utilise comme tu as vu google traduction »

(E4) « mais lui s'il veut me dire des choses, c'est toujours compliqué donc j'essaie, quand je crois avoir compris, je le mets sur google traducteur et il me dit oui ou non pour voir si j'ai bien compris, c'est pas facile »

(E4) « traduction sur les ordonnances »

(4) Les associations, structures, foyers

(E4) « Parfois il y a des associations qui viennent au début pour faire la traduction, ça nous aide »

(E10) « ils ont un éducateur référent donc cela permet de rassembler certaines informations »

2. Le langage corporel

(E1) « pas les mêmes expressions »

(E8) « il y a la communication corporelle, au fur et à mesure en s'habituant au patient, on peut les aider dans la linguistique et il y a des patients qui je comprends mieux qu'avant »

3. La différence culturelle

a) *Les horaires*

(E1) « notion de l'heure qui est différente »

(E3) « à part qu'ils ne respectent pas, s'ils ont rendez-vous à 4h, ils viennent le matin ou le matin pour l'après-midi, ils n'ont pas d'horaire »

b) *La notion de surconsommation*

(E1) « dans les pays arabes, j'ai fait un stage en Tunisie, on retrouve le principe de la consultation « tout de suite et maintenant » ; la notion de surconsommation est assez présente, par exemple « j'ai un bouton depuis un jour, il faut venir tout de suite » »

(E3) « Pour moi le problème c'est qu'ils viennent presque au supermarché faire leur course, ils demandent du doliprane ou autre, on fait plus la guerre pour ne pas trop prescrire »

c) *La maladie*

(E1) « à chaque fois qu'il vient il a le palu, c'est fou hein (rire) car chez lui le palu ça veut dire la fièvre »

(E8) « les africains c'est beaucoup « je suis fatigué » ça ne veut pas dire de la fatigue, ça veut « je suis fatigué de ça » donc maintenant je le sais, quand un africain me dit « je suis fatigué » ça veut dire qu'il ne faut pas faire de bilan d'asthénie mais plutôt de savoir de quoi il en a marre ; généralement pour l'arthrose »

(E8) « quand on me dit « j'ai une maladie africaine » il faut que je me débrouille avec »

d) *L'examen clinique*

(E6) « Pour l'examiner ce n'est pas toujours simple, elle est d'origine musulmane, elle est voilée, un jour il y avait son fils qui était là et elle avait mal au genou, je lui dis « enlevez votre pantalon » et il n'a jamais voulu »

e) *Le système de santé*

(E1) « pas les mêmes représentations du système de santé »

(E1) « Souvent quand ils viennent ils sont en rupture de traitement de quelques jours parce qu'ils ont eu une mauvaise compréhension du parcours de soin »

(E1) « pas non plus le réflexe d'aller à la pharmacie, ils ne savent pas comment fonctionnent tous ces systèmes annexes »

(E1) « ils n'ont pas le même système de représentation que nous »

(E8) « ils savent comment l'utiliser, bien ou pas bien mais comme les autres »

f) Médication non occidentale

(E8) « il y a toutes les médications traditionnelles, des voyages dédiés »

4. L'isolement social

(E1) « on ne peut pas aller à la formation car il faut s'occuper des enfants, donc elles sont en isolement social parce qu'elles ne peuvent pas parler aux personnes »

(E4) « qu'ils déprimaient un petit peu effectivement d'être déracinés »

5. La prise en charge sociale

(E1) « il y en a un certain nombre au 115, sans domicile »

(E1) « il y a tout un travail à faire sur la partie sociale d'insertion des personnes »

6. S'adapter

(E1) « moi je peux considérer quelque chose d'acquis d'emblée pour mon patient et en fait non ce n'est pas du tout acquis et je suis obligée de remettre en question mon propre système de représentation »

(E1) « ré interroger et re parler au patient en re mettant en cause toute notre représentation c'est quand même compliqué mais c'est indispensable quand on travaille avec ce genre de public »

(E1) « Il faut être extrêmement souple quand on reçoit ce genre de public et ça ne va pas avec la rigueur qu'on a en sortant de l'internat »

C. Particularités liées au patient douloureux chronique migrant

1. Les symptômes

a) Céphalée

(E5) « maux de tête »

(E7) « des céphalées »

(E8) « céphalées »

(E9) « des céphalées »

b) Douleur abdominale et troubles digestifs

(E1) « mal de ventre »

(E3) « des maux divers, surtout problème digestif et autre »

(E8) « des douleurs abdominales »

(E10) « les épigastralgies »

c) Lombalgie

(E1) « mal de dos »

(E2) « lombalgie, "mal au dos" »

(E6) « des plaintes, dos, épaule »

(E7) « douleurs du dos »

(E8) « rachialgie »

(E10) « les douleurs qui se chronicisent ce sont les lombalgies »

d) Douleur musculaire et articulaire diffuse

(E7) « des épaules, du cou, des jambes, des douleurs un peu diffuses, surtout des douleurs articulaires »

(E8) « Beaucoup d'ostéoarticulaire »

(E10) « douleur de cheville, genoux »

e) *Les mots utilisés*

(E8) « il le manifeste par une demande d'examen par exemple, ils vont arriver en demandant une radio et c'est pour dire qu'ils ont mal à cet endroit »

(E9) « mal à la tête quotidien »

(E9) « décrit sa douleur comme une brûlure, permanente »

(E10) « Douleur de dos »

f) *Récurrence des symptômes*

(E1) « souvent les mêmes plaintes, « mal de dos, mal de ventre » « j'ai perdu du poids » donc à chaque fois, on fait une partie somatique qui est indispensable »

(E5) « Diagnostiquée car tu les vois très régulièrement, depuis plusieurs mois, c'est toujours les mêmes symptômes »

(E8) « souvent une demande de solution définitive, donc une récurrence des demandes »

(E9) « un recours aux soins plus importants avec des consultations répétées, sur les mêmes problématiques »

(E10) « hyperconsommation de soin »

2. *Les facteurs aggravants*

a) *Le bien-être des enfants*

(E1) « les entrées à l'école des enfants »

(E7) « quand ses enfants sont malades ou ne vont pas bien, elle a un peu plus mal »

b) *Les tâches administratives*

(E1) « c'est le moment où le patient va recevoir les papiers qui sont refusés »

(E1) « dossiers qu'il faut refaire »

c) *La solitude*

(E2) « Les facteurs aggravants sont la solitude, le fait d'être perdu »

d) Le pays d'origine

(E1) « tout ce qui les remet en insécurité peut être, ou ce qui se passe au pays aussi »

(E9) « j'ai l'impression par contre que le parcours migratoire a aggravé sa douleur chronique, mon patient avec les céphalées chronique, c'était ça aussi, aggravé par un syndrome anxieux et le parcours migratoire »

(E9) « le patient camerounais, pour la partie anglophone du Cameroun, quand il y avait des rebellions, des dissidences, et des représailles de l'état, on en a discuté et il y avait des répercussions sur le réveil des céphalées de ce patient et des symptômes d'anxiété »

3. Les facteurs améliorants

(E9) « Le fait d'évoquer le lien entre les douleurs chroniques et le syndrome de stress post-traumatique, ça permet il me semble d'améliorer les choses »

D. Difficulté liée au patient en état de stress post traumatique

1. Une représentation différente de l'anxiété

(E8) « souvent les patients d'un certain âge, il leur manque le concept d'anxiété, souvent ça veut dire autre chose, ce n'est pas un trouble psychologique, ils mettent autre chose dessous »

(E8) « une représentation d'ordre anthropologique sur les concepts, ils n'osent pas tout me dire mais souvent, il y a des croyances où le syndrome anxieux ça vient de l'extérieur, donc après moi j'ai du mal à dé marabouter les gens (rire), donc soit-on me le dit, soit je sens qu'ils sont sur une autre représentation, et on a du mal à se comprendre, d'où terrapsy »

2. Les symptômes

a) Les douleurs

(E1) « il a souvent comme je le disais des plaintes récurrentes qui sont souvent des douleurs »

(E5) « elle avait des pathologies multiples et variées, des maux de tête, des douleurs diffuses, plein de problématiques, douleur thoracique »

(E9) « patients algiques chroniques, des céphalées chroniques »

(E10) « différent syndrome algique »

b) L'addictologie

(E4) « mes deux patients qui sont sous subutex, à chaque fois je leur demande si ils veulent rester au même dosage ou si ils veulent diminuer, je pense que si ils n'avaient plus de stress, ils diminueraient, ils arrêteraient, donc pour moi le fait qu'ils continuent, ça veut dire qu'ils sont toujours en souffrance »

c) Etat général

(E8) « des problèmes de sommeil, des pertes d'appétit »

(E8) « parfois cliniquement à l'attitude de la personne »

(E9) « un état anxieux chronique »

(E10) « Trouble du sommeil »

(E10) « vrai syndrome dépressif »

(E10) « angoisse »

3. Un diagnostic long

a) Evoquer le traumatique

(1) De la part du médecin généraliste

(E1) « après s'être rendu compte qu'il y a beaucoup de consultation sans motif somatique palpable »

(E1) « ce n'est qu'au bout de quelques mois, que moi je me suis posé la question sur ce qu'ils avaient vécu »

(E1) « une phase pour en parler avec le patient qui demande aussi quelques entretiens »

(E2) « devant des consultations à répétition, au bout de quatre, cinq consultations ; oui connaître leur histoire de vie oriente rapidement sur un état de stress post-traumatique »

(E8) « c'est moi qui vais chercher les symptômes »

(E8) « Je questionne, ça m'est plus facile avec les femmes, il y a en plus des choses qui sont souvent traumatisantes »

(E9) « quand je me suis dit que pour tel patient, ce serait bien de savoir ce qu'il s'est passé avant, lui demander s'il pouvait me raconter son histoire, de me raconter depuis la naissance la vie qu'ils ont menée, pour le patient du Cameroun, s'il avait vécu des périodes avec violence dans son pays »

(E10) « moi je pose systématiquement la question, par exemple dans l'unité de mineur migrant dans laquelle je travaille, dans mon interrogatoire je leur demande systématiquement par quels pays ils sont passés et s'ils ont subi des violences et quels types, physique, psychologique, nutritionnelle, ce n'est pas toujours simple car c'est le premier rendez-vous, ils nous assimilent souvent à quelque chose de très judiciaire donc pas forcément simple d'avoir les infos »

(E10) « leur schéma migratoire me renseigne »

(2) Non spontanément de la part du patient

(E3) « je pense qu'ils cachent ce qu'ils ont vécu (...) en tout cas au cabinet ce n'est pas un motif et ils n'en parlent pas spontanément »

(E4) « ils ne décrivent pas d'anxiété, de stress lié à un passé de guerre, ils ne le disent pas »

(E5) « spontanément ils ne vont pas dans l'histoire »

(E5) « pas spontanément, au bout d'un certain temps et parce qu'il y avait un phénomène assez aigue »

(E6) « c'est très traumatique mais elle ne m'en a jamais parlé directement, pas spontanément »

(E7) « elle ne m'a pas encore raconté mais j'ai lu l'écrit de la personne du foyer qui l'accompagnait avec l'attestation de toutes les cicatrices qu'elle avait, de ce qu'elle avait décrit »

(E8) « je ne connais pas tout donc je reconstitue par bribes parfois mais je ne connais pas tout leur parcours, surtout le parcours migratoire »

(E9) « Jamais spontanément »

(3) Sur la prise de substitutif

(E4) « je l'ai su car ils ont des traitements par subutex »

(4) Via d'autre professionnel de santé ou social

(E6) « via la kiné, au bout d'un an »

(E10) « on arrive à avoir via l'éducateur des informations concernant leur trajet migratoire, que ce soit le trajet ou avant dans leur pays car si ils sont partis c'est qu'il y avait des choses subies dans leur pays d'origine, en plus du trajet migratoire donc en général j'arrive à avoir les info par l'éducateur quand c'est difficile »

b) Eliminer une pathologie somatique

(E1) « à chaque fois, on fait une partie somatique qui est indispensable comme dans tout ce genre de pathologie psychologique »

(E5) « il a fait tous les examens, il a vu les spécialistes mais il en parle tout le temps »

(E5) « il faut désamorcer, tant que tu n'as pas fait l'orientation sur le plan somatique, tu ne peux pas après dire que c'est que ça »

c) Retard de diagnostic

(E1) « faire un diagnostic d'ESPT c'est souvent long »

(E1) « retarder le diagnostic et la prise en charge »

(E8) « on arrive plus à le définir quand il y a quelqu'un de la famille, un enfant qui est là par exemple, qui va transcrire la façon dont la personne présente les choses, qui va arriver à être d'accord avec moi pour dire que c'est des symptômes d'anxiété, et parfois ça prend beaucoup de temps »

(E8) « Je pense que ça peut mettre des années »

(E9) « Plusieurs mois avant d'envisager de poser la question sur le passé, sur ce qu'il s'est passé dans le pays d'origine »

(E9) « on le voit plutôt pour les problèmes somatiques, comme pour d'autre patient et puis au bout d'un moment, on voit qu'on n'avance pas, qu'on n'est pas efficace, que la demande est toujours la même, donc on se pose la question à ce moment-là avec probablement un retard diagnostic à l'évocation du problème »

(E10) « c'est à retardement donc ça peut être quelques mois après »

4. Le manque de temps

(E1) « quand on se lance dans ce genre de conversation il faut du temps or au moment où on voit ce patient là on n'en a pas forcément beaucoup »

(E1) « on se dit « oh c'est pas grave, on verra la prochaine fois »

(E1) « si on voulait vraiment mener un entretien sur ça avec eux il faudrait probablement beaucoup de temps »

(E4) « comme tu as déjà du mal à te faire comprendre dans ce qu'il faut faire en médicament, que tu as une consultation de quinze minutes, aller connaître le parcours, non tu n'as pas le temps »

(E6) « on est pris dans l'activité, notre activité dure quinze, vingt minutes et puis après, on n'a pas le temps de se poser et de travailler en équipe »

(E9) « je pense que personnellement j'ai un manque de curiosité par rapport à ça, je sais que ça va mener sur une consultation longue »

E. Difficulté liée au lien entre douleur chronique et état de stress post traumatique

1. Faire le lien

a) *De la part du médecin généraliste*

(E3) « souvent ce qu'on leur propose c'est un métier physique donc difficile de savoir si les douleurs sont liées au travail »

(E5) « il n'y a pas de lien qui est fait, il n'y a pas de courrier demandant au psychiatre si ses douleurs chroniques peuvent s'intégrer dans sa pathologie psychiatrique, dans le traumatisme »

(E5) « nous ce qu'on peut apporter au patient, c'est l'évocation du stress post traumatisme et puis que ça l'aide lui dans ses douleurs »

(E7) « vu le tableau de douleur qu'elle présentait et l'examen clinique, je n'aurais pas opté pour une maladie organique »

(E8) « Oui une recrudescence de la plainte douloureuse lors de période d'anxiété »

(E8) « Par moi il est rapidement fait »

(E9) « Mes patients algiques chroniques, ils ne consultaient pas pour le syndrome anxieux ; et pour la majoration des douleurs, je ne l'ai pas réellement évalué, je n'ai pas discuté de ça avec

les patients »

(E10) « Oui, à chaque fois que les lombalgies se chronicisaient, il y avait un état psychologique qui influait »

(E10) « ça revient très souvent et qui pour le coup est franchement lié au syndrome anxieux »

b) De la part du patient, compréhension

(E1) « c'est pas forcément ce qu'ils veulent entendre »

(E1) « même si on le dit une ou deux fois, ça ne veut pas dire que, eux l'intègrent tout de suite »

(E1) « une compréhension qui se fait mieux, l'acceptation arrive au bout d'un moment »

(E1) « ils reviennent toujours, on ne fait pas disparaître le symptôme tant qu'il n'y a pas un déclic autour »

(E5) « elle a été vue par tout le monde, par les spécialistes et elle a un suivi psychiatrique »

(E3) « quand je leur demande, ils se taisent, ils n'en parlent pas »

(E8) « tant qu'il n'y a pas d'acceptation de l'aspect psycho-psychiatrique, c'est difficile »

(E8) « pour le patient c'est rarement accepté comme lien de causalité »

(E9) « Non, par le patient, le lien n'a pas été fait entre la douleur chronique et l'état anxieux »

(E9) « Peut-être que d'avoir pris conscience de ce lien entre ses douleurs et son vécu a permis de limiter les consultations »

(E10) « Ah oui, je n'ai pas l'impression que ça soit quelque chose qu'ils refusent comme diagnostic »

2. Explications données

(E1) « c'est difficile de dire aux gens « oui mais vous savez c'est parce que le moral ne va pas bien, c'est parce que ça ne va pas bien dans la tête »

(E1) « il faut remettre un nom sur les douleurs, « est ce que vous êtes plus angoissée en ce moment ? » »

(E10) « Oui j'en parle et j'appelle les éducateurs quand c'est comme ça, quand il y a un peu trop de conso ou quand la plainte de la douleur d'estomac revient, je fais un point avec eux car ils ont beaucoup plus de lien avec eux que moi je peux en avoir sur le plan du quotidien donc c'est plus simple de voir avec l'éducateur pour reprendre le problème avec le jeune si besoin »

F. Difficulté liée au patient migrant douloureux chronique en état de stress post-traumatique

1. Difficulté pour évoquer le parcours migratoire

(E1) « c'est aussi compliqué d'aborder ce sujet-là parce que les raisons pour lesquelles ils ont quitté leur pays ne sont souvent pas réjouissantes »

(E3) « là-dessus il y a un mutisme »

(E8) « Les gens qui ne parlent pas français sont souvent avec leurs enfants et n'osent pas rentrer dans les détails devant eux »

(E9) « c'était évoqué librement, mais il fallait laisser le temps, (...) je n'ai pas vu de résistance à le dire »

(E10) « ils ont du mal à l'évoquer, parfois, ils l'évoquent un peu plus avec l'éducateur référent et l'éducateur m'en parle donc cela permet d'avancer un peu »

2. La confiance

(E5) « je ne rentre pas dans leur histoire de vie, parfois si tu rentres d'emblée ils se ferment, il faut laisser du temps pour installer une relation de confiance »

(E8) « il y a le temps de la confiance aussi, on se rend compte qu'avec le temps ils arrivent aussi à s'expliquer alors que quand ils voient un médecin qu'ils ne connaissent pas, c'est noté "communication impossible" et moi je suis surprise quand je les vois, j'arrive à avoir suffisamment d'informations »

3. Idées reçues de la part du patient

a) *Cloisonnement médecine générale et psychiatrie*

(E5) « je pense qu'ils n'ont pas idée de nous en parler directement à nous en médecine générale, parce que je pense qu'en arrivant ils ont déjà l'idée d'aller voir un psychiatre »

(E5) « je pense qu'ils font comme certains patients la distinction entre le médecin généraliste et le médecin psychiatre avec qui ils vont parler de leur traumatisme »

(E5) « ils ne savent pas qu'ils peuvent nous en parler à nous »

(E5) « tu remplis un dossier, tu remplis le versant somatique et tu as des volets pour des psychiatres, donc ils le savent, donc à mon avis ça intervient dans le fait qu'il y a ce cloisonnement »

b) Absence de secret professionnel

(E4) « sa femme dit qu'il aurait besoin de parler à un psychologue pour l'acceptation de sa maladie mais trouver quelqu'un qui puisse parler en turc, il n'y en a pas et en plus elle me dit que si c'est quelqu'un de la communauté turque du Havre, il ne va pas vouloir parler en se disant que tout le monde va être au courant alors que normalement, si le professionnel fait son boulot, il n'y a pas de raison »

4. Besoin de multidisciplinarité

a) Le lien avec les autres professionnels de santé

(1) Echange avec les psychologues

(E1) « Il arrive que les psychologues nous appellent pour nous dire qu'il y aurait peut-être besoin d'un traitement psy en plus, un traitement anti dépresseur par exemple »

(E5) « Les psychologues tu pourrais faire le lien mais le problème c'est que si c'est des psychologues au sein du CMP tu n'auras pas trop de lien avec eux, et en hospitalier il faudrait vraiment connaître quelqu'un »

(E7) « la difficulté qu'elle, elle peut avoir pour l'accès aux différentes structures d'accompagnement, les CMP par exemple c'est long »

(2) Absence de communication avec les psychiatres

(E1) « les psychiatres, ça a toujours été flou et ça le sera toujours un peu je pense, on a du mal à savoir comment ça se passe »

(E1) « j'ai déjà appris que mes patients étaient suivis par l'équipe mobile de précarité, je ne le savais même pas, je l'ai appris au bout de trois, six mois ou un an, une fois je leur ai dit « ah vous prenez d'autre traitement ? » et le patient me sortait son ordonnance avec traitement anti-

dépresseur et je ne savais pas »

(E1) « Les psychiatres n'ont pas l'habitude d'écrire au médecin généraliste »

(E2) « pas de lien avec le psychiatre »

(E5) « pas de coordination avec le psychiatre »

(E5) « Non mais en médecine générale tu n'as jamais de lien avec le psychiatre »

(E8) « Non, c'est rare d'avoir un échange précis avec un psychiatre »

(E9) « On n'a pas de retour, c'est dommage, en plus les psychiatres, en tant que professionnel médical, on peut supposer qu'on devrait avoir de temps en temps un compte rendu, donc on n'est pas au courant du suivi ou même de l'histoire plus précise qu'ils ont peut-être »

(E10) « Non la psychiatrie ça reste la psychiatrie, alors moi avec mon travail, j'ai de bonnes relations avec la maison de l'ado mais c'est difficile d'avoir un courrier ou une trace écrite des changements de traitement quand il y en a »

b) Besoin d'un relais

(1) Prise en charge groupée ou RCP

(E1) « c'est mieux que ce soit fait en multi disciplinarité »

(E5) « il faudrait faire des réunions pluri disciplinaires pour ces patients-là »

(E5) « manque de coordination, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de truc collégial, savoir qui fait quoi, qui s'occupe de quoi, quelle est la participation, et puis quels sont les moyens mise en avant »

(E9) « on ne connaît pas les associations, il n'y a pas de réunion pluridisciplinaire, pas de service de santé mentale »

(2) Besoin de formation

(E8) « je pense que l'on aurait plus besoin, psychiatre, médecin généraliste, de formation à ça car les modèles de psychologie sont calqués sur une société occidentale, tous les modèles de fonctionnement de la famille et de développement de l'enfant sont calqués sur un modèle occidental, le lien d'attachement et quand on regarde ça ne marche pas, la définition de la famille n'est pas la même, le rôle de l'individu au sein de sa famille n'est pas le même donc en fait on a des modèles qui ne fonctionnent pas, on aurait besoin d'être formé avec ces modèles là pour aider les gens car si on part sur des notions qui ne correspondent pas du tout au fonctionnement de la cellule familial c'est voué à l'échec »

(3) Ressenti du médecin, sentiment de solitude ou d'incompétence

(E1) « je ne me sens pas de faire une psychologie de dessous de tiroir à ces patients-là donc je prends ce qu'ils veulent me dire mais je ne vais pas forcément chercher très loin dans le diagnostic »

(E1) « je vois qu'il ne va pas bien, je laisse la main, je passe le relais »

(E1) « toute seule dans mon cabinet, je ne pense pas pouvoir apporter suffisamment au patient »

(E6) « on est individuel, on est seul face au patient, on ne pense pas forcément que le groupe peut être une ressource »

(E6) « sentiment d'être en échec »

(E6) « sentiment d'impuissance »

(E6) « ce n'est pas satisfaisant »

(E9) « on a l'impression d'être un peu seul »

(E10) « Dans ma structure de foyer, je ne suis pas seule car je travaille avec des éducateurs, une infirmière »

5. Le langage

a) *Discours avec le médecin généraliste pour le diagnostic*

(E6) « je crois que pour aborder des histoires de stress post traumatique, il faut déjà avoir un vocabulaire suffisant et puis une capacité de verbaliser son histoire, chose qu'ils n'ont pas »

(E7) « le français ce n'est pas très simple pour elle non plus pour le moment donc ça ne favorise pas non plus le discours »

(E8) « c'est juste à l'intuition, on termine la consultation, on ne sait pas vraiment l'objet de la consultation ni le motif, on ne peut pas affiner les questions »

(E9) « ils viennent avec de la famille et ce sont les enfants qui traduisent mais ça rend la communication difficile avec des non-dits »

(E10) « il y a aussi la barrière de la langue car il y en a certains qui ne parlent ni anglais ni français, et parce que ce n'est pas simple non plus d'évoquer certaines violences et certains traumatismes dans ces cas-là »

b) Communication avec les autres professionnels de santé pour les thérapies

(E4) « Je pense qu'on n'est pas bon car s'il ne s'exprime pas en français, tu ne peux pas l'aider, tu ne peux pas l'envoyer voir quelqu'un, c'est compliqué, surtout quand c'est des langues un peu spécifiques »

(E4) « tu ne peux pas faire de la sophrologie si la personne ne comprend pas le français »

(E6) « toujours ce problème de barrière du langage, comment arriver à orienter quelqu'un pour une thérapie dont on ne sait pas tout »

6. Difficulté financière

(E1) « tout ce qui est payant est un problème »

(E1) « soit on part sur le psychologue, soit on part sur des alternatives qui peuvent être la méditation, la sophrologie, l'acupuncture, l'ostéopathie, ce qui vous intéresse, l'hypnose aussi pourquoi pas, pour ces patients là on sait que ces techniques-là vont être limitées car ils sont quasiment tous soumis à une ressource financière donc on fait avec ce qu'on a sur le terrain »

(E1) « avec tous ces traitements non médicamenteux on est quand même limité, tout ça n'est pas pris en charge »

(E4) « bah c'est pas pris en charge »

(E5) « l'EMDR avec les psychologues en ville ciblé sur les traumatismes, ça n'est pas du tout remboursé - cinquante euros minimum la consultation »

(E6) « qu'elle n'a pas d'argent, c'est la difficulté aussi »

(E8) « En libéral, je ne propose même pas »

(E10) « Mais sur tout ce qui est hypno, sophro, c'est compliqué parce que ce sont des jeunes qui n'ont pas de possibilité d'avoir des budgets pour ce genre de chose »

7. Ressources dans la ville du Havre

a) Traducteurs et médiateurs

(E1) « je trouve ça dommage parfois qu'ils ne soient pas accompagnés, plus aidés avec des médiateurs »

(E3) « il faudrait un traducteur »

(E4) « dans notre réseau au Havre, ils ne sont pas notifiés les gens qui parlent la langue, alors qu'à l'hôpital ils le sont »

(E8) « ça m'est arrivé qu'une fois car dans la salle d'attente il y avait un patient médiateur, une dispute a éclaté entre une mère et sa fille, il a traduit et a fait de la médiation familiale »

b) Sport gratuit, piscine municipale

(E1) « sport gratuit de la ville »

(E1) « cet été en effet il y a des cours de sport gratuit, la piscine c'est un euro »

c) Terrapsy

(E1) « terrapsy, qui est une association de psychologue sans frontière, on a la chance qu'ils soient basés au Havre, ils font des entretiens psy dans beaucoup de langue différente »

(E1) « qu'on a beaucoup de chance d'avoir les psychologues qui sont gratuits avec terrapsy »

(E8) « ça m'arrive de donner les coordonnées de terrapsy »

(E10) « avec terrapsy »

d) Défaut d'information

(E3) « Non, honnêtement ça je ne sais pas, je ne sais pas comment ça se passe, je ne pense pas qu'il y ai de psychologue »

(E4) « Je ne connais pas [terrapsy], ils ont où ? »

(E6) « on a un défaut de connaissance de ce qui est mis en place, un défaut d'information »

(E9) « Non je ne connais pas terrapsy »

G. La prise en charge

1. Médicamenteuse

a) Antalgique et phytothérapie

(E2) « Les antalgiques utilisés sont le paracétamol, les AINS, l'IXPRIM et les thérapies non

médicamenteuses, la discussion »

(E5) « antalgique »

(E7) « antalgiques simples »

(E8) « antalgique »

(E8) « parfois anti-inflammatoire »

(E10) « Sinon ça peut m'arriver de prescrire de la phytothérapie »

(E10) « puis traitement médicamenteux de la douleur oui je fais, avec des antalgiques simples »

b) Antidépresseur/anxiolytique

(E1) « souvent antidépresseur, anxiolytique, on essaie de ne pas mettre de somnifère mais parfois on est obligé »

(E1) « je mets de la sertraline en premier et puis un ou deux alprazolam en fonction du patient »

(E5) « antidépresseur »

(E6) « anti-dépresseur, anxiolytique, en étant parcimonieux sur les anxiolytiques »

(E8) « je prescris parfois des anxiolytiques »

(E8) « des antidépresseurs »

(E9) « laroxyl, pregabaline, amytriptilline et puis antidépresseur type ISRS, pour agir sur le phénomène douloureux et anxieux »

(E10) « pour ce qui est du syndrome dépressif, trouble anxieux, trouble du sommeil, ça, c'est plus compliqué car je ne suis pas pédo-psychiatre et je refuse de prescrire des psychotropes chez l'enfant »

2. Non médicamenteuse

a) Discussion/réassurance

(E1) « dans ces cas-là de récurrence de douleur, on redevient l'interlocuteur et reparler un petit peu semble leur redonner un petit peu de capacité à accepter tout ça, à assimiler tout ça »

(E1) « en tout cas leur redire à chaque fois « oui mais vous savez bien que les examens sont bien, je ne suis pas inquiète de votre état de santé, il n'y a rien de plus que d'habitude, ça reste des angoisses »

(E1) « Régulièrement sur des pics d'angoisse importants on se retrouve à devoir ré expliquer que le bilan est normal, qu'on ne va pas le refaire »

(E1) « négociation avec le patient »

(E2) « la discussion »

b) Activité

(E1) « j'ai proposé à ma patiente d'aller à la piscine, de s'inscrire au sport gratuit de la ville, de faire des activités, sortir de chez elle, je lui ai déjà conseillé de faire de la méditation avec des applications »

(E1) « prendre du temps pour eux, de faire de la relaxation, faire du sport, faire des étirements, trouver des moments familiaux »

(E1) « pour qu'ils essaient de trouver dans leur mode de vie un moyen de faire du sport, de se défouler, un moment pour sortir mais bon pour en faire une habitude de vie c'est compliqué, si ils n'en ressentent pas un bien fait immédiat, ils vont arrêter »

(E8) « les conseils posturaux »

(E8) « arrêts de travail »

(E10) « Sur les foyers, nous on a des éducateurs sportifs, c'est surtout ça »

(E10) « L'éducateur sportif, il a aussi eu une formation sur la sophro donc il le fait de temps en temps donc on se sert de lui pour faire ce genre de chose »

c) Autres professionnels de santé

(E1) « je délègue volontiers, j'oriente vers terrapsy, qui est une association de psychologue sans frontière »

(E1) « je les envoie aussi voir un psychiatre à un moment et donc j'essaie de travailler en équipe avec ces gens-là »

(E1) « « les états de stress post traumatique il faut me les envoyer très vite parce que très vite on peut faire quelque chose » avec une méthode qui s'appelle EMDR sauf que la séance chez elle, c'est cent euros non remboursés donc c'est forcément limité »

(E5) « tu orientes vers le centre anti-douleur »

(E8) « kinésithérapie »

(E8) « j'adresse à un psychiatre mais c'est un peu plus dur à faire passer »

(E9) « orientation vers le psychologue si possible, le CMP notamment car c'est remboursé »

(E10) « maison de l'ado pour certain »

(E10) « j'ai envoyé sur le centre anti-douleur (...) on a lâché le centre anti-douleur car en termes de délais de rendez-vous ce n'était pas simple »

(E10) « je passe par les pédo-psychiatre ou psychiatre pour avoir un avis ou son aval »

(E10) « Oui alors ça, terrapsy fait le lien avec les éducateurs et ça, ça se passe bien »

IV. Discussion

A. Matériel et méthode

1. Le recrutement

Le recrutement s'est fait de quatre manières différentes, par mail, par appel téléphonique des secrétariats ou par message texte sur téléphone et demande de vive voix.

J'ai eu plus de réponses positives via message texte et demande de vive voix en formulant la demande face au médecin généraliste. Il peut y avoir un biais de sélection dans le recrutement, ayant plus de réponses positives avec le numéro personnel du médecin ou à la demande de vive voix.

J'ai choisi la ville du Havre par intérêt pour cette ville, ainsi que pour évaluer par la suite la possibilité de mettre en œuvre des actions locales.

Le recrutement de médecins généralistes a été difficile, la démographie médicale en Haute Normandie étant faible « situe la Haute-Normandie parmi les régions les moins bien dotées. Au 17^{ème} rang des 22 régions pour la densité de médecins généralistes », ce qui est expliqué dans l'article de revue de l'INSEE Analyses Haute-Normandie, « Offre de soins de proximité en Haute-Normandie : de nombreux professionnels à remplacer à l'horizon 2022 » (49) ; la population va également continuer à croître « la Haute-Normandie va, de surcroît, devoir faire face à une augmentation de la demande de soins de proximité ».

Selon la présentation de l'ARS « Étude de l'offre de santé et du recours aux soins en Normandie » (50), entre 2012 et 2016, l'évolution du nombre de médecin généraliste sur le Havre est de -1%.

Dans l'article « Accès aux droits et aux soins des migrants et exilés » de médecin du monde (51), il est notifié que les patients migrants n'ont pas un accès aux droits de santé équivalent au reste de la population « En matière d'accès aux droits en santé, le manque criant d'informations adaptées et les pratiques de certaines caisses de sécurité sociale, en marge de la réglementation, compliquent l'accès à la santé des exilés et génèrent renoncements et retards de recours aux soins ».

Ce qui complique le recrutement de médecins généralistes ayant dans leur patientèle des patients migrants et de plus, avec les critères « douleur chronique » et « syndrome anxieux » ; cela ajoute à la précision de la recherche, ceci peut donc également expliquer la difficulté du recrutement des médecins généralistes, avec de multiples réponses négatives, ceux-ci n'ayant pas dans leur patientèle de patient migrant douloureux chronique avec syndrome anxieux.

Nous pouvons néanmoins préciser pour cette enquête qualitative que sur l'échantillon de médecins généralistes étudié, les deux sexes sont représentés avec 4 femmes et 6 hommes sur les 10 entretiens, ce qui correspond à la représentation en Seine Maritime du ratio homme/femme de médecins généralistes avec 35,8 % de femmes et 64.2 % d'hommes ; dans « Étude de l'offre de santé et du recours aux soins en Normandie » (50) publié par l'ARS, il y a 656 hommes et 366 femmes pour un ensemble de 1022 médecins.

De plus, l'âge moyen est de 48,2 ans, et dans cette même étude l'âge moyen en 2016 des médecins généralistes ayant un diplôme français au Havre est de 55 ans.

Les médecins sont installés dans sept quartiers différents du Havre et majoritairement en cabinet de groupe.

La répartition pour l'année d'installation pour ces dix médecins généralistes est de cinq installations avant 2003 et cinq installations après 2003, de même dans « Étude de l'offre de santé et du recours aux soins en Normandie » (46) publié par l'ARS « Pour la moitié des médecins, leur installation actuelle (en termes de commune) est antérieure à 2003 ».

2. Les entretiens

Les entretiens étaient semi-dirigés, réalisés au cabinet des médecins généralistes pour huit d'entre eux, un réalisé au domicile du médecin généraliste et un réalisé par téléphone.

Généralement sur le temps du midi en semaine pour tous les entretiens sauf un réalisé dans l'après-midi entre deux consultations de patient.

Il peut donc exister un biais de réponse sur le temps de l'entretien, avec un entretien court de 12 minutes car il a été réalisé dans l'après-midi, entre deux patients et sur l'entretien réalisé au téléphone, qui a également été assez rapide, 17 minutes.

Il peut également exister un biais de réponse sur les oublis, certains participants se rappelant en

fin d'entretiens de certains points précis sur une question.

Ensuite, nous pouvons notifier qu'il existe probablement un biais lié à l'investigateur car c'était la première fois pour moi que je réalisais des entretiens, donc une inexpérience dans ce domaine. Je pense cependant qu'il y a eu amélioration des questions de relance au fur et à mesure des entretiens réalisés.

De plus le guide d'entretien est standardisé, avec les questions de la plus large aux plus ciblées, numérotées, classées par thème, ouvertes, de cette façon, les participants n'étaient pas influencés et leurs réponses non orientées.

La saturation des données était atteinte à 9 entretiens, aucune nouvelle donnée et codage n'étaient mis en évidence. Un entretien supplémentaire a été réalisé pour s'assurer de la saturation des données, ce qui est une autre force de l'étude augmentant ainsi la validité interne. Les entretiens sont recopiés mot à mot, la retranscription étant faite immédiatement, limitant le biais de mémorisation. Cependant, il n'y a pas de relecture de la part du participant, ce qui induit un biais d'interprétation.

3. L'analyse des données

J'ai réalisé une analyse du contenu avec lecture des données, classification et codage, et finalement interprétation.

Sur le site LEPCAM « Lire, Ecrire, Publier et Communiquer des Articles Médicaux » (52) il est notifié que la validité interne d'une enquête qualitative se fait via la méthode de triangulation entre autre.

En effet, d'après Stéphane Martineau, professeur titulaire au département des sciences de l'éducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières (53), il existe plusieurs catégories de triangulation, dont la triangulation des sources « données recueillies auprès de plusieurs sources différentes ».

Dans cette enquête, il existe une triangulation des sources, cependant il n'y a pas de triangulation des chercheurs, j'ai été seule à relire et interpréter les résultats.

Cependant, pour renforcer la validité interne, j'ai rempli la grille COREQ, insérée dans les annexes. J'ai utilisé une grille traduite en français, comme proposée dans l'article de revue « kinésithérapie, la revue » (54) de Michel Gedda, publiée en 2015. J'ai eu l'explication de cette grille COREQ pour les études qualitatives dans l'article de revue « Consolidated criteria for

reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups » (55) de Allison Tong publié en 2007.

B. Résultats

Cette étude est réalisée car il existe dans la littérature des enquêtes concernant le patient migrant, ou les ressentis des médecins généralistes face à leur patient migrant, des enquêtes sur la douleur chronique ou l'état de stress post-traumatique mais aucun sujet ne traite de la difficulté que peuvent éprouver les médecins généralistes dans la prise en charge de ces patients migrants douloureux chroniques dans un contexte d'état de stress post traumatique.

Les patients migrants concernés sont majoritairement africains, 9 médecins généralistes évoquent ce continent.

Nous pouvons définir six catégories de difficulté dans la prise en charge de patient migrant, douloureux chronique et en état de stress post traumatique.

En effet on peut noter la difficulté inhérente au patient migrant, du fait du langage verbal avec cinq médecins généralistes partageant ce point de vue, les cours de français étant compliqués car certains individus peuvent être illettrés (E1). Le recours aux enfants, famille ou autre structure est faite avec également cinq médecins généralistes qui en parlent, un seul cependant m'a fait part des traductions sur internet pour aider devant cette difficulté. D'autre part le langage corporel figure également dans la difficulté du patient migrant, pouvant induire en erreur avec des expressions différentes ; cependant à l'inverse, dans un entretien (E8), il est une aide, quand le médecin généraliste « s'habitue » au patient et le comprend grâce aux expressions corporelles.

On retrouve ces différences, pouvant engendrer des difficultés dans l'article de la revue « Schmerz » « Pain medicine from intercultural and gender-related perspectives » (56) publié en 2015 « Intercultural differences in the perception and verbal expression of symptoms and emotional function are fundamental and it is important to realize these differences in order to understand patients with a migration background » ; il est important de prendre conscience de ces différences afin de comprendre les patients issus de l'immigration.

La différence culturelle avec une notion de l'heure qui est différente (E1) ce qui peut induire une difficulté dans les consultations avec horaire que l'on a en médecine libérale ; deux médecins généralistes m'ont fait part de la notion de surconsommation avec une demande forte

de traitement médicamenteux (E3) ou une demande de rendez-vous immédiat (E1), ce qui peut également compliquer la relation médecin patient devant une incompréhension bilatérale. La maladie et les mots utilisés pour décrire un état sont également différents compliquant la prise en charge (E8).

L'examen clinique a été mentionné dans un entretien (E6) comme difficulté car il y avait un refus de se dévêtir devant le médecin de la part du fils de la patiente, que j'ai attribué à la différence culturelle. Dans un entretien, on retrouve le fait que la représentation du système de santé est différente avec une mauvaise compréhension du parcours de soin, l'absence de réflexe pour aller se faire dépanner en pharmacie (E1), ce qui rend difficile la prise en charge avec des ruptures de traitement par exemple, cependant dans un autre entretien (E8) il est mis en avant le fait que les patients migrants connaissent le parcours de santé, qu'ils l'utilisent de manière correcte ou pas, il n'y a pas de différence avec des patients non migrant. Dans ce cas-là, le système de santé n'est pas établi comme une difficulté dans la prise en charge. La médication non occidentale apparaît également comme difficulté dans un entretien avec par exemple une non prise du traitement expliqué et prescrit car le patient prend une médication non occidentale ou réalise un voyage dédié au problème de santé sans en faire part au médecin, ce qui génère une incompréhension du patient et une incompréhension du médecin généraliste.

Cela est souligné dans l'article de revue « Trauma and Pain in Family-Orientated Societies » (57) écrit par Jan Ilhan Kizilhan, publié en 2017 dans « Int J Environ Res Public Health » ; les individus d'une culture différente à la nôtre, peuvent présenter une compréhension différente de la maladie physique, de la douleur ainsi que sur le traitement et la guérison, « Such people have a different understanding of physical illness and pain and, compared to patients from western societies, have different ideas on healing, even when confronted with the therapist »

De plus, dans cette catégorie de difficulté lié au patient migrant, on retrouve l'isolement social ainsi que la prise en charge sociale, décrit dans deux entretiens (E1) et (E4) compliquant la prise en charge médicale devant une absence d'insertion sociale des patients, une absence de formation pouvant les aider pour un travail ou pour apprendre le français par exemple.

Finalement, dans un entretien, le ressenti partagé était de « s'adapter » avec une remise en question de sa propre représentation du système de santé, ne pas hésiter à réinterroger le patient et faire preuve de souplesse.

Il existe également des particularités liées au patient migrant ayant une douleur chronique ; les principaux symptômes décrits sont des céphalées, des douleurs abdominales et troubles digestifs, des lombalgies, des douleurs musculaires et arthralgie diffuses.

La récurrence des symptômes et des consultations est très présente, décrite de manière spontanée dans cinq entretiens.

En effet, on retrouve dans l'article de revue « Cultural interpretation of pain in family-oriented societies » du même auteur, Jan Ilhan Kizilhan, publié en 2016 dans la revue « Schmerz » (58) qu'il y a une perception différente de la douleur et des attentes de guérison dans les populations ayant une culture différente « Patients from different cultures, particularly from family-oriented societies, such as the Near and Middle East, southern Italy and Greece, have a different perception of pain and other healing expectations, even in contact with doctors, than for example patients in western societies » ; ce qui peut expliquer la récurrence des symptômes et des consultations décrite par le médecin généraliste dans l'enquête.

De plus, les patients migrants peuvent avoir une douleur plus importante que des individus n'ayant pas eu ce parcours migratoire, en effet, dans l'article « Pain and psychological health status in chronic pain patients with migration background--the Zurich study » publié en 2013 écrit par Ulla Kellner, Christine Alder, Martin Litschi et Haiko Sprott ; il a été comparé des patients souffrant de douleur chronique avec et sans antécédents de migration et avant, après un programme interdisciplinaire de traitement de la douleur en ambulatoire, il y a des différences de résultats pour les patients souffrant de douleur chronique avec une douleur majorée chez les patients ayant un antécédent migratoire « The migrant group experienced a statistically significant and clinically relevant higher amount of pain and worse psychological functioning than the non-migrant group at all time points ».

Les facteurs aggravants la douleur, cités dans quatre entretiens sont le fait de se soucier des enfants, des tâches administratives, la solitude et lorsqu'il y a un incident dans le pays d'origine. Un médecin généraliste dans l'enquête m'a expliqué que le fait d'évoquer le lien entre douleur chronique et le syndrome de stress post-traumatique améliorait la douleur (E9).

Pour la difficulté liée au patient migrant en état de stress post traumatique, il est mis en évidence dans un entretien une représentation différente de l'anxiété, avec des croyances extérieures sur l'origine du syndrome anxieux (E8). Les symptômes majoritairement évoqués dans 6 entretiens sont les douleurs avec syndrome algique diffus, céphalée, douleur thoracique ; l'addiction a été précisée dans un entretien comme « symptôme » soulignant l'anxiété puis l'état général avec des troubles du sommeil, un état anxieux, des pertes d'appétit.

Le diagnostic est long, avec cinq médecins généralistes dans les résultats qui évoquent le traumatisme avec leur patient, mais généralement au bout de quelques mois ou années ; un participant cependant en discute rapidement en posant systématiquement la question (E10) ;

sept médecins me font part de cette difficulté car ce n'est jamais spontané de la part du patient, un médecin l'a évoqué sur la prise de substitutif (E4) et deux participants via d'autre professionnel, ici une kinésithérapeute et un éducateur.

De plus le diagnostic peut être long car une pathologie somatique est éliminée avant (E5).

Ce qui amène à un retard de diagnostic selon quatre médecins généralistes.

Il est également évoqué le « manque de temps » dans plusieurs entretiens, avec des consultations trop courtes et donc l'évocation du parcours migratoire ou du traumatisme, reporté à une consultation ultérieure par exemple.

Ensuite nous avons relevé la difficulté liée au lien entre douleur chronique et état de stress post-traumatique, il n'y a pas d'avis tranché, certains médecins généralistes font facilement le lien alors que d'autres émettent des difficultés, par exemple dans l'entretien 3, il est difficile de savoir si les douleurs sont liées au travail ou à autre chose ou dans l'entretien 9, la majoration des douleurs n'est pas réellement évaluée.

Pour la compréhension de la part du patient de ce lien entre douleur chronique et état de stress post-traumatique, généralement l'intégration et l'acceptation se fait difficilement avec une longue période où cela n'est pas forcément accepté ; comme nous l'avons vu dans la revue de littérature de Berthet Guillaume publiée en 2017 (27), dans certaines cultures, la psychiatrie est empreinte d'une représentation négative.

Dans deux entretiens, les médecins discutent de ce lien et donnent des explications au patient, par exemple dans l'entretien 1, il est expliqué qu'il faut remettre un nom sur les douleurs.

Puis, les difficultés en lien avec le patient migrant présentant une douleur chronique dans ce contexte de syndrome anxieux, on peut mettre en avant six points précis. En effet, il y a la difficulté à évoquer le parcours migratoire qui peut altérer la prise en charge, relatée dans quatre entretiens avec un mutisme de la part du patient par exemple (E3) ; parfois en lien avec la présence des enfants qui font la traduction comme dans l'entretien 8, les patients n'osent pas rentrer dans les détails. Cependant dans un entretien, évoquer le parcours migratoire ne participe pas à la difficulté de la prise en charge, c'est évoqué librement sans « résistance à le dire ».

La confiance dans la relation médecin-malade permet une amélioration de la prise en charge car avec le temps les patients « arrivent à s'expliquer » (E8).

D'autre part, certaines idées reçues du patient peuvent jouer en défaveur de la prise en charge comme un « cloisonnement médecine générale et psychiatrie » décrit dans l'entretien 5 ou « l'absence de secret professionnel » évoqué dans l'entretien 4 ce qui amène un obstacle sur

l'évocation de la douleur dans un contexte anxieux et donc sur la prise en charge.

De plus, le langage abordé dans sept entretiens, entraîne un frein à cette prise en charge sur la communication avec le médecin généraliste pour le diagnostic, comme cela est signalé, un vocabulaire suffisant par exemple (E6) ; et également pour l'orientation vers un autre professionnel de santé, le médecin aura des difficultés pour orienter le patient sans connaître l'histoire ou les symptômes précisément (E6), le patient ne pourra pas participer à la prise en charge s'il ne comprend pas bien le français par exemple.

L'aspect financier est par ailleurs mis en lumière dans sept entretiens avec une impossibilité de leur proposer ces prises en charge payantes non remboursées, ce qui est fait en libéral n'est pas proposé, cité dans l'entretien 8 ou 10.

Les ressources de la ville du Havre ont alors été discutées en mettant en évidence l'absence de traducteur ou de médiateur, les traducteurs n'étant pas notifiés dans le réseau havrais ; le sport gratuit de la ville a été cité dans un entretien et terrapsy était connu de trois des médecins généralistes que j'ai interviewé. Finalement il a été rapporté un défaut d'information ou encore « un défaut de connaissance de ce qui est mis en place » (E6).

J'ai alors mis, dans une catégorie, le « besoin de multidisciplinarité » ; avec trois médecins généralistes qui me rapportaient l'échange avec les psychologues qui pouvait être bon, quelques psychologues qui appellent pour suggérer la mise en place d'un traitement (E1) ; à l'inverse, dans les entretiens 5 ou 7, un rapport inexistant, sans lien avec les psychologues du CMP (E5). L'absence de communication avec les psychiatres est pointée dans six entretiens, avec la problématique du traitement ou des modifications thérapeutiques non tracés, ce qui peut engendrer des erreurs.

Un besoin de relais se fait sentir dans les différents entretiens, trois médecins généralistes ont suggéré une prise en charge groupée ou en RCP en soulignant un manque de coordination (E5) ou l'absence de réunion pluridisciplinaire (E9) ; un médecin généraliste dans l'entretien 8 m'a fait part d'un besoin de formation car « les modèles de psychologie sont calqués sur une société occidentale ».

Enfin, trois médecins évoquent un sentiment de solitude avec parfois un sentiment d'échec et d'impuissance. A contrario, un participant dans l'entretien 10 m'a expliqué qu'elle travaillait avec des éducateurs et une infirmière et qu'elle ne se sentait pas seule.

Comme cité dans l'introduction, dans l'étude de Laura Nosetti et Anja Jossen (21), une consultation pour migrant a été créée, destinée aux migrants atteints d'un trouble psychique dans un service de psychiatrie à Berne, avec une approche multimodale, cependant la douleur chronique n'est pas prise en compte.

En résumé, pour la prise en charge globale médicamenteuse de la douleur chronique de ces patients migrants dans un contexte de stress post-traumatique, les médecins généralistes utilisent des antalgiques simples, comme les paliers 1 ou 2 et les anti-inflammatoires non stéroïdiens ; des anti-dépresseurs ou anxiolytiques sont également prescrits pour les adultes.

Pour la prise en charge non médicamenteuse, la discussion ou réassurance est évoquée, ce que l'on retrouve dans l'article « Rehabilitation of young immigrants in primary care. A comparison between two treatment models » (59) où Löfvander M, démontre qu'un dialogue structuré axé sur les concepts de douleur peut réduire significativement l'anxiété de la douleur et l'humeur dépressive chez ces jeunes patient immigrants « This study indicates that, for young immigrants suffering from long-standing benign pain, a structured dialogue with focus on concepts of pain may reduce pain anxiety and depressive mood, improve self-rated work ability, and increase the prospects of successful rehabilitation back to work ».

On peut noter que les activités sont proposées aux patients telles que le sport en ville, avec des éducateurs ou des conseils posturaux.

La difficulté réside dans l'orientation vers d'autres professionnels de santé, d'autant plus que de nombreuses prises en charge en thérapies non médicamenteuses ne sont pas remboursées et donc difficilement accessibles pour ces patients, par exemple l'EMDR réalisé avec une psychologue en libéral. Il existe des structures souvent méconnues pouvant aider telles que terrapsy ou le centre anti-douleur (E5). Pour les structures existantes à l'hôpital sans avance de frais, le problème peut résider dans une demande trop importante et donc des délais de rendez-vous très longs ; certains médecins généralistes abandonnant la prise en charge avec le centre anti-douleur car en termes de délais de rendez-vous ce n'était pas simple (E10). Ensuite, il y a la kinésithérapie, le psychologue des CMP mais les délais sont également longs, le psychiatre mais en ayant rarement un retour.

C. Perspectives

Les difficultés sont multiples, les structures pouvant aider sont inexistantes ou inconnues des médecins généralistes havrais.

Les perspectives seraient donc d'améliorer l'information donnée et qu'elle soit distribuée au mieux auprès des médecins généralistes.

On pourrait par exemple faire connaître certaines structures via l'AHFMC qui est

« l'association havraise de formation médicale continue » avec des formations régulières données par des spécialistes havrais ou rouennais. Par ailleurs, des réunions entre médecins généralistes d'un même cabinet pour discuter de certains patients doivent être suggéré, cela peut améliorer la prise en charge avec les idées partagées de plusieurs professionnels, ainsi que les connaissances qui peuvent différer d'un individu à l'autre.

On pourrait de plus investir dans des actions locales et les mettre en œuvre auprès des populations de migrant dans la ville du Havre, pour leur permettre de connaître le système de santé et le rôle du médecin généraliste.

Il serait également intéressant de proposer des formations sur les généralités concernant le patient migrant avec les particularités associées pour mieux appréhender les consultations le concernant et pour cibler plus facilement les attentes quand il y a la présence d'une douleur chronique dans un contexte d'état de stress post-traumatique.

Ensuite, l'accent peut être à mon avis mis sur les thérapies non médicamenteuses, les rendre plus accessibles avec une instauration à l'hôpital, par exemple dans la consultation douleur de Monod, il est cependant nécessaire de recruter ces professionnels.

On pourrait imaginer la création d'un système d'hôpital de jour pour les patients migrants, ce qui a été pensé par exemple à l'hôpital Monod pour tous les patients relevant de la douleur chronique.

Pour les réunions pluridisciplinaires, cela rejoint l'idée d'une prise en charge à instaurer à l'hôpital, ou alors la création en libéral avec plusieurs professions médicales et paramédicales de réunion pour la discussion de la prise en charge de ces patients, cela est cependant à mon avis chronophage, avec probablement un retour négatif à cette demande.

Il existe également la PTA, la plateforme territoriale d'appui, un dispositif créé pour aider entre autre le médecin généraliste à organiser le parcours de santé pour un patient et à gérer des situations complexes sur le plan médical ou psycho-social (60) ; le médecin généraliste peut avoir des informations en contactant la plateforme (il en existe une pour le Havre), sur l'offre et les ressources existantes pour un problème donné.

V. Conclusion

Il existe de nombreuses difficultés résidant dans la prise en charge par les médecins généralistes, de patients migrants douloureux chroniques dans un contexte de syndrome de stress post-traumatique, mises en évidence dans cette enquête. Outre la difficulté de la consultation centrée sur la douleur chronique, il existe également des contraintes pour poser le diagnostic de l'état de stress post-traumatique, le lien entre l'état anxieux et la douleur chronique, auxquelles s'ajoutent les particularités de la consultation du patient migrant.

Or les médecins généralistes sont le premier contact et participent au suivi de la prise en charge de la douleur chronique ; il est démontré que les structures existantes ne sont pas assez relayées ; et les médecins généralistes ne cherchent pas forcément à approfondir leurs connaissances par manque de temps et par difficulté de communication ou différence culturelle avec ces patients migrants. Cependant le sentiment de solitude est marqué avec un besoin important de relais. La perspective est de solidifier la transmission d'information, ainsi que la création d'actions locales pour les patients migrants et de formation pour les médecins généralistes. La communication et la rencontre entre différents professionnels pourrait être renforcée.

VI. Bibliographie

1. INSEE. Définition - Immigré | Insee [Internet]. [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>
2. OFPRA. Le statut de réfugié [Internet]. [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/le-statut-de-refugie>
3. ONU. Réfugiés et migrants définition [Internet]. Réfugiés et migrants définition. 2017 [cité 30 janv 2020]. Disponible sur: <https://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9finitions>
4. UNESCO. Journée internationale des migrants [Internet]. UNESCO. 2018 [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://fr.unesco.org/commemorations/internationalmigrantsday>
5. OIM. Qui est un migrant? [Internet]. Organisation internationale pour les migrations. 2016 [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/qui-est-un-migrant>
6. Nations Unies. LA COMMISSION DES DROITS DE L'HOMME TIENT SA CINQUANTE-SIXIEME SESSION A GENEVE DU 20 MARS AU 28 AVRIL 2000 | Couverture des réunions & communiqués de presse [Internet]. Genève; 2000 avr [cité 26 janv 2020]. Report No.: DH/G/1267. Disponible sur: <https://www.un.org/press/fr/2000/20000317.dhg1267.doc.html>
7. Durecu E. Ressenti des migrants sur leur état de sante au cours de leur périple jusqu'en France à travers l'exploration de leurs expériences vécues [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2019.
8. Centre d'observation de la société. La France accueille davantage de réfugiés qu'avant, mais moins que ses voisins [Internet]. Centre d'observation de la société. [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.observationsociete.fr/population/la-france-accueille-davantage-de-refugies-quavant-mais-moins-que-ses-voisins.html>
9. INSEE. Statistiques et études : immigrants, étrangers [Internet]. Réfugiés et migrants. 2017 [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9finitions>
10. CARITG J-P. Immigrés d'hier et d'aujourd'hui en Haute-Normandie. mai 2011 [Internet]. [cité 26 janv 2020];(103). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1559468>
11. INSEE. La Normandie n'est pas un territoire d'immigration privilégié – Les immigrants en Normandie [Internet]. [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1894215?sommaire=1894218>
12. INSEE. Population par sexe, âge et situation quant à l'immigration en 2015 – Unité urbaine 2010 du Havre (76701) –Étrangers - Immigrés en 2015 | Insee [Internet]. 2015 [cité 11 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3569308?sommaire=3569330&geo=UU2010-76701>

13. INSEE. Population immigrée par sexe, âge et pays de naissance en 2015 – Unité urbaine 2010 du Havre (76701) –Étrangers - Immigrés en 2015 | Insee [Internet]. 2015 [cité 11 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3569310?sommaire=3569330&geo=UU2010-76701>
14. Andro A, Scodellaro C, Eberhard M, Gelly M. Parcours migratoire, violences déclarées et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en île-de-france. *Enquête Dsafhir*. 25/06/2019. (17-18):334-41.
15. Engliz-Bey E, Cavalin C, Brocvielle M, Le Méner E. Violences subies et état de santé : résultats et enseignements de santé publique tirés de bilans infirmiers réalisés en Île-de-France auprès de populations migrantes. 25 juin 2019;(17-18):312-26.
16. SENAT. L'accès des étrangers en situation irrégulière au système de santé [Internet]. service des études juridiques; 2006 mars [cité 9 févr 2020]. Report No.: 160. Disponible sur: <https://www.senat.fr/lc/lc160/lc1600.html>
17. Catalifaud C. Accès aux soins des migrants : l'Ordre et plusieurs syndicats s'opposent au délai de carence de 3 mois. *Le Quotidien du médecin* [Internet]. 8 nov 2019 [cité 9 févr 2020]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/acces-aux-soins-des-migrants-lordre-et-plusieurs-syndicats-sopposent-au-delai-de-carence-de-3-mois>
18. Médecin du monde. Personnes migrantes [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/pays/france/migrants>
19. Abt M. Recours à la médecine générale des patients migrants en Nord-Pas-de-Calais : attentes, déterminants et résultats de consultation somatiques et psychologiques [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Lille; 2015 [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-4967>
20. Beelur A. Le médecin généraliste et la barrière linguistique: enquête qualitative exploratoire d'analyse de pratiques auprès de 10 généralistes girondins [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bordeaux-II; 2011.
21. Nosetti L, Jossen A. La consultation pour migrants: un concept de traitement multimodal destiné aux migrants atteints d'un trouble psychique [Internet]. Berne: Coopération de Services Psychiatriques Univ. de Berne; 2012. 66 p. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=dRpNMwEACAAJ>
22. Haute Autorité de Santé. Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves [Internet]. 2007 juin [cité 13 févr 2020] p. 32. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_556489/fr/ald-n23-troubles-anxieux-graves
23. Organization WH. CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F), Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 1994 [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43316>
24. Zimmermann E. Les troubles post-traumatiques et leur prise en charge. *Primary and Hospital Care*. 12 sept 2018;18(17):304-7.

25. American Psychiatric Association, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Internet]. Elsevier Masson. Vol. 5. 2015 [cité 11 oct 2020]. 1176 p. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294739293.html>
26. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* oct 2000;68(5):748-66.
27. Berthet G, Boloré S. L'approche transculturelle du soin au bénéfice des patients migrants atteints d'état de stress post-traumatique: travail de Bachelor [Mémoire]. [Genève]; 2017.
28. Bustamante LHU, Cerqueira RO, Leclerc E, Brietzke E. Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Braz J Psychiatry.* juin 2018;40(2):220-5.
29. Tomasini V. Prise en charge de l'état de stress post-traumatique chez les « migrants avec un parcours de demande d'asile » : regards croisés sur les dispositifs existants en Rhône-Alpes [Internet] [Thèse d'exercice]. Grenoble; 2016 [cité 13 févr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01674647>
30. Yao S-N, Cottraux J, Note I, De Mey-Guillard C, Mollard E, Ventureyra V. Évaluation des états de stress post-traumatique: Validation d'une échelle, la PCLS. [Evaluation of Post-traumatic Stress Disorder: Validation of a measure, the PCLS.]. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique.* 2003;29(3):232-8.
31. EMPSM infirmiers. Entretien EMPSM : équipe mobile de précarité et santé mentale. Flaubert - Le Havre; 2020.
32. EMPSM hôpital Flaubert. Equipe Mobile Précarité Santé Mentale. Groupe hospitalier du Havre; 2020.
33. DIARRA H. Entretien TERRAPSY. Le Havre; 2020.
34. TERRAPSY. Centre de consultation TerraPsy (psychologues sans frontières). 2020.
35. Groupe hospitalier du Havre. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) [Internet]. Groupe Hospitalier du Havre. [cité 13 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ch-havre.fr/nos-offres-de-soins/adulte/la-permanence-dacces-aux-soins-de-sante-pass/>
36. Groupe hospitalier du Havre. Consultation d'Evaluation et de Traitement de la Douleur Chronique Rebelle [Internet]. Groupe Hospitalier du Havre. [cité 13 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ch-havre.fr/nos-offres-de-soins/adulte/consultation-devaluation-et-de-traitement-de-la-douleur-chronique-rebelle/>
37. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. 2008 déc [cité 1 mars 2020] p. 4. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient

38. VANHALEWYN M, CEREXHE F. Recommandations de Bonne Pratique : la douleur chronique. Société scientifique de médecine générale. [Internet]. 2004. Disponible sur: https://www.ssmg.be/wp-content/images/ssmg/files/Recommandations_de_bonne_pratique/RBP_DouleurChronique.pdf
39. Sleptsova M, Wössmer B, Langewitz W. Les migrants ressentent les douleurs d'une manière différente. Forum Médical Suisse. 22 avr 2009;9(17):319-21.
40. Weber O. Migration et communication médicale : les difficultés de compréhension dans les consultations centrées sur les douleurs chroniques. Lambert-Lucas. Limoges; 2017. 312 p.
41. Auxéméry Y, HOUBRE B, CARNIO C, FIDELLE G. Douleur chronique et traumatisme psychique, données épidémiologiques, discussion clinique et psychopathologique. Revue francophone du stress et du trauma. 2010;10(2):91-9.
42. Noci CD, Berna C. Traumatisme et douleur chronique: échos et amplifications des souffrances physiques et psychiques. Revue médicale suisse. 2015;11(480):1395-9.
43. LEVY O. Douleurs chroniques et psycho-traumatisme [Thèse d'exercice]. [Dijon France]: Faculté de médecine de Dijon; 2006.
44. Andreski P, Chilcoat H, Breslau N. Trouble de stress post-traumatique et symptômes de somatisation : une étude prospective. Recherche en psychiatrie-edition Elsevier. 15 juin 1998;79(2):131-8.
45. Wahnich S. Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique. 1 janv 2006;(6):8-12.
46. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 1. Choisir une approche d'analyse qualitative. U. 2016;4e éd.:13-33.
47. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Citté J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exercer. sept 2009;87:74-9.
48. Deschenaux F, Bourdon S. Introduction à l'analyse qualitative informatisée à l'aide du logiciel QSR Nvivo 2.0. formateurs accrédités par QSR International; 2005.
49. INSEE analyses Haute-Normandie. Offre de soins de proximité en Haute-Normandie : de nombreux professionnels à remplacer à l'horizon 2022. déc 2015 [cité 31 août 2020];(14). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1304119>
50. BOUTIN F, LEROY C, FOSSARD J-L. Étude de l'offre de santé et du recours aux soins en Normandie. 2017.
51. Accès aux droits et aux soins des migrants et exilés [Internet]. [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/pays/france/migrants>
52. Etudes qualitatives et revues systématiques - LEPCAM [Internet]. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/id_quali/

53. Martineau S. Propos sur le monde: Triangulation en recherche qualitative [Internet]. Propos sur le monde. 2012 [cité 4 sept 2020]. Disponible sur: <https://proposurlemonde.blogspot.com/2012/02/triangulation-en-recherche-qualitative.html>
54. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative French translation of the COREQ Reporting Guidelines for writing and reading for reporting qualitative research. *Kinésithérapie, la Revue*. 2015;15(157):50-4.
55. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1 déc 2007;19(6):349-57.
56. Schiltenwolf M, Pogatzki-Zahn EM. Pain medicine from intercultural and gender-related perspectives. *Schmerz*. oct 2015;29(5):569-75.
57. Kizilhan JI. Trauma and Pain in Family-Orientated Societies. *Int J Environ Res Public Health*. 28 2017;15(1).
58. Kizilhan JI. Cultural interpretation of pain in family-oriented societies. *Schmerz*. août 2016;30(4):346-50.
59. Löfvander M, Engström A, Theander H, Furhoff AK. Rehabilitation of young immigrants in primary care. A comparison between two treatment models. *Scand J Prim Health Care*. sept 1997;15(3):123-8.
60. Les plateformes territoriales d'appui (PTA) [Internet]. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.normandie.ars.sante.fr/les-plateformes-territoriales-dappui-pta>

VII. Annexe

A. Annexe 1 : guide d'entretien

- 1) Combien de patient avez-vous suivi dans un contexte de parcours migratoire ? Quel âge a-t-il ? Quel sexe ? De quel pays ou quelle région est-il originaire ?
- 2) Avez-vous détecté chez ces patients un état de stress post-traumatique ? Quels sont les symptômes qui vous ont fait évoquer un état de stress post-traumatique ? Avez-vous mis du temps à les détecter ? Avez-vous éprouvé des difficultés à faire ce diagnostic ?
- 3) Connaissez-vous leur histoire de vie ? Comment l'avez-vous découverte ? Est-ce que cela a été facile/difficile ? Pourquoi ?
- 4) A quel moment avez-vous diagnostiqué la douleur chronique ? Sur quels symptômes ? Quels mots ?
- 5) Les patients ont-ils fait le lien entre l'état de stress post-traumatique et la douleur ? Et comment avez-vous fait le lien ? A quel moment de votre relation médecin/malade ? Est-ce que le fait de connaître leur histoire de vie vous a orienté rapidement sur un état de SPT ?
- 6) Avez-vous décelé des facteurs aggravants ou améliorants de la douleur liés directement au traumatisme psychologique ou à sa prise en charge ?
- 7) Qu'avez-vous proposé comme thérapeutique médicamenteuse à vos patients ?
- 8) Qu'avez-vous proposé comme thérapeutique non médicamenteuse à vos patients ?
- 9) Qu'avez-vous éprouvé comme difficulté face à cette prise en charge ? (Communication, langage, compréhension, observance)
- 10) Nous arrivons à la fin de cet entretien, avez-vous des remarques à formuler ?

B. Annexe 2 : traduction française originale de la liste de contrôle COREQ. N- Item Guide questions/description

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

1. Enquêteur/animateur : Charlène MARTIN
2. Titres académiques : pas de titre académique
3. Activité : internat puis médecine libérale en remplacement
4. Genre : Femme
5. Expérience et formation : médecin généraliste sans expérience pour la recherche qualitative

Relations avec les participants

6. Relation antérieure : connaissance de 3 des 10 participants
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur : connaissance du motif de recherche et de l'objectif personnel
8. Caractéristiques de l'enquêteur : motivations et intérêts pour le sujet de recherche

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie : analyse de contenu (lecture, classification, codage, interprétation)

Sélection des participants

10. Échantillonnage : aléatoire simple ? par effet boule de neige par la suite
11. Prise de contact : email, face-à-face, téléphone
12. Taille de l'échantillon : 10
13. Non-participation : ?

Contexte

14. Cadre de la collecte de données : lieu de travail pour 9 entretiens et domicile pour un entretien
15. Présence de non-participants : non
16. Description de l'échantillon : ville du Havre, entre 07/2019 et 09/2020

Recueil des données

17. Guide d'entretien : les questions n'étaient pas fournies au préalable
18. Entretiens répétés : non
19. Enregistrement audio/visuel : oui, enregistrement audio pour recueillir les données
20. Cahier de terrain : non
21. Durée : entre 12 minutes et 40 minutes
22. Seuil de saturation : oui, obtenu à 8 entretiens
23. Retour des retranscriptions : non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

- 24. Nombre de personnes codant les données : une personne
- 25. Description de l'arbre de codage : oui, décrit
- 26. Détermination des thèmes : déterminés à partir des données
- 27. Logiciel : NVIVO
- 28. Vérification par les participants : non

Rédaction

- 29. Citations présentées : oui avec numéro du participant
- 30. Cohérence des données et des résultats : oui
- 31. Clarté des thèmes principaux : oui
- 32. Clarté des thèmes secondaires : discussion thème secondaire ?

C. Annexe 3 : données sociodémographiques des médecins

| Genre | Age | Lieux d'exercice | Année d'installation | Exercice |
|-------|-----|--------------------|--------------------------------|-------------------|
| F | 36 | Caucriauville | 2015 | Cabinet de groupe |
| H | 62 | Caucriauville | 1997 | Cabinet de groupe |
| H | 63 | Graville | 1986 | Cabinet seul |
| H | 50 | Mont-Gaillard | 2001-2003 et 2004 | Cabinet de groupe |
| H | 49 | Mont-Gaillard | 2003 | Cabinet de groupe |
| H | 64 | Marc-au-clerc | 1985 | Cabinet de groupe |
| F | 30 | Sainte-Cécile | Collaboration depuis mars 2019 | Cabinet de groupe |
| F | 45 | Quartier de l'Eure | 2015 | Cabinet de groupe |
| H | 40 | Mont-Gaillard | 2011 | Cabinet de groupe |
| F | 43 | Centre-ville | 2005 | Cabinet de groupe |

Tableau représentant les caractéristiques de la population cible : les médecins généralistes

D. Annexe 4 : questionnaire PCL-S

PCL-S

Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____ Sexe : _____ Date : / / .

Instructions

Veillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans le *mois précédent*.

L'événement stressant que vous avez vécu était (décrivez-le en une phrase) : _____

Date de l'événement : ____ / ____ / ____

| | Pas du tout | Un peu | Parfois | Souvent | Très souvent |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|---------|---------|--------------|
| 1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Avoir des difficultés à vous concentrer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Score total | _ | _ | _ | _ |

E. Annexe 5 : serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

VIII. Résumé

Introduction : la population migrante est en croissance en France, ainsi que dans la ville du Havre. Les patients migrants, du fait de leur parcours migratoire ; peuvent présenter un syndrome de stress post-traumatique. D'autre part, la douleur chronique difficile à prendre en charge, varie avec l'état anxieux du patient. Le médecin généraliste étant le centre de la prise en charge du patient, il est intéressant de rechercher et d'évaluer les difficultés auxquelles il fait face dans la prise en charge de ces patients.

Matériel et méthode : entretiens qualitatifs semi-dirigés réalisés auprès de dix médecins généralistes de la ville du Havre ayant une patientèle de patient migrant douloureux chronique. Résultats : les principales difficultés évoquées sont celles inhérentes au patient migrant ; à l'état de stress post-traumatique et au lien entre douleur chronique et état anxieux ; ainsi que les difficultés regroupant les trois critères.

Discussion : outre la difficulté de la consultation centrée sur la douleur chronique, il existe également des contraintes pour poser le diagnostic de l'état de stress post-traumatique, auxquelles s'ajoutent les particularités de la consultation du patient migrant. Les structures existantes ne sont pas assez relayées ; les médecins généralistes présentent un manque de connaissance ou un manque de temps, ainsi qu'une difficulté de communication avec ces patients migrants. Cependant le sentiment de solitude est marqué avec un besoin important de relais.

Conclusion : il serait intéressant de renforcer la transmission d'information, de créer des actions locales pour les patients migrants et des formations pour les médecins généralistes.

Mots clés : migrant ; douleur chronique ; état de stress post traumatique ; recherche qualitative