



HAL
open science

Herméneutique des troubles somatiques fonctionnels chez les femmes migrantes africaines subsahariennes

Dhoulwad Naida Abdoulbak

► **To cite this version:**

Dhoulwad Naida Abdoulbak. Herméneutique des troubles somatiques fonctionnels chez les femmes migrantes africaines subsahariennes. Médecine humaine et pathologie. 2024. <dumas-05470348>

HAL Id: dumas-05470348

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05470348v1>

Submitted on 21 Jan 2026

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.



HAL Authorization

Présentée pour le diplôme de docteur en médecine

Diplôme d'État

Spécialité : Médecine Générale

PAR

Dhoulwad Naida ABDOULBAK

Née le 28 septembre 1994 en France

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2024

**Herméneutique des troubles somatiques fonctionnels chez les
femmes migrantes africaines subsahariennes**

Directeur de thèse : Pr Philippe CORNET
Président du jury : Pr Germain TRUGNAN
Membre du jury : Dr Aïcha ISSA
Membre du jury : Dr Sophie DUVERNE
Membre du jury : Dr Sarraouinia GAKUNZI
Membre du jury : Dr Olivier NARDON

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Trugnan, merci d'avoir accepté de présider le jury. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect et ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Cornet, je vous remercie infiniment d'avoir accepté de prendre le relais de la direction de cette thèse. Je vous remercie pour tous vos enseignements. J'ai été ravie de travailler avec vous, et chanceuse d'avoir tant appris. Je vous remercie de m'avoir fait remarquer que je ne suis pas seulement la énième thésarde que vous avez encadrée mais que vous avez su m'apporter toute votre considération. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect et ma profonde reconnaissance.

À Madame le Docteur Issa, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci pour le bel exemple d'ascension sociale. J'ai toujours admiré votre dynamisme, votre persévérance et votre énergie. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect et ma profonde reconnaissance.

À Madame le Docteur Duverne, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. J'ai eu l'occasion de suivre vos enseignements au séminaire GISSMED, vous m'avez permis de renouer un lien avec la littérature. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect et ma profonde reconnaissance.

À Madame le Docteur Gakunzi, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect et ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Nardon, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci pour le beau séminaire sur les symptômes médicalement inexplicables que vous avez présidé. Grâce à vous, j'ai trouvé mon sujet de thèse et j'ai été prise de passion pour ce sujet. Merci pour tous les échanges et pour toute l'aide que vous m'avez apportés. J'ai beaucoup d'estimation pour vous. Vous êtes un médecin au grand cœur qui a tant à apporter aux jeunes médecins.

Merci à tous les médecins que j'ai rencontrés dans mes terrains de stage. Grâce à vous, je suis en perpétuelle évolution.

Merci à ces extraordinaires femmes qui ont accepté de participer à ma recherche. Vous avez partagé vos histoires très intimes et touchantes. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée. J'espère que mon travail mettra en valeur vos vies et qu'il permettra de mieux prendre soin des femmes...

Merci aux femmes de l'humanité qui ont inspiré ce travail.

Merci à tous les médecins que j'ai côtoyés durant mes années d'externat, d'internat et de remplacement.

Merci en particulier à Dr Ibanez, un excellent médecin, qui m'a appris à toujours me questionner et à améliorer ma relation de soin.

À mes parents, mes chers parents, vous êtes tellement braves.

Said et Zainaba, vous êtes mes héros, des exemples de vie qui ont quitté leur île natale en espérant une vie meilleure. Vous avez fait beaucoup de sacrifices. Vous nous avez appris à viser haut et aller loin. Et si Said, analphabète, a appris seul à lire et à écrire, et Zainaba s'est armée de courage et de patience pour étudier, nous avons essayé de vous rendre fiers en suivant nos rêves. Je suis contente d'être allée au-delà de vos rêves, je suis heureuse que vos quatre enfants vous aient rendu fiers. Vous le méritez tellement ! Je vous aime de tout mon cœur. Merci pour votre accompagnement tout au long de mes études.

À mes beaux-parents, John et Fabienne. Cela fait quelques années que vous êtes rentrés dans ma vie, quelques années que vous suivez de près mon cursus. Merci pour votre soutien, vos conseils, votre présence, votre aide... Vous êtes adorables !! Je vous aime.

À mon cher et tendre mari... Thomas. Tu es cet homme rêvé que je ne pouvais imaginer. Main dans la main, Aimant et Patient, Inspirant. Tu as su m'encourager, m'apaiser, m'envelopper d'un bel amour. Tu m'as apporté confiance et sérénité. Ton aide m'a été cruciale. J'espère pouvoir t'accompagner dans tes plus beaux projets.

À mes deux filles, mes anges, Alycia et Éléa.

Vous êtes mes sources de motivation, tout près de moi pour la rédaction de cette thèse. Alycia qui écrit sa « thèse » avec son ordinateur rose près de maman et Éléa qui, enveloppée dans le ventre de sa mère, a suivi de près cette recherche.

Je veux que vous sachiez que rien n'est impossible. Croyez en vous et en vos rêves.

Vous êtes mes merveilles ! Je vous aime.

À mon frère Nakid, merci d'être mon jumeau et de m'avoir permis d'être en compétition avec toi à l'école. Ça m'a préparé à cette grosse compétition qu'est le concours de médecine.

À mon frère Ben Azir, merci pour tous les déplacements que tu as faits pour m'apporter de bons plats dans mes lieux de stage. Merci pour ton aide, ta bienveillance et ta générosité. Tu iras loin j'en suis sûre.

À ma sœur Nadjwa, merci de m'avoir laissé réviser dans notre chambre et de t'être faite discrète. Merci d'avoir été présente pour nos parents et notre foyer pendant que j'étais plongée

dans mes cours. Merci pour tes conseils, ton aide et ton soutien. Merci d'être une excellente tata. Je t'aime.

À ma belle-sœur Catherine. Merci de m'avoir fait rencontrer le professeur Cornet. Merci d'être un bel exemple de médecin généraliste. Tu es inspirante. Sans cette rencontre, je n'aurais pas fait un si beau travail. Toutes ces rencontres ne sont pas un hasard.

À ma grande famille Azir et Harithi

À tous les oncles, tantes, cousins et cousines. Ceux d'ici et là-bas.

Je ne peux tous vous citer, mais vous êtes dans mon cœur. Merci d'avoir cru en moi.

Merci en particulier à Kala, une grande supportrice, qui a toujours été là pour moi, qui a suivi de près ces longues et éprouvantes études. Une oreille attentive à toutes mes découvertes en stage. Une magnifique infirmière au grand cœur. Une belle fierté.

Merci à tata Fatima, ton histoire m'a inspirée... Merci pour ton aide. Tu es une grande dame.

Merci à Assanate et Anassate d'avoir été de très bonnes conseillères, d'avoir apaisé mon cœur et de l'avoir illuminé.

Karima et Afaf, nous avons commencé la première année de médecine ensemble, nos chemins se sont séparés mais notre amitié est restée intacte. Je suis tellement heureuse de vous avoir rencontrées. Vous êtes des Warriors !

Merci à Afaf, grâce à toi, j'ai rencontré ton adorable mère qui est extraordinaire. Une mère courageuse et tu l'es aussi !

Merci à Karima de m'avoir soutenue dans les bancs de la fac, jusqu'à ma rédaction de la thèse. Crois en toi Karima, tu es une battante. Une admirable femme !

À Aïchatou, merci pour ton aide. Merci pour ta confiance. Un jour tu reviendras, je l'espère ...

À Yassamine, ma belle rencontre à Paris 6. Tu es tellement gratifiante et rayonnante. Tu es un bel exemple de persévérance.

À Youssre, Amel et Chanez ... Mes belles rencontres de Paris 13.

Merci à Amel d'avoir été mon duo durant tous nos stages, je ne garde que d'excellents souvenirs

Merci à Chanez d'avoir rendu nos journées à la fac plus légères.

Merci à Youssre de nous avoir épaulées et d'être aussi brillante.

Vous êtes des femmes remarquables. J'espère que l'on formera une grande famille avec tous les enfants à venir.

Merci à Houssnat pour ton aide incommensurable. Tu es une femme tellement brillante, avec un grand cœur. Je te souhaite de la réussite dans tes études ! Je sais que tu vas aller très loin. Tu le mérites amplement ! J'espère que tu feras partie de notre famille.

Merci à Bayanne, tu es l'une de mes plus belles rencontres. Merci d'avoir été un exemple de détermination et d'acharnement.

Merci à Basma pour ton aide. Tu es géniale !!

Merci à Erum pour ton soutien et tes précieux conseils. Merci de m'avoir accompagnée dans cette thèse.

Merci à Alexandra et Ines d'être de superbes amies depuis tant d'années et d'avoir été près de moi dans les différentes épreuves de la vie.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise 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. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Liste PU-PH

Nom	Prénom	Corps	Site	CNU	Discipline
ACAR	Christophe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-03	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
AIT OUFELLA	Hafid	PU-PH	Saint-Antoine	48-02	Médecine intensive-réanimation
ALAMOWITCH	Sonia	PU-PH	Saint-Antoine	49-01	Neurologie
ALLENBACH	Yves	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
AMARENCO	Gérard	PU-PH	Tenon	49-05	Médecine Physique et Réadaptation
AMOURA	Zahir	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
AMSELEM	Serge	PU-PH	Trousseau	47-04	Génétique
ANDRE	Thierry	PU-PH	Saint-Antoine	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
ANDREELLI	Fabrizio	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-04	Endocrinologie , Diabétologie
APARTIS	Emmanuelle	PU-PH	Saint-Antoine	44-02	Physiologie
ARNULF	Isabelle	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
ARON WISNEWSKY	Judith	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-04	Nutrition
ARRIVE	Lionel	PU-PH	Saint-Antoine	43-02	Radiologie et imagerie médicale
ASSOUAD	Jalal	PU-PH	Tenon	51-03	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
ASTAGNEAU	Pascal	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	46-01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ATLAN	Michaël	PU-PH	Tenon	50-04	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
AUBART COHEN	Fleur	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
AUBRY	Alexandra	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
AUDO	Isabelle	PU-PH	15/20	55-02	Ophthalmologie
AUDRY	Georges	PU-PH	Trousseau	54-02	Chirurgie infantile
BACHELOT	Anne	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-04	Endocrinologie
BACHET	Jean Baptiste	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
BAGNIS	Corinne	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-03	Néphrologie
BALLADUR	Pierre	PU-PH	Saint-Antoine	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
BARBAUD	Annick	PU-PH	Tenon	50-03	Dermatologie
BAUJAT	Bertrand	PU-PH	Tenon	55-01	ORL
BAYEN	Eléonore	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-05	Médecine Physique et Réadaptation

BAZOT	Marc	PU-PH	Tenon	43-02	Radiologie et imagerie médicale
BEAUGERIE	Laurent	PU-PH	Saint-Antoine	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
BELMIN	Joël	PU-PH	CharlesFoix	53-01	Médecine interne . Gériatrie
BENVENISTE	Olivier	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
BERENBAUM	Francis	PU-PH	Saint-Antoine	50-01	Rhumatologie
BERTOLUS	Chloé	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	55-03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BIELLE	Franck	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	42-03	Anatomie pathologique
BLONDIAUX	Eléonore	PU-PH	Trousseau	43-02	Radiologie et imagerie médicale
BOCCARA	Franck	PU-PH	Saint-Antoine	51-02	Cardiologie
BODAGHI	Bahram	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	55-02	Ophtalmologie
BODDAERT	Jacques	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
BODINI	Benedetta	PU-PH	Saint-Antoine	49-01	Neurologie
BOELLE	Pierre Yves	PU-PH	Saint-Antoine	46-04	Biostatistiques, Informatique médicale et
BOFFA	J-Jacques	PU-PH	Tenon	52-03	Néphrologie
BONNET	Marie-Pierre	PU-PH	Trousseau	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
BORDERIE	Vincent	PU-PH	15/20	55-02	Ophtalmologie
BOUHERAOUA	Nacim	PU-PH	15/20	55-02	Ophtalmologie
BOURRON	Olivier	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-04	Endocrinologie
BRICE	Alexis	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-04	Génétique
BROCHERIOU	Isabelle	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	42-03	Anatomie pathologique
BRUNETEAU	Gaëlle	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
BUOB	David	PU-PH	Tenon	42-03	Anatomie pathologique
CACOUB	Patrice	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
CADRANEL	Jacques	PU-PH	Tenon	51-01	Pneumologie
CALVEZ	Vincent	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
CAMUS DUBOC	Marine	PU-PH	Saint-Antoine	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
CANLORBE	Geoffroy	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
CARBAJAL	Diomedes	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
CARPENTIER	Alexandre	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-02	Neurochirurgie
CARRAT	Fabrice	PU-PH	Saint-Antoine	46-04	Biostatistiques, Informatique médicale et
CARRIE	Alain	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-01	Biochimie et biologie moléculaire
CATALA	Martin	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	42-02	Histologie embryo et cytogénétique
CAUMES	Eric	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	45-03	Maladies infectieuses

CHABBERT BUFFET	Nathalie	PU-PH	Tenon	54-04	Endocrinologie
CHARRON	Philippe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-04	Génétique
CHARTIER KASTLER	Emmanuel	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-04	Urologie
CHAZOULLERES	Olivier	PU-PH	Saint-Antoine	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
CHICHE	Laurent	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-04	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
CHRISTIN-MAITRE	Sophie	PU-PH	Saint-Antoine	54-04	Endocrinologie
CLARENCON	Frédéric	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
CLEMENT LAUSCH	Karine	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-04	Nutrition
CLUZEL	Philippe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
COCHENNEC-PALIV	Frédéric	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-04	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
COHEN	Laurent	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
COHEN	David	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-04	Pédo psychiatrie
COHEN	Aron	PU-PH	Saint-Antoine	51-02	Cardiologie
COMBES	Alain	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-02	Médecine intensive-réanimation
CONSTANT	Isabelle	PU-PH	Trousseau	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
CONSTANTIN	Jean-Michel	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
CONTI-MOLLO	Filomena	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-03	Biologie cellulaire
COPPO	Paul	PU-PH	Saint-Antoine	47-01	Hématologie clinique
CORDIER	Anne-Gaël	PU-PH	Tenon	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
CORVOL	Jean Christophe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
CORVOL	Henriette	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
COULET	Florence	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-04	Génétique
COULOMB	Aurore	PU-PH	Trousseau	42-03	Anatomie pathologique
DARAI	Emile	PU-PH	Tenon	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
DAVI	Frédéric	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-01	Hématologie biologique
DECHARTRES	Agnès	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	46-01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DEGOS	Vincent	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
DELHOMMEAU	François	PU-PH	Saint-Antoine	47-01	Hématologie biologique
DEMOULE	Alexandre	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-02	Médecine intensive-réanimation
DOMMERGUES	Marc	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
DORMONT	Didier	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
DRAY	Xavier	PU-PH	Saint-Antoine	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie

DRES	Martin	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-02	Médecine intensive-réanimation
DUBERN	Béatrice	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
DUCOU LE POINTE	Hubert	PU-PH	Trousseau	43-02	Radiologie et imagerie médicale
DUGUET	Alexandre	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-01	Pneumologie
DUPONT DUFRESNE	Sophie	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	42-01	Anatomie / SSR
DURR	Alexandra	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-04	Génétique
DUSSAULE	Jean-Claude	PU-PH	Saint-Antoine	44-02	Physiologie
DUVAL	Alex	PU-PH	Saint-Antoine	44-01	Biochimie et biologie moléculaire
EL KAROUI	Khalil	PU-PH	Tenon	52-03	Néphrologie
FAIN	Olivier	PU-PH	Saint-Antoine	53-01	Médecine interne . Gériatrie
FARTOUKH	Muriel	PU-PH	Tenon	48-02	Médecine intensive-réanimation / Pneumologie
FAUTREL	Bruno	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	50-01	Rhumatologie
FERRERI	Florian	PU-PH	Saint-Antoine	49-03	Psychiatrie adultes
FEVE	Bruno	PU-PH	Saint-Antoine	54-04	Endocrinologie
FITOUSSI	Frank	PU-PH	Trousseau	54-02	Chirurgie infantile
FLAMAND ROZE	Emmanuel	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
FOIX L'HELIAS	Laurence	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
FONTAINE	Bertrand	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
FOSSATI	Philippe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-03	Psychiatrie adultes
FRANCOIS-PRADIER	Hélène	PU-PH	Tenon	52-03	Néphrologie
FRERE	Corinne	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-01	Hématologie biologique
FREUND	Yonathan	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-05	Médecine d'urgence
GALANAUD	Damien	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
GALICHON	Pierre	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-03	Néphrologie
GANDJBAKHCH	Estelle	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-02	Cardiologie
GAUJOUX	Christophe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
GEORGIN-LAVIALLE	Sophie	PU-PH	Tenon	53-01	Médecine interne . Gériatrie
GIRERD	Xavier	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-04	Thérapeutique / Endocrino
GLIGOROV	Joseph	PU-PH	Tenon	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
GONZALEZ	Jésus	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-01	Pneumologie
GOROCHOV	Guy	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-03	Immunologie
GOSSEC	Laure	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	50-01	Rhumatologie
GRABLI	David	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie

GRIMPREL	Emmanuel	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
GUIDET	Bertrand	PU-PH	Saint-Antoine	48-02	Médecine intensive-réanimation
HAJAGE	Damien	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	46-04	Biostatistiques, Informatique médicale et
HAMMOUDI	Nadjib	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-02	Cardiologie
HAROCHE	Julien	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
HARTEMANN	Agnès	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-04	Endocrinologie , Diabétologie
HATEM	Stéphane	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-02	Physiologie / Cardio
HAUSFATER	Pierre	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-05	Médecine d'urgence
HAYMANN	Jean Philippe	PU-PH	Tenon	44-02	Physiologie
HELFT	Gérard	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-02	Cardiologie
HENNEQUIN	Christophe	PU-PH	Saint-Antoine	45-02	Parasitologie
HERITIER	Sébastien	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
HOANG XUAN	Khê	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
HUGUET	Florence	PU-PH	Tenon	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
IDBAIH	Ahmed	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
IRTAN	Sabine	PU-PH	Trousseau	54-02	Chirurgie infantile
ISNARD	Richard	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-02	Cardiologie
JOUANNIC	Jean Marie	PU-PH	Trousseau	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
KALAMARIDES	Michel	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-02	Neurochirurgie
KARACHI	Carine	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-02	Neurochirurgie
KAS	Aurélie	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-01	Biophysique et médecine nucléaire
KAYEM	Gilles	PU-PH	Trousseau	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
KERNEIS	Mathieu	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-02	Cardiologie
KINUGAWA	Kiyoka	PU-PH	CharlesFoix	53-01	Médecine interne . Gériatrie
KLATZMANN	David	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-03	Immunologie
LACOMBE	Karine	PU-PH	Saint-Antoine	45-03	Maladies infectieuses
LACORTE	Jean Marc	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-03	Biologie cellulaire
LAMAZIERE	Antonin	PU-PH	Saint-Antoine	44-01	Biochimie et biologie moléculaire
LANDMAN-PARKER	Judith	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
LAPILLONNE	Hélène	PU-PH	Trousseau	47-01	Hématologie biologique
LAVENEZIANA	Pierantonio	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-02	Physiologie
LAZENNEC	Jean Yves	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	42-01	Anatomie/Chirurgie orthopédique
LE FEUVRE	Claude	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-02	Cardiologie

LE GUERN	Eric	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-04	Génétique
LEBRETON	Guillaume	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-03	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
LEFEVRE	Jérémy	PU-PH	Saint-Antoine	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
LEGER	Pierre Louis	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
LEGRAND	Olivier	PU-PH	Saint-Antoine	47-01	Hématologie clinique
LEHERICY	Stéphane	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
LEPRINCE	Pascal	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-03	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
LETAVERNIER	Emmanuel	PU-PH	Tenon	44-02	Physiologie
LEVERGER	Guy	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
LEVY	Richard	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
LEVY	Rachel	PU-PH	Tenon	54-05	Biologie et médecine de la reproduction
LORROT	Mathie	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
LOTZ	Jean-Pierre	PU-PH	Tenon	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
LOUAPRE	Céline	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
LUBETZKI	Catherine	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
LUCIDARME	Olivier	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
LUSSEY	Charlotte	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-01	Biophysique et médecine nucléaire
LUYT	Edouard	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-02	Médecine intensive-réanimation
MAINGON	Philippe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
MALARD	Florent	PU-PH	Saint-Antoine	47-01	Hématologie clinique
MANESSE-CONSOLI	Angèle	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-04	Pédo psychiatrie
MARCELIN	Anne Geneviève	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
MARIN	Benoît	PU-PH	Trousseau	46-01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAURY	Eric	PU-PH	Saint-Antoine	48-02	Médecine intensive-réanimation
MEKINIAN	Arsène	PU-PH	Saint-Antoine	53-01	Médecine interne . Gériatrie
MENEGAUX	Fabrice	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
MESNARD	Laurent	PU-PH	Tenon	52-03	Néphrologie
MILLET	Bruno	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-03	Psychiatrie adultes
MIYARA	Makoto	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-03	Immunologie
MOCHEL	Fanny	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-04	Génétique
MOHTY	Mohamad	PU-PH	Saint-Antoine	47-01	Hématologie clinique
MONSEL	Antoine	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
MONTALESCOT	Gilles	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-02	Cardiologie
MONTRAVERS	Françoise	PU-PH	Tenon	43-01	Biophysique et médecine nucléaire

MORAND	Laurence	PU-PH	Saint-Antoine	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
MORELOT PANZINI	Capucine	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-01	Pneumologie
MOZER	Pierre	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-04	Urologie
NACCACHE	Lionel	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-02	Physiologie / Neurologie
NATHAN MOULIN	Nadia	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
NAVARRO	Vincent	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
NETCHINE	Irène	PU-PH	Trousseau	44-02	Physiologie
NGUYEN	Yann	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	55-01	ORL
NGUYEN KHAC	Florence	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-01	Hématologie biologique
NGUYEN QUOC	Stéphanie	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-01	Hématologie clinique
NIZARD	Jacky	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
OPPERT	Jean Michel	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-04	Nutrition
PÂQUES	Michel	PU-PH	15/20	55-02	Ophthalmologie
PARC	Yann	PU-PH	Saint-Antoine	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
PASCAL MOUSSELL	Hugues	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	50-02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PATERON	Dominique	PU-PH	Saint-Antoine	48-05	Médecine d'urgence
PAUTAS	Eric	PU-PH	CharlesFoix	53-01	Médecine interne . Gériatrie
PAYE	François	PU-PH	Saint-Antoine	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
PERETTI	Charles-Siegrid	PU-PH	Saint-Antoine	49-03	Psychiatrie adultes
PETIT	Arnaud	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
PHE	Véronique	PU-PH	Tenon	52-04	Urologie
PIALOUX	Gilles	PU-PH	Tenon	45-03	Maladies infectieuses
PIARROUX	Renaud	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	45-02	Parasitologie
POITOU BERNERT	Christine	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-04	Nutrition
POURCHER	Valérie	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	45-03	Maladies infectieuses
PUYBASSET	Louis	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
PYATIGORSKAYA	Nadya	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
QUESNEL	Christophe	PU-PH	Tenon	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
RATIU	Vlad	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
RAUX	Mathieu	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
REDHEUIL	Alban	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
RENARD PENNA	Raphaële	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
RIOU	Bruno	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-05	Médecine d'urgence

ROBAIN	Gilberte	PU-PH	Rothschild	49-05	Médecine Physique et Réadaptation
ROBERT	Jérôme	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
RODRIGUEZ	Diana	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
ROOS-WEIL	Damien	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-01	Hématologie clinique
ROSMORDUC	Olivier	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
ROSSO	Charlotte	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie / urgences
ROTGE	Jean-Yves	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-03	Psychiatrie adultes
ROUPRET	Morgan	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-04	Urologie
RUDLER	Marika	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
SAADOUN	David	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
SALEM	Joe Elie	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-03	Pharmacologie clinique
SANSON	Marc	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	42-02	Histologie embryo et cytogénétique
SARI ALI	El Hadi	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	50-02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAUTET	Alain	PU-PH	Saint-Antoine	50-02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCATTON	Olivier	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
SCHMIDT	Mathieu	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-02	Médecine intensive-réanimation
SCHOUMAN	Thomas	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	55-03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
SEILHEAN	Danielle	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	42-03	Anatomie pathologique / neurologie
SEKSIK	Philippe	PU-PH	Saint-Antoine	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
SELLAM	Jérémie	PU-PH	Saint-Antoine	50-01	Rhumatologie
SEROUSSI FREDEA	Brigitte	PU-PH	Tenon	46-04	Biostatistiques, Informatique médicale et
SILVAIN	Johanne	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-02	Cardiologie
SIMILOWSKI	Thomas	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-01	Pneumologie
SIMON	Tabassome	PU-PH	Saint-Antoine	48-03	Pharmacologie biologique
SOKOL	Harry	PU-PH	Saint-Antoine	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
SORIA	Angèle	PU-PH	Tenon	50-03	Dermatologie
SPANO	J-Philippe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
STANKOFF	Bruno	PU-PH	Saint-Antoine	49-01	Neurologie
STEICHEN	Olivier	PU-PH	Tenon	53-01	Médecine interne . Gériatrie
STRAUS	Christian	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-02	Physiologie
SVRECK	Magali	PU-PH	Saint-Antoine	42-03	Anatomie pathologique
TANKERE	Frédéric	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	55-01	ORL
THABUT	Dominique	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie

THOMASSIN-NAGGA	Isabelle	PU-PH	Tenon	43-02	Radiologie et imagerie médicale
TOUBOUL	Cyril	PU-PH	Tenon	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
TOUITOU	Valérie	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	55-02	Ophthalmologie
TOUNIAN	Patrick	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
TOURAINÉ	Philippe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-04	Endocrinologie
TOURRET-ARNAUD	Jérôme	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-03	Néphrologie
TRAXER	Olivier	PU-PH	Tenon	52-04	Urologie
TUBACH	Florence	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	46-01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ULINSKI	Tim	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
UZAN	Catherine	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
VAILLANT	J-Christophe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
VERNY	Marc	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
VEZIRIS	Nicolas	PU-PH	Saint-Antoine	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
VIALLE	Raphaël	PU-PH	Trousseau	54-02	Chirurgie infantile
VIDAILHET	Marie-José	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
VIGOUROUX	Corinne	PU-PH	Saint-Antoine	44-03	Biologie cellulaire
WAGNER	Mathilde	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
WEISS	Nicolas	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-04	Thérapeutique/réa médicale / neuro
WENDUM	Dominique	PU-PH	Saint-Antoine	42-03	Anatomie pathologique
WORBE	Youlia	PU-PH	Saint-Antoine	44-02	Physiologie/neurologie
YORDANOV	Youri	PU-PH	Saint-Antoine	48-05	Médecine d'urgence

Liste MCU-PH

Nom	Prénom	Corps	Site	Discipline
BOREL	Stéphanie	MCU	Faculté	Sciences de la rééducation et réadaptation
FAURE	Pascaline	MCU	Faculté	Etudes anglophones
SAUVEGRAIN	Priscille	MCU	Faculté	Maïeutique
LEBLANC	Judith	MCU	Faculté	Sciences infirmières
LALOI	Aude	MCU	Faculté	Sciences de la rééducation et réadaptation
CHASTANG VALENTIN	Julie	MCU-MG	DMG	Médecine générale
CADWALLADER	Jean Sébastien	MCU-MG	DMG	Médecine générale
SALDANHA-GOMES	Cécilia	MCU-MG	DMG	Médecine générale
LAFUENTE-LAFUENTE	Carmelo	MCU-PH	CharlesFoix	Médecine interne . Gériatrie
ALLAIRE	Manon	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Gastroentérologie; hépatologie ; Addictologie
AMOUYAL GALAND	Chloé	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
ARMAND	Marine	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Hématologie biologique
BASSEZ	Guillaume	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Histologie embryo et cytogénétique
BELLANNE CHANTELOT	Christine	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Génétique
BELLOCQ	Agnès	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
BENUSIGLIO	Patrick	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Génétique
BOISSAN	Mathieu	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Biologie cellulaire
BOUGLE	Adrien	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie-Réanimation et méd
BOUTOLLEAU	David	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie ; Virologie ; Hygiène
BUFFET	Camille	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
CHAPIRO	Elise	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Hématologie biologique
CHARLOTTE	Frédéric	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Anatomie pathologique
COUVERT	Philippe	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Biochimie et biologie moléculaire
DANZIGER	Nicolas	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
DAVAINE	Jean Michel	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
DECAVELE	Maxens	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive- réanimation
DEMONDION	Pierre	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DENIS	Jérôme	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Biologie cellulaire
DROUIN	Sarah	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Urologie
FEKKAR	Arnaud	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
FOY	Jean-Philippe	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GALLO	Antonio	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Nutrition
GARDERET	Laurent	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Hématologie clinique
GAY	Frédéric	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
GENSER	Laurent	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
GOUMARD	Claire	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
GUIHOT	Amélie	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
HABERT	Marie Odile	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Biophysique et médecine nucléaire
JAMES	Arthur	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie-Réanimation et méd
JARY	Aude	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
JERU	Isabelle	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Génétique

LAHLOU	Ghizlène	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Oto-rhino-laryngologie
LAMBRECQ	Virginie	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
LAURENT-LEVINSON	Claudine	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Pédo psychiatrie
LE BIHAN Mme	Johanne	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Biologie cellulaire
MAKSUD	Philippe	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Biophysique et médecine nucléaire
MARIANI	Louise-Laure	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Pharmacologie clinique / neurologie
MARIE-HARDY	Laura	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MATHON	Bertrand	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
NABET	Cécile	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
NAVA	Caroline	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Génétique
PALICH	Romain	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PATOUT	Maxime	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Pneumologie ; Addictologie
PEYRE	Matthieu	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
PHILIPPON	Anne-Laure	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Médecine d'urgence
PLU	Isabelle	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Médecine légale
RENAUD	Florence	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Anatomie et cytologie pathologiques
ROHAUT	Benjamin	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
ROSENZWAJG	Michelle	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
SEISEN	Thomas	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Urologie
SERRESSE	Laure	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Médecine palliative
STERLIN	Delphine	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
THELLIER	Marc	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
TOUAT	Madhi	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
TOUHAMI	Sarah	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Ophthalmologie
VILLAIN	Nicolas	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
VULSER	Hélène	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
ZEITOUNI	Michel	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Physiologie/Cardiologie
ZERAH	Lorène	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne . Gériatrie
COLBOC	Hester	MCU-PH	Rothschild	Médecine interne . Gériatrie
HADDAD	Rebecca	MCU-PH	Rothschild	Médecine physique et réadaptation
BRISOT	Eolia	MCU-PH	Saint-Antoine	Hématologie clinique
CAMBON	Adeline	MCU-PH	Saint-Antoine	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CERVERA	Pascale	MCU-PH	Saint-Antoine	Anatomie pathologique
COHEN	Romain	MCU-PH	Saint-Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie
COURTIES	Alice	MCU-PH	Saint-Antoine	Rhumatologie
ECKERT	Catherine	MCU-PH	Saint-Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
EGUETHER	Thibaut	MCU-PH	Saint-Antoine	Biochimie et biologie moléculaire
GOZLAN	Joël	MCU-PH	Saint-Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
GRABAR	Sophie	MCU-PH	Saint-Antoine	Biostatistiques, informatique médicale et ..
GUITARD	Juliette	MCU-PH	Saint-Antoine	Parasitologie et mycologie
HIRSCH	Pierre	MCU-PH	Saint-Antoine	Hématologie biologique
JOFFRE	Jérémy	MCU-PH	Saint-Antoine	Médecine intensive-réanimation
KIRCHGESNER	Julien	MCU-PH	Saint-Antoine	Gastroentérologie ; hépatologie; Addictologie
LAMBERT-NICLOT	Sidonie	MCU-PH	Saint-Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
LAPIDUS	Nathanael	MCU-PH	Saint-Antoine	Biostatistiques, Informatique médicale et
LEMOINNE	Sara	MCU-PH	Saint-Antoine	Gastro entérologie ; Hépatologie
MORENO-SABATER	Alicia	MCU-PH	Saint-Antoine	Parasitologie et mycologie
SURGERS	Laure	MCU-PH	Saint-Antoine	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales

TANKOVIC	Jacques	MCU-PH	Saint-Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
TEZENAS DU MONTCEL	Sophie	MCU-PH	Saint-Antoine	Biostatistiques, Informatique médicale et
VALLET	Hélène	MCU-PH	Saint-Antoine	Médecine interne . Gériatrie
VATIER	Camille	MCU-PH	Saint-Antoine	Biologie cellulaire
VERDONK	Franck	MCU-PH	Saint-Antoine	Anesthésiologie-Réanimation et méd
VIMONT BILLARANT	Sophie	MCU-PH	Saint-Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
VORON	Thibault	MCU-PH	Saint-Antoine	Chirurgie viscérale et digestive
BARRAL	Matthias	MCU-PH	Tenon	Radiologie et imagerie médicale
BEURTON	Alexandra	MCU-PH	Tenon	Médecine intensive-réanimation
CHASSET	François	MCU-PH	Tenon	Dermato-vénéréologie
CRISTOFARI	Sarra	MCU-PH	Tenon	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
DOIZI	Steeve	MCU-PH	Tenon	Urologie
DUPONT	Charlotte	MCU-PH	Tenon	Biologie et médecine de la reproduction
FAJAC-CALVET	Anne	MCU-PH	Tenon	Histologie embryo et cytogénétique
GARNIER	Marc	MCU-PH	Tenon	Anesthésiologie-Réanimation et méd
GEROTZIAFAS	Grigoris	MCU-PH	Tenon	Hématologie immunologie
HENTZEN	Claire	MCU-PH	Tenon	Médecine physique et réadaptation
LUQUE	Yosu	MCU-PH	Tenon	Néphrologie
MAITRE	Thomas	MCU-PH	Tenon	Pneumologie
RIVIN DEL CAMPO	Eléonor	MCU-PH	Tenon	Cancérologie ; Radiothérapie
SOUSSAN	Patrick	MCU-PH	Tenon	Bactériologie - Virologie - Hygiène
VOIRIOT	Guillaume	MCU-PH	Tenon	Médecine intensive-réanimation
BACHY	Manon	MCU-PH	Trousseau	Chirurgie infantile
BENAROUS	Xavier	MCU-PH	Trousseau	Pédo psychiatrie
BRIOUDE	Frédéric	MCU-PH	Trousseau	Physiologie
CHOLLAT	Clément	MCU-PH	Trousseau	Pédiatrie
DELORME	Pierre	MCU-PH	Trousseau	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
DHOMBRES	Ferdinand	MCU-PH	Trousseau	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
EL KHATTTABI	Laïla	MCU-PH	Trousseau	Histologie, embryologie et cytogénétique
GIABICANI	Eloïse	MCU-PH	Trousseau	Physiologie
GIURGEA	Irina	MCU-PH	Trousseau	Génétique
GUEDJ	Romain	MCU-PH	Trousseau	Pédiatrie
GUILBAUD	Lucie	MCU-PH	Trousseau	Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
LALLEMANT	Pauline	MCU-PH	Trousseau	Médecine physique et réadaptation
RAMBAUD	Jérôme	MCU-PH	Trousseau	Pédiatrie
SCHNURIGER	Aurélie	MCU-PH	Trousseau	Bactériologie - Virologie - Hygiène
SIMONIN	Mathieu	MCU-PH	Trousseau	Pédiatrie
TAYTARD	Jessica	MCU-PH	Trousseau	Physiologie

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	3
SERMENT D'HIPPOCRATE	7
LISTE PU-PH	8
LISTE MCU-PH	17
TABLE DES MATIERES	20
TABLE DES FIGURES.....	23
TABLE DES TABLEAUX.....	24
LISTE DES ABREVIATIONS	25
PREAMBULE.....	26
INTRODUCTION	28
1. TERMINOLOGIE ET DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	30
a) <i>Migrant</i>	30
b) <i>Immigré</i>	30
c) <i>Étranger</i>	30
d) <i>Réfugié</i>	31
2. TROUBLES SOMATIQUES FONCTIONNELS : CONCEPTS ET DEFINITIONS.....	32
3. MIGRATION SUD-NORD	35
a) <i>Contexte migration Sud-Nord</i>	35
b) <i>Migration féminine</i>	36
4. SANTE DES FEMMES MIGRANTES (SANTE PHYSIQUE, SANTE MENTALE)	38
a) <i>Santé sexuelle</i>	38
b) <i>Santé obstétricale</i>	40
c) <i>Maladies infectieuses</i>	40
d) <i>Santé mentale</i>	41
MATERIEL-METHODE.....	43
a) Choix d'une approche qualitative fondée sur des recueils de récit de vie.....	43
b) Bibliographie préparatrice à mes recueils de récits orientée vers la méthodologie.....	43
c) Déconstruction des a priori	44
d) Mise en place du journal de bord.....	44
e) Guide d'entretien.....	44
f) Population d'étude.....	45
g) Recrutement.....	45
RESULTATS	47
A/ HISTOIRES DES FEMMES INTERROGÉES	47
B/ CARACTERISTIQUES DES PATIENTES INTERROGÉES	58
I. <i>Première partie : Construction d'une vie, ici et ailleurs</i>	59
1. Catégorisation	59
2. L'enfance, lieu privilégié des trajectoires destructrices.....	60
a) Souvenirs de l'enfance	60
b) Poids du secret.....	61
c) Parentification.....	61
d) Scolarité	62

3. Individualité, conjugalité, maternité, famille : l'effort de se soumettre.....	63
a) Mariage et/ou grossesse précoce	63
b) Épreuve de l'enfantement.....	63
c) Schéma d'un destin imposé.....	64
d) Responsabilité du foyer familial.....	65
e) Rôle de la diaspora	66
f) Accompagner des proches malades.....	66
g) Sacrifice de vie.....	67
4. La migration : l'assujettissement à une vie imposée et ses conséquences.....	67
a) Instabilité comme point de départ, cause de migration	67
b) Parcours migratoire	68
c) Deuil d'une vie antérieure.....	69
d) Intégration compliquée à la société	70
e) Précarité financière.....	70
f) Désillusion	71
5. Les opportunités comme nouveau départ de vie.....	71
a) Rencontres de personnes aidantes.....	71
b) Dénouement de leur situation de précarité.....	72
c) Indépendance, Liberté.....	73
6. Le travail comme échappatoire	73
a) Formations, démarches visant à l'accès au savoir.....	73
b) Prise de poste.....	73
c) Don de soi.....	74
e) Pénibilité au travail.....	74
f) Répercussions des conditions salariales	75
C/ Deuxième partie : Le rapport au corps et au corps médical	75
1. Catégorisation	76
2. Les symptômes rapportés au médecin généraliste.....	76
a) Description des symptômes.....	76
b) Symptômes chroniques.....	77
c) Multiples symptômes.....	78
d) Symptômes résistants aux traitements	78
e) Symptômes inexplicables.....	78
3. Symptômes inexplicables, entre acceptation et frustration.....	79
a) Questionner le corps médical.....	79
b) La réflexion du patient.....	79
c) Les attentes vis-à-vis du corps médical.....	80
d) Faire face à la frustration	80
4. Positionnement du médecin généraliste	81
a) La réflexion du médecin généraliste	81
b) Désintérêt, Dénéi de la symptomatologie	82
c) Impuissance, limite du médecin généraliste	82
5. Parcours de soin	83
a) Plusieurs examens complémentaires.....	83
b) Recours aux spécialistes	83
c) Consultation de professionnels paramédicaux	84
d) Changement de mode de vie	84
e) Essai de thérapie traditionnelle	85
f) Recours à une médecine alternative	86
6. Champs des émotions.....	86
a) Incertitude face à l'avenir	86
b) Confiance et espoir d'une vie meilleure.....	87
c) Traumatismes résultant de trajectoires destructrices	87
d) Lien psyché-soma	88
DISCUSSION.....	89
A/ IDENTIFICATION DE CAUSE ET DE FACTEUR DE RISQUE SPECIFIQUE AUX TSF.....	89
a) Explication par un modèle cognitif.....	90
b) Facteurs de risque des troubles somatiques fonctionnels et le concept d'alexithymie.....	91
B/ MODELE DE SOINS INADAPTES	93
a) Difficultés rencontrées par les médecins.....	93
b) La quête de sens.....	94
c) Proposition d'un modèle de soin approprié.....	96

C/ LIEN ENTRE SANTE MENTALE, TROUBLE SOMATIQUE FONCTIONNEL ET MIGRATION ?	98
a) Lien santé mentale et trouble somatique fonctionnel ?.....	98
b) Santé mentale des migrants : exemple du TSPT diagnostic différentiel	99
c) Lien trouble somatique fonctionnel et migration ?.....	100
LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE.....	102
PERSPECTIVES	104
CONCLUSION.....	106
BIBLIOGRAPHIE	108
ANNEXES	116
GUIDE D'ENTRETIEN	116
RECIT HADIDJA	116

Table des figures

<i>Figure 1 : Décomposition de la population vivant en France selon le lieu de naissance et la nationalité en 2022</i>	32
<i>Figure 2 : Balance entre anticipation cognitive et signaux nerveux périphériques provenant de l'article « Troubles somatiques fonctionnels : un modèle cognitif pour mieux comprendre »</i>	91

Table des tableaux

<i>Tableau 1 : Conséquences psychologiques des mutilations sexuelles féminines d'après HAS 2020</i>	39
<i>Tableau 2 : Complications sexuelles des mutilations sexuelles féminines d'après HAS. 2020</i>	40
<i>Tableau 3 : tableau de présentation de l'échantillon</i>	59
<i>Tableau 4 : Tableau des catégories et sous catégories de la partie construction d'une vie</i>	59
<i>Tableau 5 : Catégories et sous-catégories de la partie : Rapport à son corps et au corps médical</i>	76

Liste des abréviations

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

ANRS : Agence Nationale de la Recherche sur le Sida et les hépatites Virales

APA : *American Psychiatric Association*

CMS : Centre municipal de santé

COMEDE : Comité pour la santé des exilés

COREQ : *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*

EBM : *Evidence-Based Medicine*

ENFAMS : Enfants et les familles sans logement

ENP : Enquêtes nationales périnatales

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRM : Imagerie par résonance magnétique

MSF : Mutilations sexuelles féminines

Ofpra : Office français de protection des réfugiés et des apatrides

OIM : Organisation Internationale pour l'Immigration

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PIB : Produit Intérieur Brut

SMI : Symptômes médicalement inexplicables

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TSF : Trouble somatique fonctionnel

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

Préambule

« C'est la deuxième fois que je vois M. I, un jeune homme d'une trentaine d'années d'origine sénégalaise qui est en France depuis quelques années. Il est suivi par la Pr Ibanez depuis quelques mois pour des céphalées. Lorsque je le rencontre pour la première fois, il consulte pour de fortes céphalées très handicapantes qui ne sont soulagées par aucun antalgique prescrit par le Pr Ibanez. Lorsque je regarde l'historique de ses consultations, je me rends compte qu'il a passé un examen neurologique assez complet qui était sans particularité, ainsi que plusieurs examens complémentaires dont une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale qui était normale. Pourtant, M. I souffre toujours et désespère de ne pas connaître la cause de ses maux. À sa dernière consultation, le Pr Ibanez a conclu à une migraine et a donc décidé de lui prescrire un traitement de fond et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en cas de crise. À ce stade, je me demande vraiment ce que je peux apporter de plus dans ce parcours de soins. Il semble avoir réalisé tous les examens que l'on pourrait prescrire en première intention. Je réalise à nouveau un interrogatoire complet puis un examen clinique, et j'en conclus également à des crises migraineuses. Par ailleurs, je perçois sa réticence lorsque je lui propose de reprendre les traitements prescrits. Mais en même temps, je ressens un tel respect envers mon statut, il a en effet envie de faire les choses correctement et de suivre mes conseils. Alors il acquiesce et décide de suivre mes instructions.

Ensuite, je prends un moment de réflexion et je me dis "pourquoi ne pas lui proposer, de l'adresser à un neurologue ?". En fait, je me disais qu'il pourrait bénéficier d'un deuxième avis, celui d'un "spécialiste" et que cela lui permettrait peut-être d'y voir plus clair concernant ses céphalées. Il sourit lorsque je lui fais cette proposition et me remercie.

Quelques mois plus tard, il prend de nouveau rendez-vous avec moi. Il m'explique qu'il a consulté un neurologue et lui a montré tous les examens réalisés précédemment. Le neurologue l'a examiné, a écouté ses plaintes et a à nouveau conclu à une migraine. Donc, le diagnostic est posé. De plus, le neurologue lui a recommandé de poursuivre le même traitement qui lui avait été initialement prescrit. Lorsqu'il me raconte tout cela, il est déboussolé. Il a consulté un spécialiste, qui lui a dit la même chose que nous, « les médecins généralistes ». Malgré cela, il continue d'avoir des crises migraineuses et les traitements ne semblent pas soulager sa douleur. Rien ne va pour lui, personne n'a trouvé la cause de sa souffrance. Je l'écoute attentivement et à ce moment-là, je me rends compte que je n'ai plus de solution à lui proposer. Je suis perdue et je comprends que je ne vais pas pouvoir lui apporter quelque chose de nouveau.

Alors je le regarde droit dans les yeux et je lui dis "moi, je ne sais pas ce que vous avez et ce qui vous arrive, mais peut-être avez-vous une idée des causes de ces douleurs chroniques". Et à ce moment-là, j'ai senti un soulagement dans son visage et dans son expression corporelle. Ses épaules se sont détendues, j'avais l'impression que toutes les tensions internes s'envolaient. Puis il me dit : "oui, je pense savoir ce qui est à l'origine de ma souffrance". Il me raconte alors son histoire, avec des conflits familiaux qui ont généré de fortes tensions au sein de sa propre

famille. Son père et son oncle sont en conflit depuis de nombreuses années, et tout cela a entraîné des répercussions sur la descendance. Il est convaincu qu'il a été "ensorcelé" par son oncle et pense que cela est à l'origine de ses fortes céphalées. J'écoute attentivement ce qu'il dit, en essayant d'être la plus neutre possible et de ne pas le juger. Ce qu'il dit a du sens pour moi, car je suis moi-même d'origine africaine et j'ai déjà entendu parler de ces croyances qui sont profondément enracinées dans de nombreuses cultures. Je sais que lorsqu'on y croit fermement, cela peut entraîner des conséquences psychosomatiques.

Je finis par sourire et lui dire qu'il détient les clés de son rétablissement. Si c'est lié à cela, peut-être pourra-t-il trouver une personne qui puisse le "désensorceler". Il me répond que c'est effectivement possible de trouver quelqu'un qui puisse le libérer de ce sort et donc de ses douleurs. Je l'encourage dans sa démarche et lui propose de le revoir si nécessaire. À ma grande surprise, je le revois deux à trois semaines plus tard. Il est venu me remercier d'avoir posé cette fameuse question, "selon vous, quelle est la cause de vos douleurs?". Il est convaincu que cela l'a soulagé d'un certain poids. Il me dit qu'il est moins symptomatique, qu'il a eu très peu de céphalées depuis notre dernière consultation et qu'il se sent beaucoup mieux. Il est toujours à la recherche d'une personne fiable qui puisse le "désensorceler".

Depuis le début de mes études de médecine, la santé des migrants est l'un de mes domaines de prédilection. J'avais à cœur de soigner des personnes vulnérables, qui peuvent être confrontées aux inégalités sociales de santé. Ces patients ont un parcours de vie singulier et ont malheureusement moins de chance dans leur parcours de soin en raison des barrières linguistiques et des difficultés sociales et financières. De plus, je percevais une certaine complexité de la prise en soin de la patientèle migrante, en raison des aspects psychosociaux et culturels. Je réalisais que la symbolique de la maladie pouvait être autre du fait de perceptions et de représentations culturelles différentes. Pour toutes ces raisons, j'ai voulu réaliser une thèse sur la santé des migrants.

Et puis il y a eu ce séminaire à l'université sur les symptômes médicalement inexplicables (SMI) qui a été, pour moi, une sorte de révélation, sur la relation de soin. J'ai pu à maintes reprises faire face à des patients qui présentaient des symptômes que je ne pouvais expliquer. J'ai compris lors de ce séminaire qu'une grande partie des étudiants avait été confrontée à des cas de SMI sans avoir des pistes de prise en soin. En effet, la médecine était pour nous une science exacte, alors, on trouvait cela difficile d'accepter que nous n'ayons pas les réponses à tout. Il fallait accepter de ne pas savoir, et de le dire au patient. Les enseignants ont insisté sur la « non-dichotomie » du corps et de l'esprit. L'expression corporelle d'un symptôme peut être le reflet de ce qui se passe dans la psyché. Alors, l'écoute, l'intérêt porté aux patients, à leurs croyances, à leurs représentations, etc. sont certains éléments clés de la prise en soin des SMI. C'est donc en sortant de ce séminaire que j'ai voulu faire une thèse sur les symptômes médicalement inexplicables chez la population migrante, en particulier chez les femmes migrantes. Car les femmes migrantes sont plus vulnérables que les autres, tant sur la santé physique que la santé mentale. C'est ainsi que j'ai voulu m'interroger sur les SMI chez les femmes migrantes, en essayant de comprendre le sens qu'elles donnent à leurs différents symptômes. »

Histoire d'une rencontre en consultation au centre municipal de santé (CMS de Villejuif), avec la Pr Gladys Ibanez.

Introduction

« La médecine est une science de l'incertitude et un art de la probabilité ». Cette déclaration de William Osler (1849-1919), médecin canadien considéré comme l'un des pères de la médecine moderne¹, illustre l'incertitude à laquelle les médecins peuvent être confrontés, soulignant les difficultés voire leur impuissance parfois à y faire face. En effet, grâce à leur formation, les médecins apprennent à comprendre et à connaître les maladies, mais ils sont souvent peu disposés à accepter l'inconnu². Cette situation est en partie due au fait que « *la médecine classique fait du corps un "alter ego" de l'individu. Elle écarte de ses soins l'homme souffrant, son histoire personnelle, sa relation à l'inconscient, pour ne considérer que les processus organiques qui se jouent en lui.* »³ Par ailleurs, le médecin fait face le plus souvent à un patient qui attend un diagnostic et un traitement⁴, ce qui peut mettre le médecin sous tension lorsqu'il ne peut satisfaire ses attentes⁴. En médecine générale, la fréquence de ces situations incertaines est très grande puisque le médecin généraliste voit les patients à l'apparition des pathologies le plus souvent réduites à un symptôme émergent : une fièvre ou une asthénie récente, une petite perte de poids, quelques troubles mnésiques, des arthralgies modestes et débutantes...

Les troubles somatiques fonctionnels sont des symptômes physiques médicalement inexpliqués qui persistent depuis plusieurs mois, et ont un impact significatif sur la vie quotidienne du patient⁵. Ils représentent parfaitement le paradoxe entre ce que le patient ressent et l'absence de diagnostic établi par le médecin. Ces troubles présentent une prévalence élevée en médecine générale. Souvent, les médecins généralistes sont en première ligne pour prendre en soin ces patients. Une méta-analyse internationale a estimé qu'au moins un trouble somatique fonctionnel est présent chez 26 à 35 % des patients consultant en médecine générale⁵. Par conséquent, nous serons amenés à prendre en soin⁶ un patient présentant un ou plusieurs symptômes médicalement inexpliqués. La complexité de cette prise en soin nous pousse à nous interroger sur la relation de soin. De nombreux auteurs recommandent que cette relation soit

¹ <https://www.louvainmedical.be/fr/article/william-osler>

² Ceccaldi J., « Le concept d'incertitude » in Barruel F. Bioy A. et al. [dir.], *Du soin à la personne, Clinique de l'incertitude*, coll. Psychothérapies Pratiques, Paris, Dunod, 2013, p. 7-24.

³ Le Breton D. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : PUF, coll. Quadrige, 2010, p.14.

⁴ -Alric J., Préaubert Ch., « Emergence de l'incertitude dans le soin » in Barruel F. Bioy A. et al. [dir.], *Du soin à la personne, Clinique de l'incertitude*, coll. Psychothérapies Pratiques, Paris, Dunod, 2013, p. 25-40.

⁵ Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. *Somatoforme störungen und medizinisch unerklärbare symptome in der primärversorgung: Systematischer review und metaanalyse der prävalenzen*. Dtsch Arztebl Int 2015;112:279–87.

⁶ Nous abandonnons le terme de prise en charge au bénéfice de « prise en soin », expression utilisée volontiers au Québec, pour deux raisons essentielles. D'une part, l'expression prise en charge induit l'idée de poids, ce que le soin n'est pas, et d'autre part, elle renvoie à une posture paternaliste antinomique avec l'idée d'une décision partagée, d'un chemin personnalisé vers l'autonomie, ce qui est le propre de la maladie chronique .

fondée sur l'écoute et la communication centrée sur le patient⁷, postures qui s'inscrivent dans les compétences du médecin généraliste⁸.

Ainsi, à l'approche biomédicale conventionnelle, centrée sur la maladie (*disease*) en tant qu'entité physiopathologique définie, se substitue l'approche clinique « centrée sur le patient » qui prend en compte la maladie telle qu'elle est vécue par le patient (*illness*). Notons que les auteurs de l'article fondateur de *Evidence-Based Medicine* (EBM) soulignaient l'importance de trois valences à prendre en compte : les données de la science, l'expérience ainsi que les choix du médecin et les préférences du patient⁹. La clinique du médecin s'en trouve modifiée par effet de glissement de la science aux personnes selon K. Fulford¹⁰. Dans le cas des troubles somatiques fonctionnels, l'approche centrée sur la maladie s'avère particulièrement inopérante et frustrante, tant pour le malade que pour le médecin, contrairement à l'approche centrée sur le patient qui permet de s'intéresser réellement aux symptômes du patient en les intégrant dans leur contexte psychosocial et culturel¹¹. La compréhension du contexte psychosocio-culturel est particulièrement pertinent, mais parfois rendue plus difficile chez les patients migrants. En effet, leur santé globale est influencée par divers déterminants, parmi lesquels le parcours migratoire qui est souvent mis en avant. La santé des personnes migrantes est généralement codifiée par des grilles diagnostiques qui incluent à la fois les maladies transmissibles, les maladies chroniques (comme le diabète et l'hypertension artérielle) et les maladies psychosomatiques¹². Si cette première approche est nécessaire, elle peut s'avérer insuffisante dans l'accompagnement des patients.

Nous avons trouvé peu d'études sur les troubles somatiques fonctionnels chez les migrants, ce qui a justifié notre choix. Ainsi, nous avons décidé de nous concentrer spécifiquement sur une population féminine, en raison de l'intérêt que nous portons à la santé gynécologique et obstétricale et sur la fréquence des troubles de la sphère génitale. De plus, nous souhaitons souligner l'importance de la variable genre dans l'étude des migrations, car l'analyse du parcours migratoire des femmes met en lumière certains éléments spécifiques. De façon générale, il serait réducteur de considérer que l'origine des troubles somatiques se trouve systématiquement dans un quelconque événement traumatique au cours de la migration. Cette quête réductionniste tend à nier des faits de vie antérieurs à la migration. Et même s'il existe, nous ne devons pas mésestimer la possibilité d'un « symptôme écran ». La psychologie clinique et la psychanalyse nous ont appris combien l'enfance et l'adolescence peuvent être sources de bouleversements intérieurs.

Tenant compte de tous ces éléments, nous avons orienté notre travail sur les troubles somatiques fonctionnels chez les femmes migrantes d'Afrique subsaharienne et la manière d'en saisir les déterminants dans la relation de soin. Nous nous interrogerons sur le sens que ces femmes donnent à leurs troubles somatiques fonctionnels. En conséquence, notre recherche se

⁷ Reach G. *Pour une médecine humaine. Étude philosophique d'une rencontre*. Hermann, le bel aujourd'hui, 2022.
Charon R. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University Press, 2006.

⁸ <https://dmg-u-paris.fr/p/les-6-competences>

⁹ Sacket D-L, Rosenberg W-C, Gray J A., Haynes R-B, Richardson W-S. "Evidence based medicine: what it is and what it isn't." *BMJ* 1996; 312 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71> (Published 13 January 1996)

¹⁰ Fulford K-W., Peile E., Carroll H. *La clinique fondée sur les valeurs. De la science aux personnes*. Trad. A. Plagnol, B. Pachoud. Doin, La personne en médecine, 2017

¹¹ Goutte J, Cathébras P. « Problématique de la prise en charge des troubles fonctionnels. » wwwem-premiumcomdatatraitestmtm-80373 [Internet]. 22 août 2020 [cité 24 avr 2022];

¹² adsp n° 111 - Santé des migrants [Internet]. [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1172>

situé au carrefour de la médecine, plus particulièrement la médecine générale, de l'anthropologie et de l'herméneutique¹³.

Notre problématique nous invite à travailler plusieurs objectifs qui seront discutés tout au long de ce travail :

- 1) Intégrer le vécu prémigratoire dans la prise en soin de la patiente migrante.
- 2) Mettre en lumière le sens que ces femmes migrantes attribuent à leurs symptômes et le lien symbolique qu'elles établissent avec leur pathologie.
- 3) Évoquer le vécu des patientes à l'égard des différentes approches proposées par les médecins.

Dans la première partie de la thèse, nous définirons différents concepts. Dans la deuxième partie, nous présenterons les résultats de notre analyse à partir de « récits de vie » de femmes migrantes présentant des troubles somatiques fonctionnels. Dans une dernière partie, nous discuterons des objectifs de cette thèse.

CADRE CONCEPTUEL

1. Terminologie et données épidémiologiques

Tout d'abord, il nous paraît primordial de définir le terme « migrant » ainsi que certains termes qui peuvent être à tort apparentés.

a) Migrant

L'Organisation internationale pour l'immigration (OIM) définit le migrant comme « toute personne 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 »¹⁴.

b) Immigré

Le terme « migrant » prend en compte l'ensemble du processus migratoire alors que celui d'« immigré » favorise le point de vue du pays d'accueil et « émigré » celui du pays d'origine.

Selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration, un immigré est une personne de nationalité étrangère née à l'étranger, et résidant en France¹⁵.

c) Étranger

¹³ L'herméneutique est la science de l'interprétation des textes, des signes complexes. Elle s'intéresse au sens et aux symboles. Elle permet d'approcher les représentations sociales dans leur dimension symbolique.

¹⁴ <https://www.iom.int/fr/propos-de-la-migration>

¹⁵ <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>

Par ailleurs, le terme « étranger » est à différencier du terme « migrant », il constitue une catégorie juridiquement bien établie, regroupant l'ensemble des personnes qui ne sont pas les nationaux d'un État. Ainsi, une personne accédant à la nationalité française ne pourra plus être considérée comme « étrangère », mais pourra toujours être considérée comme « migrante »¹⁶.

La population étrangère vivant en France s'élève à 5,3 millions de personnes, soit 7,8 % de la population totale. Elle se compose de 4,5 millions d'immigrés n'ayant pas acquis la nationalité française et de 0,8 million de personnes nées en France de nationalité étrangère¹⁸.

Ainsi, un immigré n'est pas nécessairement étranger et de la même manière, certains étrangers sont nés en France (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 immigré¹⁸.

d) Réfugié

Puis « le réfugié » est défini par l'article 1^{er} A2 de la Convention de Genève du 28 juillet 1951 comme une personne qui « 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, 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 »¹⁷.

Quant à ceux qui ont sollicité cette protection mais sont en attente d'une décision de l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (Ofpra), ils forment la catégorie des « demandeurs d'asile », ou « demandeurs de protection internationale »¹⁸.

Un exilé est une personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, terme évoquant notamment les conséquences psychologiques des migrations forcées²⁰.

Selon les données de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2022, 7,0 millions d'immigrés vivent en France, soit 10,3 % de la population totale. 2,5 millions d'immigrés, soit 35 % d'entre eux, ont acquis la nationalité française. Avec les personnes immigrées (7,0 millions), au total, 8,7 millions de personnes vivant en France sont nées à l'étranger, soit 12,8 % de la population (fig. 1). En 2021, 52 % des immigrés sont des femmes, et ce chiffre s'accroît au cours des années.

Sur le plan épidémiologique dans le monde : on estimait à 281 millions le nombre de migrants internationaux dans le monde en 2020, soit 3,6 % de la population mondiale. Dans l'ensemble, on estime que le nombre de migrants internationaux a augmenté ces cinquante dernières années. Selon les estimations, 281 millions de personnes vivaient dans un pays autre que leur pays de naissance en 2020, soit 128 millions de plus qu'en 1990 et plus de trois fois plus qu'en 1970¹⁹.

¹⁶ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>

¹⁷ https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2020/07/Convention_de_Geneve.pdf

¹⁸ <https://www.nationalgeographic.fr/histoire/2019/08/migrant-emigre-exile-queelles-differences>

¹⁹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>

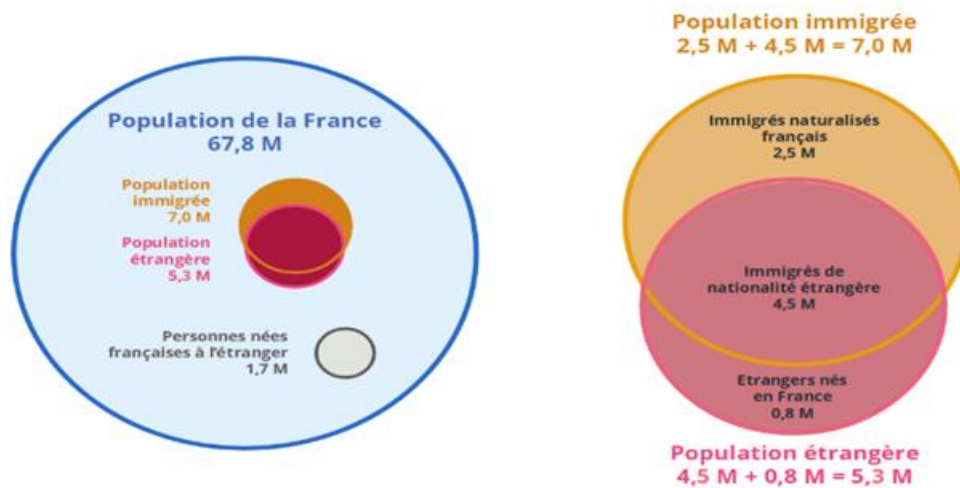


Figure 1 : Décomposition de la population vivant en France selon le lieu de naissance et la nationalité en 2022

2. Troubles somatiques fonctionnels : Concepts et Définitions

Lorsque l'on s'intéresse à cette souffrance physique exprimée par un patient dont le médecin ne trouve pas la cause, on s'aperçoit qu'il existe plusieurs appellations utilisées en fonction de l'évolution de la médecine. Nous allons donc décrire les différentes nosographies, en s'aidant des travaux de Pascal Cathébras, médecin interniste, qui a travaillé pendant plusieurs années sur le concept de somatisation ; symptômes médicalement inexpliqués.

Selon Pascal Cathébras, **les symptômes médicalement inexpliqués (SMI)** sont des symptômes qui ne s'expliquent ni par une lésion tissulaire ni par une physiopathologie établie. Le terme « symptôme médicalement inexpliqué » (SMI), issu de la médecine générale, désigne un signe fonctionnel pour lequel les médecins n'ont trouvé aucune explication malgré un examen clinique et des examens complémentaires²⁰.

De plus, les termes de **symptômes fonctionnels** et de symptômes médicalement inexpliqués sont quasi équivalents. La nuance entre les deux termes résiderait dans le fait que l'adjectif fonctionnel signifierait implicitement une cause psychogène tandis que médicalement inexpliquée serait plus neutre. Les symptômes fonctionnels sont « somatiques », dans la mesure où ils sont vécus par les patients comme une dysfonction corporelle.

Il définit ensuite **la plainte fonctionnelle** comme une plainte émise par le patient qui entraîne un recours aux soins. Le symptôme est alors constitué par le regard du médecin sollicité. Tandis que le symptôme fonctionnel, qui peut être ressenti par la population générale (fatigue, douleur, vertige...), conduit rarement à une consultation médicale.

Dans le cas où plusieurs symptômes fonctionnels coexistent simultanément chez un même patient, on parle de **syndrome somatique fonctionnel**. Les syndromes ou troubles somatiques fonctionnels comportent des éléments cardinaux qui vont être des symptômes

²⁰ <https://hal.science/hal-03486699/document>

considérés comme médicalement inexpliqués, qui durent depuis plusieurs mois et qui ont un retentissement important dans la vie quotidienne du patient.²¹

Les spécialistes peuvent être confrontés à ce type de syndrome, on peut citer par exemple le cas des douleurs musculosquelettiques qui peuvent s'apparenter à la fibromyalgie en rhumatologie, le syndrome de l'intestin irritable en gastro-entérologie, le syndrome d'hyperventilation en pneumologie, les douleurs pelviennes chroniques en gynécologie, ou encore les douleurs thoraciques non coronariennes en cardiologie.

Quant à **la somatisation**, il s'agit d'un terme ambigu qui revêt plusieurs définitions²²:

Une définition psychiatrique, selon laquelle la somatisation constitue l'expression « masquée » d'un trouble psychiatrique (en particulier la dépression et l'anxiété).

Une définition psychosociologique décrit la somatisation comme « la tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques, dont ne rend pas compte une pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique, et à rechercher pour eux une aide médicale ». Cette définition ne présuppose pas de pathologie psychiatrique.

La somatisation peut aussi être « l'expression d'une détresse personnelle et sociale, sous la forme d'un langage de plaintes somatiques, avec recherche de soins médicaux ».

Une dernière approche fait de la somatisation un synonyme de « symptôme médicalement inexpliqué », en réservant, toutefois, le terme de somatisation aux symptômes les plus chroniques et les plus invalidants. L'étiologie peut être multifactorielle et les troubles psychiatriques sont fréquents mais pas toujours présents.

L'adjectif **psychosomatique** est défini dans le dictionnaire médical comme : l'action de la psyché (l'esprit) sur le soma (le corps), autrement dit les troubles physiques favorisés ou même créés par des facteurs psychiques. Le terme psychosomatique n'a souvent pas le même sens pour le patient et pour les médecins. Certains patients retiennent exclusivement le terme psychogène, donc la seule implication de la psyché ; ce qui peut les faire douter de la légitimité de leur plainte. Puis du côté du médecin, le terme psychosomatique peut être employé pour masquer un manque de connaissances, une impuissance à expliquer les symptômes.

Pascal Cathébras souligne le fait que l'approche psychosomatique moderne considère qu'il n'y a pas de causalité linéaire entre problèmes psychologiques et symptômes (ou maladies) somatiques, mais que certains facteurs psychologiques et sociaux jouent un rôle important dans la prédisposition, la survenue et surtout la pérennisation des symptômes et syndromes fonctionnels, comme dans celles des maladies organiques, au sein d'une causalité circulaire.

C'est peut-être du côté de la psychanalyse que l'approche psychosomatique est la plus féconde et plus particulièrement dans les travaux de Jean Guir qui a su développer une pensée originale en s'appuyant sur le concept de signifiant largement exposé par Jacques Lacan. Pour Jean Guir, tout comme pour Pascal Cathébras, ce qu'il nomme phénomène psychosomatique n'est pas dans un rapport de causalité immédiate psyché et lésion, et réfute le terme de

²¹ Docquir C. « Les symptômes médicalement inexpliqués : précisions terminologiques, données épidémiologiques chez l'adulte et l'enfant, aperçu des contre-attitudes. » *Bulletin de psychologie*. 2013; Numéro 523(1):61-75.

²² <https://www.em-consulte.com/article/684936/somatisations>

symptôme en écrivant : « *Nous parlons ici de phénomènes psychosomatiques et non pas de symptômes, car le symptôme a un statut bien particulier et spécifique dans le champ psychanalytique* »²³. Dans son analyse, Jean Guir insiste sur deux points :

D'une part, il rappelle que ces phénomènes ne sont pas à mettre au compte de la névrose, et de ce fait différent de l'hystérie. D'autre part, et c'est plus complexe, il énonce en se référant à Jacques Lacan « *que l'induction signifiante au niveau du sujet s'est passée d'une façon qui ne met pas en jeu l'aphanisis du sujet. Pour ces phénomènes, il semble donc que certains signifiants restent bloqués et ne puissent se raccrocher à d'autres signifiants, entravant par-là l'effet d'aphanisis du sujet. Il y a une sorte de blocage, de gélification du signifiant dans le corps du sujet, un court-circuit qui sera responsable des manifestations lésionnelles* »²⁴.

Ce qui veut dire selon la définition de l'*aphanisis* un défaut d'apparition ou la disparition du désir sexuel chez l'individu sans préjuger de son origine psychologique ou physiologique. Cet effet de court-circuit dans la chaîne des événements signifiants serait à l'origine du phénomène psychosomatique, comme un coup d'arrêt dans la mise en sens de la vie pour un sujet. Pour décrire le contenu des discours de personnes qui présentent de telles pathologies, certains auteurs utilisent le concept d'alexithymie²⁵ et rejoignent de ce fait, sans l'énoncer, l'idée d'un arrêt dans la chaîne signifiante.

Dans un champ bien différent, David Le Breton, anthropologue, substitue au terme psychosomatique celui de physiosémantique. Il nous invite à dépasser la dualité cartésienne corps-esprit en considérant que l'activité symbolique ne se circonscrit pas au psychisme. Le physiologique marche de concert avec le sémantique²⁶ et non pas à côté. Cette notion de physiosémantique permet de rendre compte de cette inscription du symbolique dans le biologique en évitant le double écueil de réduire le symbolique au biologique comme de laisser le biologique l'emporter sur le symbolique : « *Le physiologique marche de concert avec le sémantique et non pas à côté. Cette notion de physiosémantique permet de rendre compte de cette inscription du symbolique dans le biologique en évitant le double écueil de réduire le symbolique au biologique comme de laisser le biologique être supplanté par le symbolique* »²⁷. D. Le Breton, dans d'autres de ses ouvrages, reprendra cette notion en disant que le corps est une pure construction sociale régie par le symbolique.

Finissons par **le trouble somatoforme**, cette catégorie existe dans la littérature psychiatrique depuis le DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1980), elle regroupe différents symptômes somatiques « psychogènes » ou présumés tels.

Selon la classification internationale des maladies (CIM-10), les troubles somatoformes sont caractérisés par des symptômes physiques associés à des demandes d'investigation médicale, persistant malgré des bilans négatifs répétés. La présence avérée d'un trouble physique authentique ne permet pas de rendre compte de la nature ni de la gravité des symptômes du patient. Le patient s'oppose à toute hypothèse psychologique pouvant expliquer ses troubles, même quand le contexte l'évoque ou qu'il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes. Il s'agit de symptômes physiques qui ne peuvent pas, ou insuffisamment, s'expliquer par une cause organique et qui persistent (au minimum plus de six mois) et devenant

²³ Guir J. Psychosomatique et cancer, p.4. https://www.valas.fr/IMG/pdf/psychosomatique_et_cancer.pdf

²⁴ Ibid.

²⁵ Marty P. *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : PUF, 2011.

²⁶ Sémantique fait ici un rappel comme signe qui prend une valeur symbolique, c'est-à-dire qui a du sens.

²⁷ Le Breton D. *Anthropologie de la douleur*. Éditions Métailié, 1995, p.65.

si pénibles qu'ils portent atteinte à la qualité de vie et entravent la capacité d'action des patients²⁸.

La cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) publiée par l'*American Psychiatric Association* (APA) en 2013, a remplacé la catégorie des « troubles somatoformes » par la catégorie « trouble de symptôme somatique et troubles connexes ».

La catégorie « trouble de symptôme somatique et troubles connexes » du DSM-5 inclut :

- le trouble de symptôme somatique
- le trouble d'anxiété liée à la maladie
- le trouble de symptôme neurologique fonctionnel (qui remplace le trouble de conversion)
- les facteurs psychologiques affectant d'autres conditions médicales
- le trouble factice
- d'autres symptômes somatiques et troubles connexes spécifiés
- d'autres symptômes somatiques et troubles connexes non spécifiés

La catégorie « **trouble à symptomatologie somatique** » du DSM-5 se caractérise par un ou plusieurs symptômes somatiques associé(s) à des pensées/ressentis ou comportements excessifs face à ces symptômes, une symptomatologie continue avec une modalité d'expression qui peut évoluer dans le temps (durée typique de six mois). Ce diagnostic nécessite de préciser s'il existe une « douleur prédominante », des « symptômes persistants » et si la sévérité est « légère, modérée ou sévère »²⁹.

3. Migration Sud-Nord

a) Contexte migration Sud-Nord

Après avoir défini la migration, nous nous pencherons sur l'aspect de la migration Sud-Nord afin de comprendre les raisons principales qui la motivent et les conséquences rencontrées lors du parcours migratoire. Nous nous focaliserons sur une migration classique dite légale. Comme partout dans le monde, les migrations internationales résultent de phénomènes répulsifs dans un pays et de phénomènes attractifs dans un autre. Nous allons donc nous intéresser à ces phénomènes répulsifs des pays du Sud (pays africains) et aux phénomènes attractifs des pays du Nord (pays européens), qui expliquent la migration Sud-Nord.

²⁸ Organisation Mondiale de la Santé. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité - Troubles de détresse physique et de l'expérience corporelle

²⁹ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association), fifth edition edn. (2013). doi :10.1176/appi.books.9780890425596

La raison principale de la migration Sud-Nord est la recherche d'une vie meilleure. En effet, la population africaine est insatisfaite de la vie politique dominée par une instabilité chronique. L'insuffisance démocratique, mise en évidence par des méthodes autoritaires, la corruption et le contrôle des élections, ne permet pas à la population africaine de se sentir en sécurité dans son pays. À cela s'ajoutent les violences politiques subies par la population, telles que les guerres civiles et les coups d'État. De plus, le produit intérieur brut (PIB) en Afrique demeure plus bas que dans d'autres continents malgré la richesse du sol africain. L'évolution économique est donc incertaine. Dans ces conditions, un nombre croissant d'Africains, notamment les jeunes actifs, ne parviennent pas à « vivre et travailler au pays » et décident ainsi de quitter l'Afrique, continent d'origine considéré comme répulsif, pour immigrer dans les pays européens, considérés comme plus attractifs³⁰. Cette attractivité résulte en fait d'une combinaison de facteurs. On retrouve par exemple l'attractivité linguistique : beaucoup de pays africains partagent la même langue que certains pays européens (français, anglais, espagnol, portugais) en raison de l'héritage de la colonisation. Ce partage de la même langue peut faciliter l'intégration dans le pays d'immigration. Un autre facteur d'attractivité est l'avantage des droits administratifs et sociaux dont peuvent bénéficier les migrants, comme la possibilité d'acquérir une double nationalité en France. De plus, il existe une forte demande de main-d'œuvre immigrée dans certaines entreprises européennes, en raison de la faible appétence des nationaux pour certains métiers dans le bâtiment, la restauration, etc. Dans beaucoup de pays européens, le PIB est plus élevé que dans les pays africains. Les Africains considèrent les pays européens comme riches, aspirent à améliorer leur situation de vie et désirent vivre le « rêve européen »³¹.

b) Migration féminine

La migration féminine est une réalité peu connue en France, car dans l'imaginaire collectif, l'homme est perçu comme l'acteur principal de la migration, tandis que la femme y est passive. On garde l'image de l'homme seul qui migre principalement pour des raisons économiques et politiques³². Pourtant, la migration féminine a toujours existé, comme en témoigne l'exemple des femmes espagnoles qui ont migré dans les années 1950 lors du plan de stabilisation.³³

En s'intéressant à la migration féminine dans le monde, on remarque une augmentation de ce phénomène. D'après les données épidémiologiques de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), en France, en 2020, les femmes représentaient 52 % de l'immigration. La part des femmes dans la population immigrée est passée de 44 % au milieu des années 1970 à 50 % en 1999 pour atteindre 52 % en 2020. Leur proportion était plus forte parmi les immigrés originaires de Russie (66 %), de Chine (61 %), du Brésil (57 %) ou encore d'Algérie (56 %).³⁴

³⁰ Dumont GF. « Les migrations internationales et l'Afrique : des logiques Sud-Nord ou Sud-Sud ? » *Les Analyses de Population & Avenir*. 2020;19(1):1-14. Mars 2019 : <https://www.population-et-avenir.com/les-analyses-de-population-avenir/>

³¹ https://www.persee.fr/doc/recod_1245-4060_2000_num_8_3_1043

³² Reysoo, Fenneke. « Féminisation de la migration » p. 17-27, Éditeur : Graduate Institute Publications sur OpenEdition Books : 20 juillet 2016.

³³ <https://www.cairn.info/revue-histoire-politique-2016-2-page-105.htm>

³⁴ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047719?sommaire=6047805>

Dans le cadre des migrations de travail, 58,4 % des travailleurs migrants internationaux sont des hommes, contre 41,6 % de femmes. Cette hausse et le profil de l'immigration féminine s'expliquent par deux facteurs principaux :

- L'aspiration des femmes à gagner plus d'indépendance à travers la migration, ce qui favorise l'égalité des sexes dans des sociétés où la femme lutte pour son indépendance. Comme le souligne la sociologue et anthropologue Fenneke Reysoo dans son article « Féminisation de la migration », ces femmes tendent à quitter des régimes patriarcaux trop oppressifs pour rejoindre des sociétés plus égalitaires en termes de genre.
- Les femmes migrantes sont souvent plus diplômées que les hommes : 46 % des femmes immigrées arrivées en France en 2019 sont diplômées du supérieur, contre 39 % des hommes³⁵. Par conséquent, elles peuvent répondre à des besoins dans des secteurs où la pénurie de main-d'œuvre est forte, comme les services aux particuliers, l'éducation, la santé et l'action sociale. Ceci favorise leur autonomie financière, leur permet de gérer leur ménage et de jouer un rôle essentiel sur le marché du travail.³⁵

Si l'on s'intéresse à la spécificité de la migration féminine, c'est également pour mettre en lumière les difficultés qu'elles peuvent rencontrer. Elles font face à des obstacles liés à l'accès au marché du travail, à la déqualification professionnelle, à l'exploitation financière, à la précarisation et au non-paiement des salaires. Elles doivent souvent assurer la charge de la garde et de l'éducation des enfants et supportent de mauvaises conditions de travail et de vie, ainsi que diverses formes de maltraitance. Ainsi, ces femmes migrantes sont considérées comme plus vulnérables que les hommes. Cette vulnérabilité existe avant, pendant et après la migration. Elles peuvent subir, dans leurs pays d'accueil, une double discrimination en tant que migrantes et en tant que femmes. Nous détaillerons dans cette partie les différentes discriminations qu'elles subissent.³⁶

D'une part, lors du parcours migratoire, ces femmes sont plus à risque d'agressions physiques et sexuelles. Selon l'organisation des nations unies (ONU Femmes), au moins une réfugiée ou femme déplacée sur cinq aurait été victime de violences sexuelles. De plus, une partie d'entre elles a déjà été victime de violences dans leur pays d'origine, en particulier dans les pays en conflit où le viol est utilisé comme arme de guerre. Il existe des persécutions liées au genre, visant spécifiquement les femmes, telles que les mutilations sexuelles, les stérilisations forcées et l'exploitation sexuelle. Certaines sont également persécutées ou menacées lorsqu'elles transgressent ou refusent les législations et normes discriminatoires, ou en raison de leur orientation sexuelle ou de leur mode de vie³⁷. D'autre part, elles rencontrent des obstacles dans le monde du travail, ce qui complique leur intégration dans la société. En dépit de leur surqualification, certaines femmes migrantes doivent travailler dans des secteurs en deçà de leurs compétences, ce qui entraîne un déclassement professionnel³⁸. Paradoxalement, ces femmes, qui cherchent à échapper à un système patriarcal et discriminatoire dans leur pays d'origine en quête d'indépendance, se heurtent à une double discrimination en tant que femmes et immigrées. Selon le Fonds des Nations unies pour la population, le racisme et la xénophobie sont des phénomènes courants dans les pays d'accueil des migrantes, notamment en Occident, et sont souvent couplés à des discriminations liées au

³⁵<https://www.histoire-immigration.fr/les-migrations/les-migrations-de-femmes-sont-elles-differentes-de-celles-des-hommes>

³⁶ <https://www.migrationdataportal.org/fr/themes/sexospecificites-et-migration>

³⁷ <https://www.lacimade.org/nos-actions/femmes-et-violences>

³⁸ <https://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/proasile/proasile-final-article-5.pdf>

genre³⁹. De ce fait, elles occupent souvent des emplois de services directs aux particuliers, tels qu'aide à domicile, aide-ménagère, assistante maternelle ou employée de l'hôtellerie et de la restauration, des métiers dits « féminins »⁴⁰. Par exemple, en Europe du Nord, les femmes migrantes représentent 65,8 % des travailleuses domestiques, contre 28,4 % pour les hommes, souvent dans des conditions précaires.⁴¹ La ségrégation de genre est également marquée par des différences de salaire ; par exemple, en Suisse, l'écart salarial entre les femmes et les hommes atteint 30 %. Cette division du travail rappelle les discriminations qu'elles ont pu vivre dans leur pays d'origine.

Enfin, on constate que de plus en plus de femmes migrent seules. Ce sont des femmes célibataires ou ayant des enfants à charge³³. Elles peuvent recourir au regroupement familial, mais cette procédure est souvent difficile en raison de ressources insuffisantes. Elles continuent tout de même à subvenir aux besoins essentiels de la famille restée sur place en transférant de l'argent. Elles comptent sur leur intégration dans le monde du travail pour devenir des actrices économiques. Les femmes migrantes ont tendance à transférer plus d'argent que les hommes migrants pour subvenir aux besoins familiaux, tandis que les hommes migrants privilégient davantage l'investissement économique dans leur pays d'origine.

4. Santé des femmes migrantes (santé physique, santé mentale)

Dans cette partie nous allons aborder la santé des femmes migrantes au regard de la littérature scientifique. On y retrouve des données principalement sur la santé sexuelle, reproductive, infectieuse et mentale des femmes migrantes. Nous citerons l'étude du Haut Conseil de la santé publique qui a publié un rapport sur la santé des migrants en 2020.⁴²

a) Santé sexuelle

Les femmes migrantes peuvent subir, comme nous l'avons évoqué précédemment, des mutilations sexuelles, des violences sexuelles dans leur pays d'origine, celles-ci peuvent affecter leur santé sexuelle. Concernant les mutilations sexuelles féminines (MSF), elles sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé comme toutes les pratiques consistant en l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou en toute autre lésion des organes génitaux de la femme pour des raisons non médicales⁴³.

On estime que dans le monde, 200 millions de filles et de femmes ont été mutilées dans au moins une quarantaine de pays qui pratiquent ces mutilations pour des raisons sociales et culturelles.⁴⁴ Les MSF sont pratiquées essentiellement en Afrique (dans 28 pays), mais également dans certaines parties de l'Asie (Indonésie, Malaisie...) et du Moyen-Orient (Égypte, Irak, Yémen...) ^{44,47}. Plus de 90 % des femmes et des filles âgées de 15 à 49 ans en Guinée et en Somalie ont subi une forme ou une autre de mutilation génitale féminine. Par ailleurs, en

³⁹ <https://www.unfpa.org/fr/news/migrationfeministe>

⁴⁰ Sur ce point on lira avec intérêt le livre de Pascale Molinier. *Le travail du care*. Ed. La Dispute, coll. Le genre du monde, 2013.

⁴¹ <https://www.unwomen.org/fr/news/in-focus/women-refugees-and-migrants>

⁴² <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1172>

⁴³ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

⁴⁴ <https://www.unicef.org/fr/protection/mutilations-genitales-feminines>

Europe, 600 000 filles et femmes sont mutilées ou exposées au risque de mutilations sexuelles féminines (MSF)⁴⁵. En France, dans les années 2010, on estimait à près de 125 000 le nombre de femmes excisées vivant sur le territoire⁴⁵.

Les MSF entraînent des conséquences graves sur la santé physique, psychologique et la vie sexuelle des femmes. La Haute Autorité de Santé (HAS) propose un guide de synthèse aux professionnels de santé en premier recours pour la prise en soin des femmes victimes de MSF⁴⁶. On s'intéressera précisément aux conséquences retardées des MSF ; des conséquences qui doivent être dépistées chez des femmes migrantes ayant subies des MSF. En premier lieu, nous pouvons citer les conséquences psychologiques avec un risque accru de développer des maladies psychiatriques. Il s'agit de troubles du stress post-traumatique, états dissociatifs post-traumatiques, dépression, comportements suicidaires, troubles du comportement, anxiété, etc. (Tab. 1).

Conséquences psychologiques des mutilations sexuelles féminines
<ul style="list-style-type: none">• Troubles du stress post-traumatique (par exemple : reviviscences diurnes et nocturnes (cauchemars) etc. Se référer au DSM 5 et à la CIMS 11)• États dissociatifs post-traumatiques (par exemple : détachement, absence d'affect lors de l'évocation de la mutilation)• Dépression, comportement suicidaire• Troubles du comportement• Anxiété, phobies électives, angoisse des rapports sexuels et de l'accouchement• Repli sur soi, perte de l'estime de soi, sentiment d'être différente, anormale, de honte, sentiment d'injustice, de colère

Tableau 1 : Conséquences psychologiques des mutilations sexuelles féminines d'après HAS 2020

Ensuite, des conséquences uro-génitales-sexuelles (Tab. 2) peuvent se manifester. On peut énumérer sur le plan gynécologique des douleurs chroniques vulvaires et pelviennes, dyspareunie, dysménorrhée, vaginisme, trouble du désir, anorgasmie, hémato-colpos, infections génitales hautes récurrentes, infertilité, etc. Et sur le plan urinaire les dysuries, infections urinaires récidivantes, fistules vésico-vaginales, etc. Puis des conséquences obstétricales ; en effet, on constate une augmentation des pathologies de la grossesse, menace d'accouchement prématuré, mort fœtale in utero, avortement spontané...

⁴⁵ <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/publication-des-resultats-de-l'experimentation-dun-protocole-de-recueil-de-donnees-relatives-aux>

⁴⁶ https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307__recommandations_mutilations_sexuelles_femmes.pdf

Conséquences sexuelles des mutilations sexuelles féminines

- Troubles du désir (hypoactif), voire anaphrodisie (absence totale de désir)
- Anorgasmie, fréquence diminuée des orgasmes
- Difficultés dans la vie de couple
- Dyspareunies, parfois douleurs permanentes (liées à des névromes par exemple)
- Pénétrations vaginales impossibles (brides cicatricielles, souvent séquelles d'accouchements traumatiques), vaginisme

Tableau 2 : Complications sexuelles des mutilations sexuelles féminines d'après HAS. 2020

Ainsi, la prise en soin de femmes ayant subi des MSF devra être globale, si la patiente l'accepte. Il est recommandé de prendre le temps de dialoguer avec la patiente pour recueillir ses souhaits et ses besoins afin de lui proposer, si elle le souhaite, une prise en soin pluridisciplinaire, gynécologique, urologique, obstétrique, psychologique, sexuelle, chirurgicale et sociale. Il faut pouvoir être dans le dialogue, le non-jugement, l'accompagnement progressif à chaque étape de sa prise en soins.⁴⁷ Il est également recommandé de rechercher d'autres types de violences qu'elles peuvent subir (violences sexuelles, mariage forcée, etc.)⁴⁷.

b) Santé obstétricale

Concernant la santé reproductive, les données des enquêtes nationales périnatales (ENP), portant sur un échantillon représentatif de la population donnent des renseignements précis sur la santé des femmes immigrées et de leurs nouveau-nés. La dernière ENP de 2016 montre que les femmes nées dans l'un des pays de l'Afrique subsaharienne sont particulièrement à risque d'accouchement par césarienne (28,5 % vs 18,5 % chez les femmes nées en France), d'accouchement prématuré (9,5 % vs 6 % des natives) et d'initiation tardive du suivi de grossesse (8,5 % vs 1,95 % des natives).⁴⁷ En revanche, les femmes nées en Afrique du Nord et ailleurs en Europe ont des risques similaires à ceux des femmes nées en France. Mais encore, il existe un risque accru de mortalité ou de morbidité maternelle dans cette population migrante. Les données de la littérature scientifique fondée sur des études qualitatives montrent précisément une augmentation de la mortalité chez des femmes africaines subsahariennes.⁴⁸ Cela s'explique principalement par les barrières à l'accès primaire aux soins, des soins sous-optimaux (écart qui est considéré comme une bonne pratique ou un standard de suivi jugé par rapport aux recommandations des sociétés savantes ou par rapport aux bonnes pratiques usuelles), un suivi prénatal inadéquat, l'incapacité des systèmes de santé à fournir ou à adapter des soins prénatals lors de l'accouchement identiques aux femmes non-migrantes.⁴⁹

c) Maladies infectieuses

Dans cette partie, nous allons nous intéresser aux maladies infectieuses transmissibles et plus précisément à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Nous ferons référence à l'enquête réalisée par l'Agence Nationale de la Recherche sur le Sida et les hépatites Virales (ANRS Parcours). Cette enquête est la première étude quantitative d'ampleur

⁴⁷ <https://enp.inserm.fr/intranet/>

⁴⁸ Pedersen GS, Grøntved A, Mortensen LH, Andersen AM, Rich-Edwards J. "Maternal mortality among migrants in Western Europe: A meta-analysis." *Matern Child Health J.* 2014;18(7):1628-38.

⁴⁹ https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_3.html

menée par des chercheurs et des associations au sein de la population migrante africaine subsaharienne vivant en France. Elle a pour but de déterminer leurs besoins de santé et d'améliorer les stratégies de prévention, de dépistage et de prise en charge de l'infection par le VIH et l'hépatite B. Elle a été menée en Île-de-France en 2012/2013 où résident 60 % des immigrés africains, représentative d'une population consultant en médecine générale ou dans des services de maladies infectieuses. Prenons l'exemple de l'infection par le VIH ; sur les 898 personnes suivies dans le cadre de l'étude ANRS PARCOURS, 133 avaient été diagnostiquées infectées par le VIH avant l'arrivée en France, 228 ont pu être classées comme infectées après l'arrivée en France. Ces résultats interrogent sur la prévention de l'infection VIH dans cette population. En effet, il est important de dépister et de traiter précocement le VIH, mais il faut pouvoir également prévenir cette infection. Cette enquête montre que, pour les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne, l'absence de logement est un déterminant majeur de l'exposition au risque VIH. En effet, durant les premières années qui suivent leur arrivée en France, elles font face à de grandes difficultés pour obtenir une situation régulière ou un logement. Elles n'ont pas de logement stable, doivent être hébergées, si bien que ces femmes migrantes sont plus exposées à des rapports sexuels à risque, des relations sexuelles dites transactionnelles (en échange d'un logement, nourriture, etc.), et des violences sexuelles. On comprend donc que le risque d'exposition aux infections sexuellement transmissibles est plus important. De plus, il apparaît dans cette enquête que le risque pour les femmes migrantes africaines de contracter l'infection VIH est fortement augmenté par les violences sexuelles subies. En effet, 15,1 % des femmes qui ont été infectées par le VIH après leur arrivée en France ont subi des violences sexuelles en France contre 3,5 % chez les femmes non infectées. Ceci appuie donc l'intérêt du dépistage de tout type de violence chez les femmes migrantes ⁵⁰.

d) Santé mentale

Pour étayer cette partie et mieux comprendre les risques des pathologies psychologiques et psychiatriques auxquels peuvent être confrontées les femmes migrantes, nous allons nous aider de deux enquêtes : l'enquête quantitative enfants et les familles sans logement (ENFAMS) menée par l'Observatoire du Samu social de Paris (2013) sur les enfants et familles sans domicile fixe de la région parisienne et l'étude « violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés » menée par l'équipe du comité pour la santé des exilés (COMEDE) en 2017.

Dans l'enquête ENFAMS, 79 % des familles, soit 801 personnes, ont accepté d'y participer. Près de la moitié étaient des mères célibataires avec enfants, 93 % des parents étaient immigrés et en situation de grande précarité. Cette enquête révèle que les conditions de précarité contribuent à des niveaux élevés de dépression (environ 29 %) et de trouble de stress post-traumatique (environ 17 %) par rapport à la population générale. Les femmes immigrées d'Afrique du Nord et de Turquie étaient particulièrement susceptibles de souffrir de dépression.⁵¹

L'étude « violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés » a été menée en étudiant les caractéristiques de 16 000 patients reçus en bilan de santé librement consenti par les équipes du Comité pour la santé des exilés (COMEDE). Parmi ces patients, 40 % présentaient une pathologie chronique et 35 % des troubles psychiques

⁵⁰ <https://www.ceped.org/parcours/>

⁵¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enfams-enfants-et-familles-sans-logement-personnel-en-ile-de-france-premiers-resultats-de-l-enquete-quantitative>

graves, notamment des psycho-traumatismes. De plus, cette étude avait pour objectifs de mesurer et caractériser trois phénomènes associés : les violences subies par les exilés, la vulnérabilité sociale des personnes et les troubles psychiques graves ainsi que d'évaluer les liens entre ces trois phénomènes. Il est mentionné que pour l'ensemble des personnes reçues en consultation par le COMEDE, 62 % ont des antécédents de violence, 14 % de torture et 13 % de violence liée au genre. En effet, 74 % des femmes reçues déclarent des antécédents de violence liée au genre, 52 % des antécédents de torture. Cette enquête conclut à une corrélation importante entre détresse sociale et antécédents de violence, de même que la détresse sociale était fortement corrélée à la dépression. Elle souligne également l'insuffisance des politiques de santé publique dans la prise en soins des pathologies psychiatriques dans cette population et précise que la qualité de l'accompagnement social et la reconnaissance politique des violences vécues (notamment via l'octroi d'une protection internationale) sont des facteurs déterminants dans l'évolution des troubles psychiques des personnes migrantes.⁵²

Cette longue introduction était nécessaire à la compréhension des récits que nous allons relater concernant les femmes migrantes que nous avons rencontrées. Selon Rita Charon, que nous avons évoquée plus haut, toute plainte exprimée auprès d'un médecin s'inscrit sur une toile de fond qui détermine la narration même de la personne.⁵³ Le plus souvent, ce récit présente cinq caractéristiques spécifiques qui orientent le médecin dans son écoute : la temporalité, la singularité, la causalité, l'intersubjectivité et l'éthique ; éléments dont nous tiendrons compte dans notre analyse.

⁵² https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2020-10/colloquesant%C3%A9migrants_0.pdf

⁵³ *Op. cit.*

Matériel-Méthode

a) Choix d'une approche qualitative fondée sur des recueils de récit de vie

Il s'agit de se saisir de la dimension anthropologique au travers du récit du vécu somatique et psychique des expériences de symptômes médicalement inexpliqués qui mènent des patientes à consulter un médecin. La narration s'inscrit dans une trajectoire migratoire mais seulement car il nous permet de comprendre au travers des souvenirs et des symptômes comment la maladie obéit à une herméneutique, c'est-à-dire à une mise en sens. Ce processus permet d'intégrer la symptomatologie dans une cohérence de soi. La maladie est bien plus qu'un dérèglement organique, elle participe d'un basculement identitaire et d'un réaménagement de soi. Pour s'en convaincre, il est possible de lire le travail de la philosophe C. Marin⁵⁴ sur ce point.

Pour mieux comprendre le sens donné aux troubles somatiques fonctionnels par la population migrante, nous avons voulu réaliser des entretiens libres narratifs inspirés du « récit de vie »⁵⁵. Le récit de vie est une forme particulière d'entretien. C'est un « entretien narratif » au cours duquel un « chercheur » demande à une personne appelée « narrateur » de raconter une sélection d'événements vécus au cours de sa vie⁵⁶. Dans notre étude, la personne interrogée va raconter librement son expérience face aux SMI. Cela nous permettra de dégager des éléments utiles à notre problématique.

b) Bibliographie préparatrice à mes recueils de récits orientée vers la méthodologie

Nous nous sommes aidés de l'ouvrage « Le récit de vie » de D. Berteaux⁵⁷, sociologue français, théoricien des récits de vie. Dans cet ouvrage, l'auteur nous définit les récits de vie, nous propose une méthodologie de ces entretiens spécifiques et une analyse. Un ouvrage intéressant par son approche sociologique, nous rappelant l'enjeu de la relation humaine dans le rapport médical.

Puis, nous avons lu plusieurs articles sur la médecine narrative qui nous a permis d'identifier cette nouvelle perspective d'une prise en soin d'un patient ayant une pathologie chronique.

La médecine narrative est définie par R. Charon, (professeur de médecine clinique et directeur du programme de médecine narrative à l'université Columbia de New York) comme « une médecine exercée avec une compétence narrative permettant de reconnaître, d'absorber, d'interpréter les histoires de maladie et d'être ému par elles »⁵⁸. On ne considère pas le patient

⁵⁴ Marin C. *La maladie : catastrophe intime*. Coll. Questions de soin. PUF, 2021. *L'homme sans fièvre*. A. Colin, 2013, *Violence de la maladie, violence de la vie*. A. Colin, 2015. *Hors de moi*, Allia, 2008

⁵⁵ Berteaux D. *Le récit de vie*. Armand Colin, coll. 128 tout savoir, 4^{ème} éd., 2016

⁵⁶ Delassus É. *Identité et médecine narrative. Permettre au malade de vivre en bonne intelligence avec lui-même*. Médecine des Maladies Métaboliques. Juin 2022;16(4):298-303.

⁵⁷ Berteaux D. Op. Cit. p11

⁵⁸ Charon R. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press, 2008

comme un être atteint d'une pathologie mais on prend en considération son histoire, son vécu, son existence. Cette médecine repose sur le fait que la narration joue pour l'être humain un rôle fondamental dans la compréhension de son existence et du sens qu'il doit lui donner.

c) Déconstruction des a priori

Avant de débiter ce travail et comme toute recherche qualitative, la chercheuse a dû déconstruire des préjugés.

La chercheuse s'est rendu compte qu'il y avait une définition erronée du patient migrant. Il a fallu revoir les différentes terminologies apparentées, telles que « l'étranger », « le demandeur d'asile », « le réfugié ». Si bien qu'elle imaginait que la personne migrante était une personne qui a forcément été confrontée à des difficultés transitionnelles pour arriver en France. Ainsi, la chercheuse attribuait très facilement les symptômes que pouvaient présenter une personne migrante à son parcours migratoire et aux difficultés rencontrées ; en pensant qu'elle aurait pu vivre des traumatismes physiques, psychiques et/ou sexuelles, conduisant à une somatisation.

La chercheuse a pu également prendre conscience qu'un migrant n'était pas forcément en situation irrégulière, bien au contraire, de nombreux migrants ont acquis la nationalité française et vivent depuis longtemps en France.

De plus, concernant les troubles somatiques fonctionnels (TSF), elle considérait que les médecins n'étaient pas assez à l'écoute et empathiques envers les patients. Beaucoup de médecins ne sont pas à l'aise dans la prise en soin des patients présentant des TSF et vont donc rapidement adresser ces patients à des confrères spécialistes, sans prendre le temps de comprendre ces TSF.

d) Mise en place du journal de bord

La chercheuse a tenu un journal de bord (annexe N°1) tout au long du travail sous forme de fichier Word, cela lui a permis de garder une trace de ses réflexions, décisions et les étapes de cette recherche. Elle a pu noter les moments de doutes, les erreurs, les lectures d'articles, les différents entretiens qu'elle a eus. Ainsi, ce journal a été une sorte de guide de sa recherche.

e) Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé en se référant à la grille COREQ⁵⁹. Le guide d'entretien comprenait des questions qui étaient en réalité des relances (Annexe N°1). Le but de ces entretiens est de laisser le patient narrer son histoire de vie où se mêle son histoire médicale. Il s'agit proprement d'un entrelacs qui se tisse sans souci de chronologie. Les relances parcimonieuses sont là pour aborder certains points qui nous paraissent importants pour répondre à la problématique.

Les entretiens ont été enregistrés via un dictaphone numérique. L'utilisation de ce dictaphone a été signalée aux interviewées et il n'a été enclenché qu'après leur accord.

⁵⁹ Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4.

Avant le début de l'entretien, l'enquêteur rappelait aux personnes interviewées son identité, sa formation, ainsi que le sujet et le but de cette recherche. Il fallait éviter au maximum le terme « fonctionnel » et « somatisation », aux risques d'un potentiel biais lors de l'entretien. Puis, les entretiens ont été retranscrits mot par mot sur un fichier Word.

f) Population d'étude

Il s'agit d'une population féminine migrante majeure présentant un trouble somatique fonctionnel. Nous avons pour désir de nous orienter vers une population féminine car la sphère pelvienne est plus fréquemment en jeu chez les femmes et retenait plus particulièrement mon attention initiale.

Une personne migrante est définie par l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), comme « toute personne 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 »⁶⁰. Ces femmes devaient présenter au moins un trouble somatique fonctionnel défini comme un symptôme chronique non attribuée à une cause lésionnelle altérant la qualité de vie.⁶¹

g) Recrutement

Nous avons décidé de recruter des patientes en Île-de-France. Nous avons contacté par courriel et/ou par téléphone des médecins travaillant dans différentes structures (Permanence d'accès aux soins de santé, Centre médico-social, Services de maladies infectieuses et tropicales, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur...) susceptibles d'avoir dans leur patientèle la population étudiée. Ce recrutement se fera par la méthode « boule de neige » sur les conseils de médecins contactés par téléphone ou par courriel. Nous avons ensuite envoyé aux médecins un courriel expliquant précisément les modalités de recrutement.

Les médecins devaient alors recruter parmi leur patientèle des femmes migrantes présentant des symptômes médicalement inexplicables. Nous avons préféré utiliser le terme « symptômes médicalement inexplicables » plutôt que « troubles somatiques fonctionnels » dans les critères d'inclusion, car nous pensons que les médecins sont plus familiers avec cette terminologie. Nous avons défini les termes « migrant » et « symptômes médicalement inexplicables ». Le médecin se chargera d'aborder le sujet de la recherche avec les patientes sélectionnées, qui donneront ou non leur accord pour participer.

Malheureusement, peu de médecins ont répondu à notre sollicitation. Lors des échanges avec certains d'entre eux, il est apparu que beaucoup exprimaient ne pas avoir de patientes correspondant à nos critères d'inclusion ou ils ne maîtrisaient pas le concept de « symptômes médicalement inexplicables », rencontrant ainsi des difficultés à poser ce diagnostic. D'autres ont évoqué la difficulté à identifier des patientes migrantes dans leur patientèle ou à aborder le sujet de la recherche de peur de les stigmatiser.

⁶⁰ vie-publique.fr [Internet]. [cité 6 déc 2022]. Les catégories de migrants. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/271045-les-categories-de-migrants-refugies-etudiants-sans-papiers>

⁶¹ <https://hal.science/hal-03486699/document>

Ainsi, de nombreuses patientes ont été sélectionnées dans un même cabinet médical par un médecin qui se sentait à l'aise avec cette entité clinique.

Par la suite, après accord des patientes, la chercheuse prendra contact avec elles pour leur expliquer en détail le travail de recherche, en évitant d'utiliser le terme « symptômes médicalement inexpliqués » afin de prévenir tout biais méthodologique. La chercheuse privilégiera l'expression « maladie dont le médecin n'a pas trouvé de cause » et précisera que l'entretien sera libre, avec très peu de questions et de relances, pour permettre à l'interviewée une certaine liberté dans la narration. Nous avons laissé aux participantes un temps de réflexion avant l'entretien. Parmi les femmes sélectionnées, une seule n'a finalement pas pu participer à l'étude en raison d'un manque de temps pour réaliser l'entretien. Celui-ci a eu lieu dans un endroit neutre, le plus souvent dans le centre de santé où elles étaient suivies.

Résultats

Nous avons décidé de résumer les différents récits afin de mieux comprendre les différents thèmes analysés. Évidemment, les récits sont beaucoup plus enrichissants et complets et offrent une analyse plus fine.

A/ Histoires des femmes interrogées

Histoire de Mariama : « Des blessures toujours présentes »

Mariama est une jeune femme dynamique qui consulte depuis peu son médecin généraliste pour des douleurs pelviennes et lombaires très intenses. Lorsqu'elle est en période de crise, elle ne peut pas se rendre au travail. Des examens d'imagerie lui ont été prescrits pour comprendre sa symptomatologie. On a suspecté une endométriose, mais les résultats ne confirment pas ce diagnostic. Sa gynécologue ne parvient pas à identifier la cause de ses douleurs, bien qu'elle constate une mycose récidivante qu'elle traite avec des médicaments appropriés. Mariama explique à la gynécologue qu'elle doit se laver plusieurs fois les parties intimes sans lui donner la raison, ce qui explique très probablement cette mycose récidivante. En ce qui concerne ses douleurs pelviennes, elle ne ressent pas de soulagement avec les antalgiques ni avec les anti-inflammatoires. Elle hésite encore à prendre une contraception hormonale. Pour l'instant, elle se contente de boire chaque jour une infusion de racines de vétiver, réputées pour leurs bienfaits sur la sphère pelvienne. Elle masse son dos avec du beurre de karité et fait des séances de cupping thérapie. Ces différentes alternatives lui apportent un certain soulagement, et elle regrette de ne pas pouvoir être plus assidue aux séances de kinésithérapie qui lui font du bien.

Ses douleurs ont commencé au Mali, son pays de naissance, où elle a vécu jusqu'à ses 20 ans avec ses grands-parents. Ses parents se sont installés en France quelques mois après sa naissance et y ont construit leur vie. Ses frères et sœurs vivaient en France ; elle ne les connaissait que par téléphone et par leurs rares visites en Afrique. Son grand-père entreprend des démarches pour que Mariama rejoigne sa famille en France. Cette séparation avec ses grands-parents est un véritable crève-cœur pour elle. Elle obtient le visa et part pour la France, mais cette nouvelle vie ne l'enchanté pas. Elle doit apprendre à connaître une mère qui ne l'a pas élevée et faire semblant de l'aimer. Elle se sent seule au milieu de cette famille soudée, composée de demi-frères et sœurs. Mariama a du mal à trouver sa place, car en effet, tout le monde semble complice, et elle peine à appeler sa mère « maman », comme le font ses frères et sœurs. Elle aurait aimé avoir cette facilité, car elle ressent une jalousie face à la complicité que ses frères ont avec leur mère. Elle éprouve beaucoup de colère envers cette mère qui ne s'est jamais vraiment souciée d'elle. Bien que sa mère souhaite créer du lien, Mariama n'oublie pas le lien maternel qu'elle a avec sa grand-mère, qu'elle considère comme sa vraie mère.

Approchant la trentaine, Mariama est célibataire. Ses parents lui rappellent sans cesse qu'une jeune femme africaine ne doit pas rester célibataire aussi longtemps. Ils lui mettent la pression, lui présentent des prétendants potentiels et la comparent sans cesse à sa grande sœur, qui a suivi les traditions familiales. Mariama refuse de céder à cette pression ; elle ne se sent pas redevable envers

des parents qu'elle perçoit simplement comme biologiques. D'ailleurs, elle a rencontré un jeune homme d'une ethnie différente et souhaite l'épouser, mais elle sait que ses parents ne l'accepteront pas. Pour échapper à ces tensions, elle se concentre sur ses études. Elle a repris ses études dans l'espoir de devenir infirmière. Cependant, ses douleurs chroniques la font douter de ses capacités physiques à exercer ce métier. En attendant, elle travaille comme agent administratif dans une petite entreprise.

Régulièrement, Mariama doit manquer le travail à cause de ses douleurs. Lors d'une énième consultation chez son médecin traitant, elle se présente épuisée, le visage fermé, et évite de croiser le regard de son médecin. Ce dernier perçoit son mal-être et lui demande comment elle va, avant de l'interroger sur sa vie, sa vie d'avant, avant la maladie. Cette fois, Mariama laisse tomber ses défenses, ouvre son cœur et commence à se livrer. Elle raconte sa vie marquée dès le début par une excision, un traumatisme qu'elle garde secret depuis des années. Bien qu'elle n'ait aucun souvenir de l'acte lui-même, assister à l'excision d'une petite cousine lui a brutalement rappelé l'horreur qu'elle a vécue. À cela s'ajoute un autre traumatisme : au début de son adolescence, elle subit des attouchements de la part de son oncle maternel. Elle en parle rapidement à sa grand-mère, qui, contre toute attente, ne s'indigne pas et lui demande de garder le secret. Mariama a tenté d'oublier cet événement douloureux pendant des années, se persuadant que c'était chose faite. Mais son arrivée en France a ravivé toutes ses blessures.

Histoire de Karima : « La maladie, une fatalité »

Karima naît dans une famille modeste à Madagascar dans les années 1960. Troisième d'une fratrie de cinq enfants, elle se distingue par sa ténacité. Débrouillarde et autodidacte, Karima se passionne pour la couture et confectionne des tenues traditionnelles qu'elle vend au marché. Adolescente, elle perd brutalement son père, emporté par une infection. Ce décès la rend vulnérable, car son père, un vrai pilier pour elle, représentait le chef de famille. Quelques années plus tard, Karima épouse un homme beaucoup plus âgé dans un mariage arrangé, mais pas forcé. Cet homme, respecté dans le village, semble pouvoir la protéger comme l'a fait son père. Malheureusement, avant même qu'ils n'emménagent ensemble, son mari décède à son tour. Karima se demande si une malédiction ne s'abat pas sur elle.

C'est à cette période qu'elle commence à tomber fréquemment malade, souffrant de douleurs dentaires, de maux de tête et d'une toux persistante. Convaincue d'avoir contracté plusieurs virus, elle évite de consulter des médecins. Son grand frère, qui ne reconnaît plus la sœur pleine d'énergie qu'elle était, décide qu'un départ pour la France pourrait lui redonner goût à la vie. Il entreprend les démarches pour qu'elle émigre, et quelques mois plus tard, Karima arrive en France. Elle est hébergée par des membres de sa famille, mais son fort caractère ne supporte pas qu'on profite d'elle. Elle est venue pour se construire une vie, pas pour être une servante. Après des conflits familiaux, elle est accueillie par une amie et rencontre peu après le père de ses quatre enfants.

Ils s'installent dans un garage vétuste, humide et insalubre. Pendant sa première grossesse, une toux chronique s'installe, inquiétant les gynécologues. Ce sera le début d'un long parcours médical. Depuis trente ans, Karima est suivie pour cette toux sans diagnostic précis. Elle a passé de nombreux examens, allant des scanners thoraciques aux fibroscopies bronchiques, et a consulté divers spécialistes : pneumologues, ORL, et allergologues. On a évoqué tour à tour de l'asthme, un reflux gastrique, ou des allergies respiratoires et alimentaires. Mais aucun des traitements prescrits n'a apporté de soulagement durable. Karima se console en se disant qu'elle a une bonne hygiène de vie, qu'elle ne fume pas et qu'elle vit désormais dans un logement salubre. Pourtant, elle s'interroge toujours sur la cause de cette toux persistante.

Cette toux attire souvent des regards méfiants ; les gens s'écartent d'elle comme si elle était contagieuse. Karima les rassure, expliquant que sa toux n'est pas infectieuse, bien que son origine demeure un mystère. Sa communauté lui conseille divers remèdes naturels, des "remèdes de grand-mère", mais rien n'apporte d'amélioration durable. Déçue par l'inefficacité de ces traitements, Karima commence à se résigner. Si elle doit vivre avec cette toux toute sa vie, alors ce sera son destin. Malgré tout, elle reste optimiste : un jour, un médecin trouvera enfin la cause.

Histoire d'Halima : « Renouer avec son passé »

Halima naît et grandit dans l'archipel des Comores, un ensemble d'îles situées dans l'Océan Indien. Elle est l'aînée d'une grande famille et est élevée par sa grand-mère maternelle. Très jeune, elle perd son père et ne trouve pas de réconfort auprès de sa mère, dont le comportement incohérent la perturbe. Sa mère agit de manière incompréhensible : elle frappe les gens sur son chemin, insulte les passants, vole les affaires des autres et s'introduit dans les maisons. Tout le village la considère comme folle, et Halima en a honte. Marginalisée, elle est rejetée par les autres enfants qui refusent de jouer avec elle.

À l'âge de 15 ans, ses grands-parents la marient à un homme polygame qu'elle ne connaît pas et lui ordonnent d'aller vivre avec lui. Ses rêves s'effondrent : elle souhaitait grandir comme une enfant normale, aller à l'école, s'amuser, et profiter de son insouciance. Au lieu de cela, elle doit gérer un foyer et élever seule ses trois enfants, alors qu'elle se considère encore comme une enfant. Les années passent, et Halima, malheureuse dans un quotidien de soumission, finit par se révolter et demande le divorce.

Plus tard, elle rencontre son second mari, un homme de passage aux Comores qui vit en France depuis plusieurs années. Il lui promet une vie meilleure pour elle et ses enfants, avec un travail stable et un logement confortable. Halima le rejoint en France, laissant ses trois enfants à sa famille. Mais elle déchantait rapidement en découvrant que cet homme est extrêmement jaloux et refuse que ses enfants la rejoignent. Il est souvent absent, même après la naissance de leur fille. Déçue, Halima entame de longues démarches pour faire venir ses enfants en France. Après des années de bataille, ils finissent par la rejoindre, marquant un nouveau départ pour elle et sa famille.

Seule pour élever ses quatre enfants, Halima travaille péniblement dans un restaurant et consacre tout son salaire à payer la chambre d'hôtel où ils logent. Ne parvenant pas à subvenir aux besoins de sa famille, elle se résout à placer ses enfants auprès de l'aide sociale à l'enfance, une décision qu'elle vit comme un échec. Pendant cette période, elle consulte régulièrement son médecin pour des douleurs abdominales et des vomissements incessants, mais malgré les nombreux examens et traitements, la cause de ses maux reste inconnue. Un gastro-entérologue évoque un intestin irritable et lui recommande un régime alimentaire strict. Les symptômes persistent, et Halima consulte un naturopathe qui lui impose un régime encore plus drastique.

Malgré ses problèmes de santé, sa situation s'améliore lorsqu'elle devient assistante maternelle et parvient à récupérer ses enfants. Ces derniers grandissent, deviennent autonomes et indépendants. Libérée de la charge de ses enfants, Halima pense enfin pouvoir vivre pour elle-même. Mais un secret de famille éclate : sa grand-mère lui révèle que sa mère est schizophrène depuis l'adolescence et que son état de santé s'aggrave. Halima accuse le coup et en veut à sa famille de lui avoir caché cette maladie. Elle comprend enfin les moments de délire de sa mère et repense à sa propre vie.

Les douleurs au ventre d'Halima s'aggravent, accompagnées de nouvelles douleurs généralisées, de fourmillements, de crampes, de sensations de froid et de chaud dans ses membres. Incapable

d'expliquer ces symptômes à son médecin, qui ne la prend pas au sérieux, elle passe des nuits terribles à chercher l'origine de ses maux. Aucun traitement ne la soulage, et désespérée, elle cherche des réponses sur Internet, consulte un acupuncteur et un marabout, et essaye divers remèdes à base de plantes et compléments alimentaires. Elle oscille entre des périodes d'accalmie et des pics de douleur malgré tous ses efforts.

C'est durant une période d'accalmie qu'elle décide de retourner aux Comores pour comprendre son histoire, en retrouvant ses proches. Ainsi elle renoue avec son passé, pardonne à sa famille et recrée des liens avec sa mère.

Histoire d'Hadidja : « La médecine, cette science qui l'habite depuis son enfance »

Depuis son enfance, Hadidja rêve de devenir médecin. Très empathique et studieuse, elle souhaite prendre soin des autres, encouragée par ses enseignants à poursuivre cet objectif. Mais à l'âge de 15 ans, son rêve s'effondre lorsqu'elle est mariée à un jeune homme du village issu d'une bonne famille. Hadidja doit faire le deuil de son enfance et part s'installer en Arabie Saoudite avec cet inconnu qui est désormais son mari. Rapidement, elle se sent seule dans ce nouveau pays dont elle ne parle pas la langue. Elle passe ses journées à se remémorer sa vie aux Comores auprès de ses proches.

Peu de temps après, elle devient mère, ce qui change tout pour elle. Malgré les difficultés, elle ne ressent plus la solitude. Le couple vit près de dix ans en Arabie Saoudite où son mari obtient un doctorat en sciences islamiques. Pendant ce temps, Hadidja devient mère de quatre enfants et finit par s'habituer à cette nouvelle vie. Elle rencontre d'autres jeunes mamans, s'occupe de ses enfants, et parvient enfin à se sentir bien. Ils vivent dans une grande maison, ne manquent de rien et leurs enfants s'épanouissent. Cependant, lorsque leur aînée atteint dix ans, la question de son éducation scolaire se pose. Hadidja et son mari souhaitent offrir à leurs enfants des opportunités qu'elle n'a pas eues, mais ils savent que les étrangers sont désavantagés dans l'accès à certains métiers en Arabie Saoudite. Ils décident donc de quitter leur vie aisée pour s'installer en France.

En arrivant en France, Hadidja se rend vite compte que la réalité est loin de ce qu'elle imaginait. La famille vit à six dans un studio et dispose de très peu de moyens. Son mari ne travaille pas, et Hadidja enchaîne les emplois précaires : femme de chambre, caissière, puis auxiliaire de vie. Elle n'avait jamais travaillé auparavant et se retrouve à effectuer des tâches pénibles, accumulant de nombreuses heures de travail. Épuisée, elle doit également s'occuper de ses enfants et des tâches ménagères. Elle tombe enceinte de son cinquième enfant, et malgré leur vie précaire, ils restent unis, gardent espoir et encouragent leurs enfants dans leurs études. Tous se montrent brillants à l'école malgré la barrière de la langue, et les enseignants reconnaissent leur potentiel.

Hadidja continue de travailler dur, mais ressent des douleurs musculaires en fin de journée. Celles-ci s'intensifient et s'accompagnent de frissons, crampes et courbatures. Son médecin pense à un épuisement dû aux conditions de travail et lui conseille d'arrêter. Mais Hadidja ne peut se le permettre, car personne d'autre ne peut subvenir aux besoins de la famille. Elle insiste pour que son médecin explore davantage ses symptômes, mais malgré de nombreux examens, aucune cause n'est trouvée. Elle perd espoir et souffre en silence.

C'est dans son travail d'auxiliaire de vie auprès des personnes âgées que Hadidja retrouve un peu de bonheur ; elle aime prendre soin d'eux et se sent stimulée par ce métier, malgré sa difficulté. La famille emménage dans un appartement plus grand et ses aînés quittent le nid pour commencer à

travailler. Hadidja, quant à elle, se sent emprisonnée dans un corps douloureux, mais refuse de consulter à nouveau son médecin, qui pense qu'elle est en dépression, un diagnostic qu'elle rejette.

En août 2021, après sa vaccination contre la COVID-19, son état se dégrade brutalement : elle ne peut plus marcher, ne sent plus ses jambes, et craint pour sa vie. Elle se confie alors à sa fille aînée, devenue médecin généraliste, qui l'encourage à consulter des spécialistes. Après plusieurs jours d'hospitalisation, des examens, et des consultations avec divers spécialistes, un diagnostic de fibromyalgie est partiellement évoqué. Hadidja est déclarée inapte au travail, une situation difficile pour elle. Elle continue de consulter les médecins, car ses douleurs persistent, et reste insatisfaite du diagnostic, car les avis médicaux divergent. Malgré tout, Hadidja garde espoir et continue de croire en la médecine, cette science qui l'habite depuis son enfance.

Histoire de Fatoumata : « Le désir d'un diagnostic »

Fatoumata a 9 ans lorsqu'elle arrive en France avec sa belle-mère. Jusqu'alors, elle vivait en Guinée auprès de sa grand-mère maternelle. Ses parents, séparés peu après sa naissance, ont été très peu présents dans sa vie, mais elle garde d'excellents souvenirs de sa vie en Guinée, où elle a grandi entourée de sa famille, dans le confort de grandes villas. Choyée et comblée, elle ne voulait pas quitter cette vie luxueuse, mais sa belle-mère lui propose de rejoindre son père, sa belle-mère et son demi-frère en France. Fatoumata n'a pas réellement eu le choix et quitte sa grand-mère avec un profond chagrin.

Son arrivée en France est marquée par une acculturation difficile. Elle ne parle pas la langue et doit s'adapter à de nouvelles habitudes de vie. De plus, elle subit des violences physiques et psychologiques de la part de ses parents, ce qui la déçoit profondément et éteint sa joie de vivre. La petite fille pleine d'enthousiasme devient renfermée et silencieuse, portant en elle de nombreuses rancœurs. Enfant, elle souffre d'énurésie, qu'elle associe très vite aux maltraitements qu'elle subit. Malgré tout, elle réussit à obtenir son baccalauréat et rêve de devenir infirmière, mais une grossesse inattendue l'oblige à arrêter ses études pour élever son enfant.

Ses parents accueillent mal cette grossesse précoce, et Fatoumata doit chercher un nouvel hébergement. Elle est d'abord logée chez son oncle, puis trouve un petit logement où elle s'installe avec son nouveau compagnon. Ils se marient des années plus tard et fondent une grande famille. Fatoumata travaille comme aide médico-psychologique, un métier qui lui plaît et dans lequel elle s'épanouit. Elle nourrit de grandes ambitions : construire une maison pour sa famille, gagner suffisamment pour faire venir ses proches en France et offrir un bel avenir à ses enfants. Elle travaille d'arrache-pied, multipliant les heures supplémentaires et jonglant entre son rôle de mère et celui de femme active.

Fatoumata a cinq enfants, mais ses grossesses sont compliquées. Elle connaît plusieurs dénis de grossesse et fait face à des menaces d'accouchements prématurés. Malgré les recommandations médicales, elle refuse d'être alitée, préférant continuer de travailler pour atteindre ses objectifs. Elle parvient à faire venir sa mère en France, une mère qui ne l'a pas élevée mais à qui elle souhaite offrir respect et honneur. Sa mère, atteinte de troubles mentaux, ne montre cependant pas de reconnaissance et ne donne pas à Fatoumata l'amour qu'elle a toujours cherché. Fatoumata se consacre à elle sans retour, se sacrifiant sans recevoir l'affection espérée.

En plus de ses responsabilités familiales, Fatoumata souffre de douleurs physiques qui ne cessent de s'aggraver avec les années. Au départ, il s'agit de lombalgies, mais progressivement, elle développe des douleurs diffuses, articulaires et osseuses, particulièrement intenses la nuit. Refusant

de s'avouer malade, elle continue de travailler sans consulter de médecin. Cependant, après une série de deuils dans sa famille, Fatoumata s'effondre. Elle ne parvient plus à s'occuper de son foyer ni à être assidue dans son travail. Sous pression, son état psychique se dégrade, menant à un burn-out et à une dépression diagnostiquée par son médecin. Ses douleurs deviennent alors insoutenables.

Fatoumata arrête de travailler, reprend le sport et tente de se reconstruire avec le soutien de son mari. Pourtant, lorsqu'elle consulte de nouveau pour ses douleurs, elle se heurte à l'incompréhension de son médecin, qui lui suggère d'explorer une cause psychologique, faute de pouvoir expliquer ses symptômes. Déçue et frustrée, Fatoumata cherche du soutien auprès d'une tante qui s'y connaît en naturopathie et lui propose un traitement à base de plantes qui lui apporte un certain soulagement.

Mais Fatoumata ne veut pas seulement atténuer ses douleurs : elle est déterminée à en comprendre l'origine. Elle refuse l'acharnement thérapeutique, mais est résolue à poursuivre un acharnement diagnostique pour enfin découvrir ce qui se cache derrière ses maux.

Histoire d'Oumou : « Fuir par amour »

C'est par amour qu'Oumou a fui le Mali. Elle a 18 ans lorsqu'elle tombe amoureuse de Demba. Soutenue par sa mère, elle décide de parler de son choix à ses oncles, car son père est décédé. Au Mali, ce sont les oncles qui donnent leur aval pour le mariage, car traditionnellement, les femmes n'ont pas leur mot à dire. Mais les oncles refusent ce mariage, prétextant que les deux amoureux n'appartiennent pas à la même caste. Ils décrètent qu'Oumou doit épouser un cousin de 20 ans son aîné.

C'est par la force d'une union féminine qu'Oumou et Demba décident de quitter le Mali pour rejoindre la France, qu'ils perçoivent comme un pays de liberté. Ils traversent difficilement plusieurs pays : d'abord l'Algérie, puis la Libye. Oumou tombe enceinte en Algérie, et Demba enchaîne les petits boulots pour subvenir aux besoins d'une famille qui s'agrandit, mais les revenus sont insuffisants. Ils poursuivent leur périple en Libye, où ils font face à l'horreur : Demba travaille durement dans la propriété d'un riche Libyen, et la famille vit sous contrainte dans une petite maison sur le domaine. Oumou accouche de leur deuxième enfant peu de temps après leur arrivée.

Une nuit, des militaires font irruption avec violence dans leur foyer. Armés jusqu'aux dents, ils menacent de tuer la famille si Demba ne leur donne pas d'argent. Ils repartent en emportant tout ce que le couple a accumulé. Traumatisés, Demba et Oumou revivent cette scène d'horreur pendant des jours, hantés par le bruit des pas des militaires, les cris des enfants, et la maison saccagée. Privés de nourriture, ils ne mangent pas pendant plusieurs jours. Effrayés et épuisés, ils comprennent qu'ils ne peuvent plus rester en Libye et décident de tenter leur chance en Italie.

C'est avec la peur de mourir qu'ils entament la traversée de la Méditerranée, entassés dans un bateau de fortune avec d'autres personnes cherchant à fuir la misère. Parmi elles, Oumou, enceinte de son troisième enfant, craint pour la vie de ses deux aînés. Dado, sa fille aînée, est très faible, souffrant de malnutrition, tandis que son petit frère Ali reste accroché au sein de sa mère, espérant apaiser sa faim. Ils arrivent péniblement en Italie, épuisés par ce voyage. Ils sont regroupés dans un camp, mais l'état de santé de Dado inquiète Oumou : la petite ne tient plus debout, ne parle plus, et ne parvient même pas à ouvrir les yeux.

Incapables de communiquer avec les autorités italiennes, Oumou et Demba comprennent qu'ils doivent agir vite pour sauver leur fille. Ils prennent un train en direction de la France et se rendent au premier hôpital indiqué par des passants. Dado y est soignée, et quelques jours plus tard, Oumou accouche de son troisième enfant. Heureusement, toute la famille se porte bien, mais ce n'est qu'un répit de courte durée. Pendant des mois, voire des années, ils vivent dans la précarité, logés temporairement dans des foyers et des hôtels.

C'est la rencontre avec un médecin qui va changer leur vie. Depuis quelques mois, Oumou souffre de douleurs insupportables de la tête aux pieds, et elle ne dort plus. Préoccupée par les difficultés quotidiennes, elle n'a jamais pris le temps de consulter, mais la douleur finit par la contraindre à franchir le pas. Ce médecin écoute non seulement ses plaintes, mais aussi son histoire. Touché par leur vécu, il les oriente vers une assistante sociale qui les aide à trouver un logement. Il s'occupe également de leurs enfants, dont l'un souffre d'autisme et l'autre de troubles du comportement. Ce médecin devient un véritable soutien pour la famille, leur redonnant espoir et courage.

Encouragés, Demba trouve un emploi et Oumou suit une formation dans le domaine du soin. Désormais, elle veut aider les autres comme ce médecin l'a fait pour elle et sa famille. Il est bien plus qu'un médecin : il est devenu une partie intégrante de leur famille.

Histoire d'Aline : « une sensation de détachement de son corps »

La période du Covid a marqué l'humanité entière, et parmi les personnes touchées, il y a Aline, une quadragénaire d'origine sénégalaise. En janvier 2021, elle contracte le virus SARS-CoV-2, redouté par tous. Bien qu'elle ne présente que des symptômes légers semblables à ceux d'une grippe, Aline est très inquiète, craignant de contaminer ses enfants et ses collègues de travail. Dynamique et autonome, Aline élève seule ses deux enfants depuis des années et gère son foyer avec détermination. Elle est en couple avec un homme marié depuis plus de 10 ans, mais sa méfiance envers les hommes la pousse à rester en retrait, ne voulant pas s'impliquer davantage.

Aline travaille comme chargée d'accueil dans une petite société. Elle adore le contact humain et se montre toujours attentionnée, souriante et généreuse. Pétillante et serviable, elle est très appréciée de ses collègues, qui ont beaucoup de respect pour elle. Lorsqu'elle est touchée par le virus, elle ressent un profond sentiment d'injustice et de frustration. Affaiblie, elle n'a plus la force de s'occuper de ses enfants ni d'être présente pour soutenir son équipe au travail.

Un jour, alors qu'elle est allongée sur son lit, Aline ressent une sensation de détachement de son corps, comme si elle ne le contrôlait plus. Elle n'éprouve aucune douleur, mais a l'impression que son corps lui échappe, une expérience terrifiante qu'elle assimile à une mort imminente. Inquiète, elle se rend aux urgences pour expliquer son état aux médecins. Déconcertés, ils vérifient ses constantes vitales et procèdent à un examen général, sans rien détecter d'anormal. Malgré leurs assurances, Aline reste perturbée par cette sensation inconnue de ne plus être maîtresse de son corps. Les médecins la rassurent en lui expliquant que cela pourrait être lié à son infection et la renvoient chez elle. Progressivement, ce sentiment de détachement s'estompe.

Cette épreuve est pour Aline le reflet des nombreuses difficultés qu'elle a traversées ces dernières années. À son arrivée en France, elle a souvent changé d'hébergement, vivant principalement chez des membres de sa famille avec qui les relations étaient tendues. Sans statut légal et sans emploi, elle ne dispose d'aucune ressource. Elle rencontre le père de ses enfants, qui lui fait miroiter une vie meilleure. Encouragée par ses cousines, qui voient en ce mariage une chance de stabilité financière, Aline épouse cet homme malgré son manque de sentiments et sa méfiance.

Rapidement, son mari se montre violent, d'abord par des violences psychologiques, des humiliations, des critiques et des insultes, ce qui détruit la confiance d'Aline en elle-même. Elle envisage de le quitter, mais découvre qu'elle est enceinte. Espérant que la grossesse et l'arrivée de leur enfant adouciraient son mari, elle décide de rester. Malheureusement, la situation empire, et elle subit des violences conjugales de plus en plus fréquentes. Aline prend alors de la distance et sollicite l'aide de sa famille. Lorsque son mari revient en promettant qu'il a changé, Aline lui accorde une seconde chance, pensant avant tout à son fils, privé jusque-là de stabilité familiale.

La relation semble s'apaiser un temps, et Aline tombe enceinte de leur deuxième enfant. Mais très vite, les violences reprennent, plus intenses que jamais. À plusieurs reprises, Aline craint pour sa vie et se demande si un jour, un coup ne lui sera pas fatal.

Histoire d'Awa : « La femme invisible »

Awa est une femme pleine de courage qui accompagne sans relâche ses trois enfants atteints de drépanocytose à tous leurs rendez-vous médicaux. Toutefois, elle ne comprend pas toujours ce que disent les médecins, car le français n'est pas sa langue maternelle. Originaire du Sénégal, Awa est arrivée en France à l'âge de 24 ans pour rejoindre son mari. Avant son départ, elle avait confié ses deux premières filles à sa mère et espérait qu'elles pourraient la rejoindre en France plus tard. Awa a été choquée d'apprendre que ses enfants nés en France étaient atteints de drépanocytose, une maladie dont elle avait déjà entendu parler, car quelques membres de sa famille au Sénégal en souffrent. Cependant, ni elle, ni son mari, ni ses deux filles restées au pays ne sont touchés, ce qui lui paraît étrange.

Elle prend conscience de la gravité de la maladie à travers les nombreux passages aux urgences, les hospitalisations fréquentes, les consultations multiples et les traitements lourds. Son mari, bien que présent, ne s'occupe pas des enfants, laissant à Awa la responsabilité de leur suivi médical. Quand ses enfants grandissent, elle décide de travailler comme employée d'entretien dans une grande société. Awa est consciencieuse dans son travail, déterminée à bien faire et à ne recevoir aucune critique. Elle n'hésite pas à faire des heures supplémentaires et à travailler dans des équipes en sous-effectif pour prouver qu'elle est à la hauteur.

Un jour, sur son lieu de travail, Awa se tord la cheville. Pensant que ce n'est pas grave, elle continue de travailler. Mais deux jours plus tard, sa cheville est enflée, et elle décide finalement de consulter son médecin. Le diagnostic tombe : une fracture sérieuse de la cheville qui nécessite un plâtre. Cette nouvelle la choque profondément, car elle ne s'attendait pas à une telle immobilisation. Awa vit très mal cet arrêt maladie, elle se sent limitée dans son quotidien et surtout redoute d'être perçue comme une personne invalide. Elle passe des semaines à pleurer, ressassant les années passées à l'hôpital avec ses enfants et les sacrifices faits au travail pour leur offrir une meilleure vie. Elle pense que cet accident est le résultat de son acharnement au travail et s'en veut terriblement.

Submergée par des idées noires, Awa se sent coupable, en colère, triste et profondément injuste. Son médecin finit par diagnostiquer une dépression, une maladie mentale à laquelle Awa n'est pas habituée. Des années après sa fracture, elle souffre toujours de douleurs à la cheville et ne parvient pas à reprendre ses activités habituelles. Les examens d'imagerie ne révèlent aucune complication, le chirurgien orthopédique ne trouve pas de cause à la persistance de ses douleurs, et le kinésithérapeute observe même une nette amélioration de sa mobilité. Mais Awa, elle, continue de souffrir ; la marche et les séances de kinésithérapie la soulagent temporairement, mais la douleur revient sans cesse. Elle ne comprend pas pourquoi elle souffre encore alors que les médecins ne trouvent rien.

Pour se soulager, Awa se masse avec du beurre de karité et un mélange de plantes traditionnelles. Ces remèdes lui apportent un certain bien-être, mais toujours de manière passagère. Finalement, Awa est déclarée inapte au travail, un soulagement pour elle, car avec l'âge, elle ne se voyait plus continuer à travailler. Pour la première fois, elle se sent reconnue, entendue et comprise, elle qui s'est considérée invisible pendant tant d'années.

Histoire de Bintou : « si les hommes ne parviennent pas à la guérir, peut-être que Dieu y parviendra »

Bintou a vécu une enfance heureuse, au sein d'une famille aisée et unie. Son père, médecin instruit, souhaitait une éducation pour ses enfants, mais les aînés de la famille s'y opposent fermement. En tant qu'aînée, Bintou doit aider sa mère à élever la fratrie, comme le veulent les coutumes de leur pays, la Gambie. Pour elle, il est normal que les filles ne soient pas scolarisées ; c'est mal vu et c'est perçu comme une corruption des bonnes mœurs. Selon la tradition, une fille éduquée ne saurait pas cuisiner et deviendrait la honte de sa famille. Convaincue que ses parents veulent ce qu'il y a de mieux pour elle, Bintou accepte sans réserve. À 15 ans, elle épouse un homme choisi par sa famille, comme il est d'usage pour les jeunes filles en Gambie. Peu de temps après, elle le suit en France, car il souhaite y vivre pour offrir une meilleure vie à sa famille.

La vie en France n'est pas facile. Plusieurs grossesses se succèdent, accompagnées de fausses couches. Bintou se sent souvent isolée, loin des femmes de son village qui l'auraient entourée pendant ces moments difficiles. Elle consacre ses journées à ses enfants, alors que son mari travaille dur pour subvenir à leurs besoins. Parmi eux, Mariama, épileptique, nécessite une attention constante. Bintou est épuisée par les soins qu'elle lui prodigue, soulevant son corps inerte après chaque crise, ce qui provoque des douleurs musculaires. Heureusement, Mariama est en semaine dans un centre spécialisé, offrant à Bintou un peu de répit. Cependant, l'état de Mariama se dégrade, et Bintou décide de la ramener en Gambie, où elle meurt tragiquement en chutant dans un puits quelques années plus tard. Pour Bintou, cette perte est une fatalité, une épreuve que la vie lui impose.

À mesure que ses enfants grandissent et que ses parents vieillissent en Gambie, Bintou décide de reprendre sa vie en main. Elle suit une formation d'alphabétisation et décroche un emploi d'entretien dans de grands bureaux à La Défense. Malgré ses douleurs et ses limitations physiques, elle se sent obligée de travailler pour subvenir aux besoins de ses parents restés au pays. Bintou souffre de lombalgies chroniques depuis des années, mais n'a jamais vraiment pris le temps de s'occuper de sa santé. C'est après un lumbago au travail qu'elle consulte enfin un médecin. Ses douleurs ne font qu'empirer, l'obligeant à subir de nombreux examens et passe par une longue hospitalisation pour comprendre l'origine de ses maux. Les infiltrations la soulagent temporairement, et l'activité physique semble être son seul allié. Pourtant, les médecins sont perplexes face à l'écart entre les douleurs ressenties et les résultats des examens d'imagerie qui ne révèlent aucune anomalie significative.

Ces douleurs invalidantes l'obligent à prendre régulièrement des antalgiques de pallier 2, mais Bintou continue de chercher désespérément une réponse et un meilleur traitement. Elle finit par se tourner vers des médecines alternatives, notamment en consultant un ostéopathe qui lui apporte un soulagement partiel. Fidèle à ses traditions, elle utilise du beurre de karité et des infusions de plantes pour se soigner. Déçue par la médecine conventionnelle, Bintou cherche alors du réconfort dans sa foi. Elle consulte un imam pour qu'il récite des versets coraniques dans l'espoir que si les hommes ne parviennent pas à la guérir, peut-être que Dieu y parviendra.

Histoire de Suzanne : « Le bonheur n'est pas toujours là où on l'attend »

Depuis plus de 10 ans, Suzanne vit loin de son mari. Elle est en France avec leurs deux enfants, tandis que lui vit seul en Angleterre. Tous deux sont originaires du Nigéria, ils ont décidé de tenter leur chance en Europe pour offrir une vie meilleure à leur famille. Suzanne, diplômée de longues études au Nigéria, n'a jamais trouvé de poste à la hauteur de ses qualifications. Son mari part en Angleterre pour poursuivre des études de communication, tandis que Suzanne arrive en France sans connaître personne. Elle est hébergée par le Samu social, passant de foyers en hôtels, et connaît parfois des nuits difficiles, dormant à la rue avec son fils en attendant un hébergement. Il peut arriver qu'elle fasse la queue pendant des heures dans le froid pour obtenir des denrées alimentaires. Suzanne est dans une situation de précarité qu'elle n'aurait jamais imaginée en quittant son pays.

Elle rend visite à son mari de temps à autre, mais sa vie en France reste solitaire. Elle accouche de son deuxième enfant sans son mari à ses côtés. Les années passent et, petit à petit, sa situation se stabilise. Elle suit une formation d'aide-soignante et travaille auprès d'adultes en situation de handicap. Suzanne finit par trouver un logement et commence à entrevoir une lueur d'espoir. Elle rêve de réunir sa famille en accueillant son mari en France, mais ce dernier ne peut pas quitter l'Angleterre. Suzanne élève donc seule ses deux enfants et envoie de l'argent à son mari lorsque cela est possible, mais les fins de mois restent difficiles et elle peine à subvenir aux besoins de ses enfants.

Depuis quelque temps, Suzanne souffre d'une douleur persistante dans la cuisse droite, accompagnée d'une sensation de froid et de picotements. Elle en parle à son médecin, qui ne parvient pas à identifier la cause, ce qui la pousse à croire que ses symptômes pourraient être psychologiques. Pourtant, avec le temps, la douleur s'intensifie et Suzanne consulte à nouveau. Des examens sont réalisés, mais aucune cause lésionnelle n'est détectée, ce qui la rassure momentanément, même si la douleur ne disparaît pas. Suzanne essaie de ne pas y penser, mais ses préoccupations quotidiennes ne cessent de l'envahir, notamment en raison des difficultés scolaires de ses enfants. Elle se sent démunie face aux lacunes de ses enfants et n'obtient pas le soutien espéré de l'équipe pédagogique. Suzanne se demande si son statut d'étrangère n'explique pas ce manque de considération.

Malgré ses douleurs physiques et ses inquiétudes, Suzanne continue à travailler, mais elle est constamment rongée par des questions sur son avenir. Elle devient de plus en plus défaitiste, craignant de passer sa vie loin de son mari. Pour combler ce vide, elle se tourne vers la nourriture, ce qui entraîne une prise de poids significative. Suzanne en vient même à se demander si ce surpoids n'aggrave pas ses douleurs. Depuis son arrivée en France, elle se sent rarement heureuse et réalise que le bonheur ne se trouve pas toujours là où on l'attendait.

Histoire de Serena : « Des douleurs mystérieuses »

Serena se considère comme une rescapée du génocide qui a frappé le Burundi en 1993, un conflit entre les Hutus et les Tutsis, qui a entraîné des massacres de masse contre les Tutsis. Serena et sa famille, qui sont Tutsis, ont été directement touchés : son père a été assassiné lorsqu'elle avait 8 ans, et elle a été témoin de nombreuses tueries de masse. Ils ont dû fuir et se réfugier dans des camps dédiés à cet effet à l'intérieur du pays, sans jamais se sentir en sécurité. Serena a grandi dans un climat de tension, de violence et d'insécurité.

Serena étudiait dans une grande université au Burundi lorsqu'elle a rencontré son mari. Tous deux travaillaient pour une organisation non gouvernementale qui défend les droits humains, et ils étaient des militants passionnés, déterminés et ambitieux. Ils ont eu deux enfants. En 2015, de nouvelles tensions éclatent entre les deux ethnies, poussant Serena et sa famille à s'exiler dans un pays voisin qu'ils ne connaissent pas, dont ils ne parlent pas la langue, et où ils n'ont aucun contact.

Ils tentent de créer un cadre de vie stable pour leurs deux enfants, mais vivent dans la précarité avec très peu de ressources. Pendant plusieurs mois, ils trouvent refuge dans un camp, mais l'insécurité y règne car des rebelles Hutus recherchent les Tutsis exilés pour les tuer. Serena et sa famille craignent que cette situation ne prenne jamais fin. Heureusement, un couple tutsi leur vient en aide, leur trouvant un logement et du travail. Depuis quatre ans, ils vivent dans ce pays étranger, loin de leurs proches, avec l'angoisse constante pour leur sécurité et celle de leurs familles restées au Burundi.

Malgré de nombreuses demandes de visa pour l'Europe, ils n'ont jamais reçu de réponse favorable. Serena reprend contact avec l'ONG pour laquelle elle travaillait, désormais basée dans ce pays étranger. Les membres de l'ONG lui proposent de suivre une formation en France, une opportunité pour elle de quitter l'Afrique et de vivre paisiblement. Mais elle hésite, ne voulant pas laisser son mari et ses trois enfants, dont un nourrisson. Sur les conseils de son mari, Serena part finalement pour la France en 2019, avec l'espoir de s'y installer définitivement.

Une fois en France, Serena termine sa formation et, encouragée par des amis de la communauté tutsie, fait une demande d'asile. Sa demande est acceptée, mais elle souffre de l'éloignement avec sa famille. Elle travaille dur pour préparer leur venue, occupant un poste de préparatrice de commande, un travail physique auquel elle n'est pas habituée. Durant cette période, Serena commence à ressentir de fortes douleurs abdominales, qui deviennent de plus en plus intenses et quotidiennes. Malgré plusieurs régimes alimentaires et traitements médicaux, rien ne soulage ses maux.

Après de nombreux examens médicaux, une échographie, un scanner, une fibroscopie et coloscopie qui ne révèlent aucune anomalie, Serena continue de consulter son médecin. Car elle est inquiète et persuadée de souffrir d'une maladie grave que les médecins ne parviennent pas à diagnostiquer. Elle persévère malgré la douleur, tout en poursuivant les démarches administratives pour faire venir sa famille en France. Elle vit dans un foyer et aspire à trouver un logement fixe pour accueillir sa famille. Avec beaucoup de persévérance, Serena finit par trouver un petit logement, et quelques mois plus tard, en 2021, toute sa famille la rejoint enfin en France. Elle les accueille avec joie, espérant leur offrir un avenir meilleur. Étonnamment, peu après leur arrivée, ses douleurs disparaissent complètement, ce qui reste pour elle un mystère, bien qu'elle soupçonne un lien avec la réunification de sa famille.

À la suite de ces différentes histoires qu'il nous paraissait essentiel de présenter, nous pouvons présenter les données en précisant successivement la composition de l'échantillon (fig.1) et les thématiques issues de la catégorisation (fig.2).

Afin de clarifier notre première analyse des données, nous avons choisi de présenter deux axes complémentaires et évidemment intriqués dans la vie des sujets rencontrés mais que nous exposerons sous forme de deux parties distinctes dans un premier temps. Il s'est agi pour nous de nous saisir des thèmes en lien avec le parcours de vie qui s'inscrit dans une histoire singulière, unique et riche. Puis nous nous sommes intéressés à l'aspect plus spécifique de la

symptomatologie, du rapport au corps, dont le corps souffrant et ce faisant à la relation avec les soignants.

Cette division facilite la compréhension des récits et les deux composantes seront reprises et discutées ensemble dans un second temps.

B/ Caractéristiques des patientes interrogées

Nous avons interrogé 13 femmes, finalement deux d'entre elles ne rentraient pas dans les critères d'inclusion.

Prénom	Age	Origine ethnique	Situation familiale	Situation professionnelle	Age au moment de la migration	TSF	Durée de l'entretien
Awa	64 ans	Sénégal	Mariée, 8 enfants	Femme de ménage à la retraite	24 ans	Douleur chronique cheville	37 min, 47 sec
Bintou	60 ans	Gambie	Mariée, 8 enfants	Femme de ménage reconnue inapte au travail	17 ans	Lombalgie chronique	1 heure, 3 sec
Aline	47 ans	Guinée Bissao/ Sénégal	Divorcée 2 enfants	Chargée d'accueil	26 ans	Dissociation	1 heure, 28 minutes
Fatoumata	44 ans	Guinée Bissao/ Sénégal	Mariée, 5 enfants	Aide médico-psychologique	9 ans	Douleurs diffuses/ Lombalgie chronique	1 heure, 1 minute
Hadidja	50 ans	Comores	Mariée, 5 enfants	Auxiliaire de vie reconnue inapte au travail	26 ans	Douleurs diffuses, Arthralgies/ Myalgies	1 heure, 32 sec
Suzanne	41 ans	Nigéria	Mariée, 2 enfants	Aide-soignante	30 ans	Douleur chronique à la cuisse	43 minutes
Serena	38 ans	Burundi	Mariée, 4 enfants	Aumônière	33 ans	Douleurs abdominales/ Lombalgie chronique	1 heure, 22 minutes
Karima	62 ans	Madagascar/ Comores	Mariée, 4 enfants	Femme de ménage / Auxiliaire de vie	29 ans	Toux chronique	47 minutes
Oumou	35 ans	Mali	Mariée, 5 enfants	Femme au foyer	28 ans	Douleurs diffuses/Douleur pelvienne chronique	42 minutes

Halima	67 ans	Comores	Divorcée, 4 enfants	Assistante maternelle à la retraite	22 ans	Douleurs abdominales/ Douleurs diffuses/ Myalgies, Paresthésies diffuses	1 heure, 10 minutes
Mariama	29 ans	Mali	En couple, sans enfant	Agent administratif	20 ans	Douleurs pelvienne/ Lombalgie chronique	42 minutes

Tableau 3 : tableau de présentation de l'échantillon

I. Première partie : Construction d'une vie, ici et ailleurs

1. Catégorisation

Notre catégorisation de la partie 1 met en évidence 5 catégories et 25 sous-catégories (tab.4)

Catégories	Sous-catégories
Enfance, lieu prédominant des trajectoires destructrices	-Souvenirs de l'enfance -Poids du secret - « Parentification » -Scolarité
Individualité, conjugalité, maternité, la famille : dans l'effort de se soumettre	-Mariage et/ou grossesse précoce -Épreuve de l'enfantement -Schéma d'un destin imposé -Responsabilité du foyer familial -Accompagner des proches malades -Rôle de la diaspora -Sacrifice de vie
Migration : sujétion d'une vie imposée et ses conséquences	-Instabilité comme point de départ, cause de migration -Parcours migratoire -Deuil d'une vie antérieure -Intégration compliquée à la société -Précarité financière -Désillusion
Opportunités : nouveau point de départ	-Rencontres de personnes aidantes -Dénouement de leur situation de précarité -Indépendance, liberté
Le travail comme échappatoire	-Formation, démarches visant l'accès au savoir -Prise de poste -Don de soi -Pénibilité au travail -Répercussions des conditions salariales

Tableau 4 : Tableau des catégories et sous catégories de la partie construction d'une vie

Parce que nous avons choisi de nous inspirer du « récit de vie » des femmes que nous avons rencontrées, nos citations se devaient d'être suffisamment longues afin d'apprécier au mieux le poids des témoignages.

2. L'enfance, lieu privilégié des trajectoires destructrices

a) Souvenirs de l'enfance

Dans ces différents récits, ces femmes évoquent leur enfance révélatrice d'une trajectoire destructrice. Elles abordent les souvenirs de leur enfance en corrélation directe avec le contexte familial, culturel, social, et politique. Pour certaines, ce sont des souvenirs à oublier, car marqués par des violences intrafamiliales physiques, sexuelles et psychologiques.

Certaines femmes évoquent une enfance heureuse même avec quelques nuances :

Hadidja : « *Alors de 0 à 15 ans, j'ai vécu aux Comores, j'étais là-bas, ouais, j'étais très, très bien entourée avec mes deux parents [...]. Donc, on était, on a eu une bonne enfance. J'ai eu une bonne enfance* ».

Fatoumata : « *Euh, euh, j'ai de très bons souvenirs, hein. D'être entourée, aimée, choyée [...]. Mais, à l'instantané, à l'enfance, je me suis sentie un enfant, comblée, aimée, choyée, capricieuse. Manque d'amour maternel, certes, ça je l'ai senti un peu plus tard quand moi je suis devenue mère* ».

D'autres relatent un climat familial violent dans l'enfance :

Aline : « *Et, ça, ça a pas plu à mon père, donc il a cogné ma mère, et, euh, et euh, en fait, moi j'ai sauté sur mon père. Et, euh, il s'est retourné, en fait, il m'a...ma mère pour se défendre, elle a pris un bout de fer, donc elle l'a tapé sur la nuque, il aurait pu mourir en fait. Et moi, en fait, il m'a assommée donc la suite du problème, je sais pas ce que c'est ...* »

... jusqu'aux violences sexuelles et aux mutilations :

Mariama : « *Et, euh ..., j'ai vécu un événement dans la famille, en fait, en fait, mon oncle, il me faisait des attouchements [...]* ».

Mariama : « *Voilà, heu, je vous ai pas dit, j'ai été excisée. Et aussi, euh ... Je pense que j'ai été excisée lorsque j'étais bébé* ».

Dans d'autres circonstances si la famille n'était pas en cause, c'est le climat social et politique qui a perturbé l'enfance :

Serena : « *Alors au Burundi, euh, c'est vrai qu'on était pas tranquille parce qu'on avait grandi avec des histoires de guerre, on avait des blessures de guerre. [...] C'est pour ça, que je dis, qu'on a des blessures de la guerre. Moi, j'ai grandi là-bas [...] dans un camp de déplacés. On est jamais retourné dans nos collines* ».

b) Poids du secret

Dans leurs récits, certaines confient un secret familial enfoui depuis des années, qui ne devait être révélé ni par la famille, ni par elles-mêmes, car le dévoiler aurait été perçu comme un déshonneur familial, synonyme d'opprobre.

Il s'agit par exemple du tabou des violences sexuelles. Le poids du secret lié à ces violences sexuelles constitue, en quelque sorte, une double peine :

Mariama : « *Mon oncle, il me faisait des attouchements. C'est le petit frère de ma mère, et du coup, ce qui s'est passé, c'est que ma grand-mère, elle l'a su... Mais, comme ça se dit pas chez nous, il faudrait que l'on garde cet événement-là, au sein de la famille, pour cette image-là, familiale, pour entre guillemets, protéger la famille. Donc, j'ai été contrainte de ne pas en parler, du coup, j'ai essayé de le garder au fond* ».

Auquel il faut ajouter le poids de la culture qui empêche de dévoiler des violences intra-familiales :

Fatoumata : « *Y avait beaucoup de choses, une partie de maltraitance par mes parents, pendant longtemps [...]. Euh, non, non je pouvais pas... La peur, je vais en parler à qui ? Par peur que des personnes répètent. Donc, non, parce que dans la culture africaine, c'est limite, on nous apprend à accepter, de se faire taper dessus quand on fait une bêtise, ou de se faire crier dessus* ».

Ainsi que le tabou concernant la maladie psychiatrique, révélant l'omerta sur les maladies mentales dans la culture africaine :

Halima : « *Ma maman était malade, elle est née comme ça, la schizophrénie. Quand on était jeunes, ses parents couvraient tout. Ils cachaient tout [...]. Mais, moi, un moment donné, je les en voulais [...]. Ma grand-mère aurait pu nous en parler [...]. Mais, ils cachent des choses, au point jusqu'à que...* »

c) Parentification

À cela s'ajoute la notion de « parentification » qui est l'inversion des rôles dans la parentalité où les enfants vont avoir un rôle de parent au sein des familles et vont devoir porter la charge du foyer familial. En effet, on distingue dans leurs récits que très jeunes, ces femmes doivent s'occuper du foyer familial, aider les parents dans l'éducation des frères et des sœurs. Qu'elles aient la place de l'aînée ou de la cadette, elles sont responsabilisées dès leur enfance :

Bintou : « *Je reste à la maison, j'aide maman, moi je suis la grande. Mais j'étais petite, je connais rien. Des fois, quand on est parti quelque part, récupérer nos petits enfants, euh, nos petits frères et sœurs, c'est moi qui m'occupe...* »

En effet, on nous dit que le jeune âge n'empêche pas la participation aux tâches du quotidien au sein de la famille :

Hadidja : « *Donc, le matin on se levait, à partir de l'âge de 7 ans on commençait à aider à, à la maison, on commence à aider à la maison... On se levait le matin, on se prépare, on nettoie, même on accompagnait les parents pour aller dans les champs, pour aller ramasser ce qu'il*

faut ramasser que ça soit le maïs, soit des bananes et tout... Après on ramène à la maison, on nous envoyait au marché, aller acheter des choses et revenir et tout, 'va faire ci, va faire ça'... »

De plus, il existe dès l'enfance une disparité dans la répartition des tâches domestiques entre une petite fille et un petit garçon :

Aline : « Et, puis, bah maman, elle faisait ce qu'elle pouvait, parce qu'elle était, elle était vendeuse de charbon. Y a des moments je rentrais de l'école, je posais mon sac, fallait que j'aide l'aider. Parce qu'elle faisait non seulement vente de charbon mais elle faisait aussi le linge. Donc..., soit elle avait pas fini le linge donc je continuais, soit elle me disait, 'je vais finir le linge, tu vas faire le charbon'. Et mes petites sœurs, elles étaient petites en fait. Même si on leur apprenait certaines choses, et puis mon frère, on dit que c'est un garçon, donc on l'implique pas dans les choses à faire ».

d) Scolarité

C'est ainsi que pour certaines d'entre elles, sous le joug des contraintes empêchant l'émancipation, l'éducation scolaire est laissée de côté. Certaines de ces femmes décrivent, par exemple, comment un mariage entrave leur scolarité :

Awa : « C'est mes parents qui ont décidé de faire le mariage tout ça, l'époque... Moi, j'ai pas été à l'école ».

Hadidja : « C'était le mois de septembre je crois si je me rappelle très bien, je suis partie à l'école et mes camarades de l'école ils ont commencé à se moquer « ça y est t'es mariée et pourquoi t'es venue ? et pourquoi t'es euh... ? », des petits blagues comme ça... Mais j'aimais bien aller à l'école, je suis partie et je suis pas restée longtemps parce que deux mois après il a envoyé le visa et tout... »

De plus, certains préjugés empêchent l'accès à la scolarité :

Bintou : « Mais on est pas parti à l'école là-bas, c'est ma grand-mère qui veut pas, elle veut pas. Elle veut pas..., parce qu'avant nous, si quelqu'un, elle a fait des cours de français, cours de français ou english... On va dire que les enfants ne travaillent pas à la maison, font rien à la maison, jardinent pas. Voilà, les enfants sont tous gâtés. Que de lire, c'est tout, non, non, les Africains ne veut pas ... »

En outre, le patriarcat qui prévaut dans certaines sociétés, empêche la scolarisation de jeunes filles :

Halima : « J'ai pas fait d'études alors que j'étais très intelligent. [...]. Mes grand pères, et la famille du mari, ils ont bousillé ma vie, pour soi-disant, 'les filles, ils doivent pas faire des études, et gnagna'. Tu connais le tralala, des gens-là... »

Par ailleurs, d'autres femmes ont pu faire de longues études, ce qui leur a permis de s'émanciper à travers celles-ci :

Serena : « Comme j'ai été longtemps à l'école, j'avais fait l'école. J'ai fait comme un master, c'est un master professionnel, en droits de l'homme et résolution pacifique de conflit. Donc, moi, j'ai jamais été dans des travaux comme ça physiques. Chez moi, euh, mon père était instituteur, il nous a mis à l'école. On faisait rien d'autre chez nous même après la guerre ».

Suzanne : « *J'ai, je suis, je suis partie en primaire, au collège, après je suis en université, je suis bac +4, après, je reviens, après je suis mariée ...* »

3. Individualité, conjugalité, maternité, famille : l'effort de se soumettre

a) Mariage et/ou grossesse précoce

Les femmes de notre étude se confient sur une nouvelle étape de leur vie, celle de la construction de leur famille. On comprendra qu'elles n'ont pas de libre arbitre. Soumises à des décisions familiales, elles obéissent inconsciemment à une dictature de vie où la femme est le pilier de la famille. Donc, elles finissent par porter le poids d'une famille au sens large. Ces événements remettent en question leur identité et le sens de leur vie, et pointent l'aspect traumatique d'une étape de vie asservie. Elles rapportent ces événements de vie que représentent le mariage et les grossesses précoces comme étant un deuil anticipé de leur enfance. Ainsi, elles découvrent à un jeune âge une vie maritale dans une période de vie qui est souvent synonyme d'insouciance :

Hadidja : « *C'était très difficile, très difficile... Parce que c'était... j'étais pas prête, je savais pas... Je connaissais pas, c'est quoi le mariage. On m'a mariée, je sais pas, enfin j'avais 15 ans* ».

Bintou : « *Après, je me marie, à 15 ans, on est même famille, lui, il est Sénégal* ».

Halima : « *Après on m'a mariée à 15 ans...* »

Awa : « *Après, je suis mariée, j'avais 18 ans, nous, on est mariée trop jeune* ».

De plus, elles évoquent également leurs grossesses précoces :

Hadidja : « *J'ai eu des enfants très jeune, à l'âge de 15 ans* ».

Bintou : « *Après, à 18 ans, j'ai eu le bébé. Voilà... J'étais jeune* ».

b) Épreuve de l'enfantement

Puis certaines vont faire face à l'épreuve de l'enfantement. Les grossesses ou les accouchements compliqués vont fragiliser leur maternalité. Oumou va évoquer sa grossesse difficile qui a nécessité une césarienne en urgence sous anesthésie générale. Elle n'a pas vécu son accouchement et en veut au corps médical qui ne lui a pas demandé son accord avant cette intervention nécessaire pour la survie de son bébé. Elle reste dans l'incompréhension et l'inacceptation. Ce vécu peut expliquer une hostilité ultérieure à l'encontre du corps médical :

Oumou : « *La grossesse, en me voyant, ça s'est bien passée, mais pour moi, j'imagine pas, je n'arrive pas à manger. C'était difficile, donc, je n'ai rien fait, jusqu'à mon accouchement* ».

Oumou : « *Mes 4 enfants, je les ai eus à voie basse, et là, je sais pas pourquoi, ils ont fait une césarienne, sans me demander. Je n'ai rien signé, pour que l'on me fasse une césarienne [...] Ils m'ont fait une anesthésie générale, je n'ai rien vu, rien entendu. Et, là, je n'ai pas accepté. Eux, ils ont dit que le bébé, il était en danger, c'est pas vrai !! C'est pas vrai, depuis qu'il est né, mon bébé est en bonne santé, il va bien. Je sais pas* ».

Quant à Fatoumata, elle relate différents dénis de grossesse avec des risques d'accouchements prématurés. L'intrication de ces deux complications pose la question de l'ambivalence à l'égard de son désir de maternité :

Fatoumata : « *J'ai fait un déni de grossesse pendant cette formation. Mais c'était pas la première fois hein, mes trois derniers, c'était des dénis. 4-5 mois ...* »

Fatoumata : « *J'étais hospitalisée la nuit. Parce qu'en fait, j'avais des contractions, je pouvais accoucher à tout moment, donc fallait vraiment que je reste tranquille* ».

Ce destin de vie, elles ne l'ont pas choisi ; il s'est imposé à elles et ceci se perçoit par l'utilisation du verbe à la voix passive. En effet, on identifie dans leur récit qu'elles subissent « un mariage » :

Hadidja : « *On m'a mariée [...] je suis pas prête* ».

Awa : « *C'est mes parents, qui ont décidé de faire le mariage tout ça, l'époque [...]* »

Halima : « *Donc, on m'a mariée et j'ai eu les trois garçons* ».

... qui est exprimé comme une fatalité de vie.

Aline : « *Je dis 'mais, j'ai pas envie'. J'ai pas envie, je l'ai fui plusieurs fois d'ailleurs. Et, quand je me suis mis avec, je me suis dit c'était peut-être mon destin, parce que je l'ai, j'ai, je l'ai tellement fui* ».

c) Schéma d'un destin imposé

Ainsi, pour certaines, leur parole ne comptait pas à cette époque, car culturellement on agit comme cela. Elles doivent adhérer à un schéma de vie imposé.

Si bien que pour Halima, en raison de ce mariage contraint, elle a dû renoncer à son rêve d'étudier, et de devenir ce qu'elle voulait être. Aujourd'hui elle exprime sa colère :

Halima : « *Mais c'est un mariage, qui a foutu ma vie en l'air. J'ai pas fait d'études, alors que j'étais très intelligent. Mon père voulait que je fasse des études, il voulait que je sois avocat. Donc, et, euh, je suis sûre que j'aurais réussi si on m'avait laissé. Mes grand pères, et la famille du mari, ils ont bousillé ma vie* ».

Pour Oumou, elle a aussi été confrontée à cette domination familiale, mais elle est allée au-delà de la pression familiale et culturelle, et a décidé d'épouser celui qu'elle voulait. Sa rébellion mettra en tension sa vie. Ainsi, on identifie une résistance de ce schéma de destin imposé.

Oumou : « *Et donc, euh, avec le mariage, on nous force un peu à nous marier, donc, chose que je n'ai pas voulu. Je voulais aller à l'école, et me marier avec quelqu'un que je voulais, pas avec quelqu'un que je voulais pas. Il voulait que je me marie, avec quelqu'un comme un cousin, quoi. Moi j'ai refusé, j'ai décidé de mon mari. Je le connaissais. Je me suis mariée [...]. En fait, en Afrique, la femme n'a pas droit à parler, à se mêler du mariage de sa fille, donc ma mère a pas le droit à parler quoi. Voilà, donc, c'est les frères de mon père qui décidaient de tout. Quand ils disent que c'est ça, c'est ça. Même si ma mère, elle veut pas, elle peut pas dire, parce que la femme a pas le droit, à parler quoi... En fait, ils voulaient pas du mariage, parce que nous sommes des « sarakoulés », les « sarakoulés », se marient entre cousins, cousines*

pour rester entre famille. Pour que les filles restent dans la famille, pour que l'on se mélange pas avec d'autres familles, d'autres ethnies quoi. Donc, moi j'ai pas voulu ça parce que des fois ça se termine mal, si ça se termine mal, bah, la famille est déchirée. Voilà... Parce que, quelqu'un de la famille, moi j'ai pas voulu, en plus c'est un vieux aussi. Donc, moi j'ai pas voulu, donc je me suis mariée avec..., on est sorti du pays. On pouvait pas rester là-bas, parce que si on partait pas, ça allait pas..., on est obligés ».

d) Responsabilité du foyer familial

Ces femmes finissent par construire leur vie de famille. Puis elles endossent la responsabilité du foyer familial. On distingue dans leur récit qu'elles en assument toutes les charges. Pour certaines, elles sont seules à élever leurs enfants et ne parviennent pas à subvenir à leurs besoins :

Halima : « Donc, j'ai élevé les trois enfants tout seul [...] chercher un bon travail et faire vivre mes enfants. Payer mon loyer pour que mes enfants puissent étudier. C'est tout ce qui m'intéressait. J'ai fait ça toute seule. Moi ma vie j'ai beaucoup souffert ».

Aline : « Je me fais ma petite vie avec les deux garçons. Galère totale, entre, fallait que je reprenne le boulot au bout de 3 mois, heu, fallait que je trouve une nourrice, ça c'était un peu compliqué. [...] Donc, voilà, financièrement, je suis toute seule ».

Même en couple, elles supportent seules les charges de la famille :

Suzanne : « Lui, il travaille pas, il a pas les papiers. Moi, ici, j'ai pas beaucoup d'argent, quand je trouve l'argent, je paie l'appartement. Je paie manger pour les enfants, je paie beaucoup, l'électricité, je paie beaucoup de choses. Je m'occupe ça toute seule, tout ça, toute seule ».

Awa : « Parce que je souffrais, pour gagner de ma vie, pour aider mes enfants. Même si le mari, il travaille, c'est moi, qui m'occupe les enfants beaucoup ».

...tout en ayant la responsabilité des tâches domestiques :

Hadidja : « J'arrive, nettoyage, ménage et tout..., et préparer le repas du soir et celui du lendemain pour le midi. Donc, il fallait préparer celui du soir, et celui du lendemain midi. Donc ce n'était pas une vie facile, c'était, très, très difficile. [...] Je peux dire, que j'étais au SMIC, le SMIC pour 7 personnes, ça fait très juste. J'étais la seule qui travaillait, j'avais des enfants à nourrir..., j'avais un loyer à payer ».

Et cela malgré un travail prenant :

Fatouma : « Je gère tout, tous les rendez-vous, démarches administratives, je gère tout de A à Z, je travaillais beaucoup. Je pouvais faire des 60 heures par semaine ou 70 heures par semaine, jour et nuit. Voilà, je m'organise, si je sais que je travaille aujourd'hui de nuit, hier, j'ai déjà fait deux, trois repas, je les laisse au frigo [...]. Je déposais mon fils à l'école le jeudi, et après je revenais, je faisais le ménage, et je me couchais. Je me lève, je fais le repas, et après je pars au travail de nuit. Et je reviens encore, je dors, rebelote [...]. Je scrute les devoirs, ce qui a été bien fait ou pas. Je fais 90 % du taf, donc je... je fais le ménage deux jours avant de reprendre mes nuits, donc le ménage ».

e) Rôle de la diaspora

La famille africaine est plus étendue que la seule famille nucléaire. Les liens familiaux ne s'arrêtent pas qu'au couple et à leurs enfants. Ces femmes vont garder des liens avec les proches qui sont restés au pays, d'où le rôle de la diaspora. C'est alors qu'elles se sentent obligées d'aider financièrement « la famille » :

Bintou : « *Et après, un jour, j'ai fait le travail. Parce que mon famille, parce que mon père, il est vieux, il est bientôt, bientôt il va faire la retraite. Voilà, c'est moi, qui est grand, obligée, je vais chercher l'argent pour envoyer à mon parent. Parce que moi, ma mère, elle est au bled, je suis obligée de partager, même un centime avec elle* ».

Même lorsque les liens ne sont pas si forts :

Fatoumata : « *Ma mère [...] et après, après, si besoin elle m'appelait, je lui donnais de l'argent, je lui ai toujours donné de l'argent. Malgré je la connais pas, malgré qu'elle m'a pas élevé, je l'ai toujours, toujours soignée. Tous ses besoins, j'ai toujours été là, que ce soit pour son frère, ou même mon petit frère* ».

...et malgré une précarité financière :

Aline : « *Parce que malgré le fait, que je sois seule financièrement, j'aide mes frères et sœurs, qui sont au pays. Et, euh, y a des mois où je peux pas le faire, mais je vais le faire* ».

f) Accompagner des proches malades

Dans cette construction de vie, certaines vont faire face à la maladie d'un proche. On citera l'exemple d'Awa et d'Halima. L'histoire de ces deux femmes représentent l'archétype de l'aidante elle-même en souffrance. Awa accompagne ses enfants souffrant de drépanocytose. Son récit met en lumière le combat d'une mère qui mettra entre parenthèses sa vie pour le bien-être de ses enfants :

Awa : « *Ils ont la drépanocytose, j'ai trois enfants qui ont la drépa... Parce que le bon Dieu m'a donné les enfants malades, faut les aider. J'ai trop souffert, mais tout ça, j'ai tenu pour tenir, soigner mes enfants, arranger des choses, heu, pour occuper mes enfants, les aider. Ils sont pas majeurs, la sécurité sociale, et la mutuelle, j'ai obligé ..., je crois qu'ils ont des problèmes de santé, ils sont petits. J'ai couru beaucoup, beaucoup à droite à gauche, pour soigner mes enfants, pour m'occuper les enfants. Moi, tout ça, quand ils sont petits, c'est moi, qui accompagne à l'hôpital, c'est pour ça, j'ai pas commencé le travail, quand ils sont petits. parce que vous voyez, j'ai des enfants malades. Maintenant, il reste le dernier, il est hospitalisé là. Je m'occupe que de lui. Donc avant je cours, je cours pour les enfants* ».

Quant à Halima, elle apprend sur le tard, la schizophrénie de sa maman, sujet tabou dans la famille. Pourtant, elle a très tôt perçu que sa mère était différente. Elle s'insurge de ne pas l'avoir appris plus tôt, car elle aurait voulu l'aider à se faire soigner. Elle éprouve un sentiment d'impuissance face à la maladie psychiatrique de sa mère :

Halima : « *Ma maman était malade, elle est née comme ça, la schizophrénie. Quand on était jeune, ses parents couvraient tout. Ils cachaient tout. Moi j'ai remarqué que, des fois, elle disait des choses qui n'ont pas de sens, voilà, mais comme j'étais jeune, moi je comprenais rien du*

tout. Mais j'allais toujours demander à ma grand-mère 'mais qu'est-ce qu'elle raconte ?'. Et elle me disait toujours, 'ah laisse là, elle est folle'. Comme ça, c'est tout, sans pour autant, rentrer dans les détails. Elle avait des mots incohérents, elle me racontait des choses, ou elle me reprochait des choses, mais moi je connaissais pas. Parce qu'un moment donné, elle piquait des crises, elle sortait dehors, et insultait des gens, des fois complètement de la folie. A jeter des cailloux, à frapper les gens. Donc, quand ma grand-mère, m'a dit qu'elle était folle, là j'y croyais. Mais, moi, un moment donné, je les en voulais [...] ma grand-mère aurait pu nous en parler.[...] Et me dire 'votre mère, c'est, c'est une dame qui a des problèmes, au cas où je ne serai pas en vie, vous aurez que...'. [...] On aurait pu la soigner, on aurait pu lui donner un traitement, quand je suis arrivée en France, elle n'aurait pas guéri, mais au moins, avoir un traitement, la faire venir pour la montrer à un médecin et lui donner un traitement qui aurait pu tenir jusqu'aujourd'hui, on aurait pu lui donner un traitement ».

g) Sacrifice de vie

Enfin, on comprendra à travers leurs récits que leur vie est un sacrifice, qui les obligent à se reléguer au dernier plan :

Awa : « Quand mes enfants, ils sont petits, j'ai pas encore travaillé, quand ils sont jeunes, je, j'ai pas pensé à travailler, j'ai occupé mes enfants d'abord ».

Oumou : « Mais bon, à chaque fois, c'est mes enfants, en premier. Je m'occupe toujours des enfants ».

Elles admettent s'être négligées pour le bonheur de leurs enfants ou d'autres personnes :

Fatoumata : « J'ai mis en avant l'aspect financier au début et l'aspect maternité. Ces deux points, et je me suis pas écoutée, j'ai oublié mon corps, j'ai oublié mon esprit, c'était mes enfants, c'était les enfants qui aient un bien être, les enfants qui aient un cadre ».

Mariama : « En fait, moi, je, euh... Avec tout ça, je me suis oubliée. Je me suis oubliée, en fait, je suis toujours au service des autres. Mais, y a personne pour moi ».

Halima : « Donc, voilà, je n'ai jamais fait quelque chose de ma vie, que de payer un loyer, nourrir mes enfants, jusqu'à qu'ils grandissent ».

4. La migration : l'assujettissement à une vie imposée et ses conséquences

a) Instabilité comme point de départ, cause de migration

Toutes ces femmes vont quitter leur pays pour s'installer finalement en France. Les raisons de cette migration sont nombreuses, et ne riment pas forcément avec la recherche d'une vie meilleure. Si bien que cette migration est souvent imposée par la contrainte. L'instabilité dans le pays d'origine sera le point de départ de cette migration. Il peut s'agir d'une instabilité politique :

Serena : « Donc le Burundi, donc je suis née là-bas, j'ai grandi là-bas, je me suis mariée, donc j'ai fait tout, tous les études là-bas. Mais après en 2015, nous sommes partis [...] parce qu'on fuyait des persécutions ».

...ou d'une instabilité économique :

Suzanne : « *On veut chercher la vie, pour les enfants, la vie au Nigéria, c'est pas facile, c'est plus les riches, les riches, riches, les pauvres, ils ont toujours comme ça. Nous, on est pas comme pauvre, on mange, c'est ça le plus important, le travail, là-bas c'est trop compliqué* ». Bintou : « *Après, je suis venue en France, parce que tout le monde est venu ici, pour chercher de l'argent* ».

...et même d'une instabilité familiale :

Halima : « *Donc, euh, je suis venue en France [...] je suis venue, rejoindre mon mari* ».

Cette migration est perçue, par certaines, comme une obligation. Elles sont soit contraintes de suivre un proche :

Fatoumata : « *Alors, c'est ma belle-mère qui a décidé qu'elle allait m'emmener avec elle, quand elle venait en France. Parce que de base, je voulais même pas venir, et, euh, elle a tout fait. [...] Mais, elle, elle voulait, parce qu'elle voulait pas me séparer de mon petit frère* ».

...ou bien elles recherchent un avenir meilleur pour leurs enfants :

Hadidja : « *En fait, l'arrivée en France, c'était pas un rêve pour moi. J'ai jamais rêvé d'arriver en France, c'était un choix voilà. On a fait le choix, parce que c'était par rapport aux études des enfants* ».

b) Parcours migratoire

Pour pouvoir migrer, elles devront faire différentes démarches administratives ; demandes de visa, de regroupement familial, etc. Serena espérait en vain rejoindre la France pour fuir un contexte de guerre civile au Burundi. Après de nombreuses demandes de visa, elle réussit à venir en France seule dans un contexte professionnel et décide d'y rester. Cette détermination nous montre à quel point il peut être difficile de migrer, et le désespoir qui en découle, avant qu'une ombre d'espoir apparaisse :

Serena : « *Avec mon mari, on a déjà pensé à partir, mais on avait jamais trouvé les moyens. On a jamais trouvé les visas. Quand vous êtes réfugiés en Afrique, et que vous demandez un visa pour l'Europe, au Canada, États-Unis, on voit directement que c'est pour y rester, c'est pour s'y installer. Et, donc, on vous donne pas... Nous, on avait déjà essayé par des stages, par des, des formations, on avait jamais eu ça. Et donc, on était sûr que si y en a u, qui arrivait, à trouver un visa, qu'il faudra s'installer ailleurs. Oui, oui c'était dans le cadre du travail, mais dès que l'occasion s'est présentée, moi j'ai eu peur, c'est sûr, mais quand j'ai dit ça, mon mari il a dit 'non, tu dois partir...' . Parce qu'il faut survivre aussi. Donc, je suis arrivée seule, on était trois dans l'équipe, on est arrivés à Paris. Et, bon, euh, je ne savais pas, qu'est-ce que j'allais faire, je savais qu'il fallait rester, je savais qu'il fallait demander asile* ».

Il est aussi intéressant d'évoquer le parcours migratoire d'Oumou qui a fui son pays à cause des tensions familiales liées à son choix de vie. Elle et son mari sont venus en France de manière illégale, passant par différents pays, risquant leurs vies et celles de leurs enfants. Il s'agit là, d'un parcours semé d'embûches, où ils rencontrent la guerre, la famine, l'insécurité, et des violences en tous genres :

Oumou : « Ça été difficile, parce qu'on a dû partir en Libye. En fait, on a essayé, l'Algérie, on a essayé vers le Sahara, donc, on a essayé de rester en Algérie, c'était difficile là-bas. [...] On est pas resté longtemps là-bas, le temps que mon mari, il travaille, de trouver, de l'argent pour qu'on puisse continuer. On a souffert, mais c'est mieux que de rester là-bas, au Mali, et qu'on nous empêche voilà... Donc, on a décidé de partir en Libye après... Là-bas, on est resté plus longtemps. En Libye, donc, euh, ma fille est née là-bas en 2013, on a trouvé là, où dormir [...]. Après la guerre a commencé... Donc, on supportait tous, parce qu'on est habitué à supporter les choses, qui est dur, donc on supportait. Et, pendant la guerre, en 2015, y a des militaires, je sais pas si c'est ça, parce qu'ils étaient habillés en militaire, ils sont venus nous attaquer jusqu'à chez nous. Et puis, ils avaient des fusils, ils sont rentrés dans la maison, on pouvait rien faire. Quand j'avais mon premier garçon, il avait 9 mois, je l'avais au dos, et ma fille, elle avait 3 ans, ils sont rentrés, ils ont tout, ils ont tout pris, tout, tout dans la maison. Même le gaz, que l'on préparait, ils ont tout pris, on a fait deux jours sans manger, les enfants n'ont pas mangé. Ils ont tout pris, tout. Ils voulaient nous tuer, quoi, ils voulaient de l'argent. [...] Donc, avant qu'ils viennent, on a décidé de... on pouvait, on pouvait pas retourner au Mali, parce qu'on a fui là-bas, donc, on a décidé de venir par la Méditerranée avec nos deux enfants. Oui ..., et le bateau aussi, c'était la vie et la mort. On a pris le risque, si on rentre comme ça, c'est bon, si on meurt aussi, c'est bon. Ça été très difficile le bateau, ma première fille, elle a souffert, elle a pas mangé pendant deux jours, on avait rien à lui donner. [...] Après, en Italie, là-bas, aussi, on nous a mis dans un, un camp militaire qui était encerclé. On comprenait, on comprenait pas l'italien, si c'était le français, voilà, on se débrouillait un peu, mais l'italien, on comprenait pas, on comprenait pas ce qui nous disait. On sortait pas, on voyait pas le soleil, on nous a mis juste dans un camp, on nous donnait à manger. Et notre fille était malade, quand on a traversé la Méditerranée, donc, on nous a pas, on nous a pas pris au sérieux, je sais pas..., mais ils se sont pas occupés de nous. Donc, mon mari, il a dit, c'est mieux, si on peut fuir, sinon, notre fille, elle va mourir. Elle était très malade, elle avait pas de..., elle était déshydratée [...] Donc, la nuit, mon mari, on a fui de là-bas, du camp, donc, on a, on est ... On a demandé, les gens, donc ils nous ont dit on peut prendre le train là-bas, pour aller en France ».

c) Deuil d'une vie antérieure

Cette migration entraîne une séparation qui est finalement le fruit du deuil d'une vie antérieure. Ces femmes se séparent de leurs proches, de leurs habitudes, de leurs biens... Cette séparation peut entraîner des angoisses qui se greffent sur un attachement au passé, avec un sentiment d'inquiétude quant au futur. Il peut s'agir de se séparer d'un ou de plusieurs enfants :

Awa : « Moi j'ai laissé ma fille, elle avait trois ans, et elle est venue, elle avait 18 ans. Mais, l'autre, ils ont fait marier, je l'ai laissée à 5 ans. Les enfants, ils sont restés, avec leur grand-mère, la mère de leur père. [...] J'ai laissé mes filles, donc, y a beaucoup de choses qui étaient mélangés dans mon cerveau, c'est pour ça. C'est pour ça, ça m'a fait comme la dépression ». Serena : « Et c'est comme ça que je suis arrivée ici. C'était pas facile aussi, parce que j'ai, j'avais eu un troisième enfant, qui venait d'avoir deux ans, c'était en février 2019. Et même les autres, c'était encore des enfants [...] Donc, c'était dur, de partir comme ça, et de laisser les enfants, et mon mari, et une fille de 2 ans, et surtout loin de la famille ».

Mariama évoque cette séparation douloureuse d'avec ses grands-parents et le renoncement à son projet de vie :

Mariama : « Et entre temps, mon grand-père essayait avec mes parents, d'obtenir un visa pour que je vienne mais ça n'a toujours pas fonctionné. On a toujours eu des rejets et du coup, en

2015, j'avais passé mon bac en Côte d'Ivoire, et je l'avais, je l'avais pas eu. Et donc, j'étais dans une phase où je me sentais pas très, très bien et..., dans cette période-là, j'ai appris que j'allais venir en France. Et donc, j'ai dit non, en fait, (rire), fallait que je reprenne mes études, que je repasse mes examens. Et, là, on m'a donné un ultimatum, on m'a dit, soit tu pars rejoindre tes parents ou sinon, tu restes là-bas quoi. Et donc [...] de là je suis venue ici, ça me déchirait de laisser ma grand-mère de l'autre côté. Parce qu'heu...j'ai toute ma vie de l'autre côté ».

d) Intégration compliquée à la société

Malgré ce deuil douloureux, il faut pouvoir s'intégrer dans ce nouveau pays. Une intégration sociale qui est difficile pour ces femmes. Elles évoquent les obstacles à cette adaptation. Halima raconte avoir été confrontée au racisme :

Halima : « *On a vécu la misère, le racisme et tout ça, on les a connus. Moi j'ai vécu tellement de choses, [...], j'ai vécu, le racisme dans ce pays. Tu sais, pourquoi je trouvais pas de boulot, dès que je disais que je m'appelle Halima, ça y est. Même le boulot m'envoie à pôle emploi, j'allais, le boulot me dit qu'il a déjà été pris alors que non, le lendemain, on va me ressortir encore. Donc, c'était pas facile, c'était pas facile* ».

Alors que Fatoumata évoque la barrière de la langue :

Fatoumata : « *Et puis, l'adaptation en France était assez difficile. Parce que, comme je parlais pas la langue, en Guinée, on parle portugais et créole* ».

Puis Awa décrit les difficultés liées aux différences culturelles :

Awa : « *Il faut tenir en France, des fois, c'est compliqué, parce que c'est ta famille qui te manque, ici, tout le monde a sa vie, là-bas, on a grandi tout le monde ensemble, de même, même manger. Mais, ici, on peut pas faire ça, parce qu'on est pas dans la même ville* ».

e) Précarité financière

Ces femmes doivent s'intégrer tout en faisant face à une précarité financière. Elles décrivent dans leurs récits des conditions de vie compliquées, parmi lesquelles :

– L'incertitude concernant l'accès au logement :

Hadidja : « *Au début, j'étais hébergée chez ma sœur, on est resté là-bas, un mois. On est arrivé, c'était le mois de juillet, heu, on a fait un mois, et après y avait quelqu'un, qui avait un logement, un studio. Donc, la vie n'était pas facile, on a 7 personnes dans ce studio de 2000 jusqu'en 2007, pendant 7 ans* ».

Suzanne : « *[...] je suis appelé le 115, so, depuis, depuis-là, j'habite avec le 115. Le 115, c'est une place, une place, une place. Tu vois... Hôtels, foyers, foyers, foyers. En plus, le plus difficile, c'est quand on change le foyer [...] C'est compliqué, c'est très compliqué, oh la, très compliqué. C'est compliqué, non c'est compliqué. Et quand, on trouve un hôtel, tu restes pas longtemps, il va te dire deux semaines, après une semaine, après il change. [...] Ah, non, c'est chaud* ».

– Des revenus faibles, irréguliers, inadaptés à leur situation familiale :

Hadidja : « *Donc, ça été difficile, ça été une famille de 6-7 personnes, avec une seule ressource. Je peux dire, que j'étais au SMIC, le SMIC pour 7 personnes, ça fait très juste* ».

Suzanne : « *Moi, ici, j'ai pas beaucoup d'argent, quand je trouve l'argent, je paie l'appartement, je paie manger pour les enfants, je paie beaucoup, l'électricité, je paie beaucoup de choses* ».

f) Désillusion

Ces situations de vie sont un miroir de l'instabilité vécue dans leur pays d'origine à laquelle elles ont voulu échapper en espérant, pour certaines, une vie meilleure. Mais, elles vont vivre une désillusion quand elles prendront conscience des difficultés liées à cette intégration. Elles décrivent, habilement, le passage du rêve à la réalité :

Hadidja : « *Quand on est arrivé, c'était très difficile, quand on est arrivé, c'était un choc. Parce que quand on entendait les gens parler de la France, on pensait que c'était vraiment la belle vie et tout... Tout, tout est prêt et tout, et tous ce que vous voulez, c'est facile à avoir. Mais, quand je suis arrivée, je trouvais que la vie au pays, c'était beaucoup, beaucoup, beaucoup meilleure que ce que j'ai trouvé ici* ».

Aline : « *Et puis, je suis venue en France. En me disant c'était la belle vie, pareil, j'ai galéré* ».

Karima : « *Quand je suis arrivée en France, en 1989-1990, j'étais galérée franchement* ».

...une réalité de vie complexe, qui remet en question cette migration.

Bintou : « *Des fois, je dis, 'mais pourquoi, j'ai pas resté en Afrique'. Mais personne m'aide ici, je souffrais un peu...* »

5. Les opportunités comme nouveau départ de vie

a) Rencontres de personnes aidantes

Bien qu'elles aient rencontré des difficultés lors de la migration, elles illustrent dans leurs récits des opportunités qui vont leur permettre de commencer une nouvelle vie. Elles découvriront une certaine liberté, une certaine indépendance grâce à la rencontre de personnes aidantes comme des travailleurs sociaux, par exemple, qui les aideront à sortir de la précarité :

Aline : « *Euh, moi je me suis retrouvée dans un foyer à Trappes, donc l'assistante sociale, qui m'appelaient régulièrement, me dit, 'euh, j'ai trouvé un studio pour vous, sauf qu'il est à Limay'* ».

Oumou : « *Le bébé, il avait 3 mois, on est retourné chez l'association CAFDA, on a dormi là-bas aussi, devant la porte. Parce qu'eux aussi, ils nous ont dit 'non, on peut pas vous héberger'. [...] On est resté là-bas, et y a un monsieur, je pense, que c'est un Ivoirien, c'est lui, il nous a vu avec les deux enfants. Les deux enfants ne se lavaient pas, et nous aussi. Hein, c'était pas facile... Lui, il est monté, je sais pas, qui, il est allé voir. Tout de suite, ils nous ont donné, un, un document. Je sais pas un document, y a un hôtel* ».

... et également l'aide de personnes charitables qui joueront un rôle dans l'amélioration de leur situation sociale.

Aline : « euh, y a un cousin qui m'appelle et qui me dit 'écoute, y a un monsieur, qui, euh, voudrait que tu lui fasses heu, qui cherche quelqu'un pour du repassage'. Et, euh, là et je dis, 'ah une opportunité, pour que je parte'. [...] Chez ce monsieur, qui m'aide beaucoup dans mes démarches de papier, parce que lui, c'est, euh, il est français ».

Serena : « [...] un ancien camarade, camarade de l'école, lui, il était venu ici en 2011. Mais depuis 2011, moi je n'avais plus son contact. Et donc on était en 2019, comme, on se connaissait bien, j'étais très contente de le voir. [...] Parce qu'ici, les Burundais, ce n'est pas une grande communauté, en tout cas, ceux qui sont en Ile de France, je crois que tout le monde se connaît, et surtout les Hutus, ils se connaissent. [...] C'est lui, qui m'a aidé dans toute la démarche de demande d'asile ».

b) Dénouement de leur situation de précarité

Grâce à ces rencontres et à leur détermination, les conditions de vie de ces femmes s'améliorent. Elles se libèrent d'une charge mentale et se sentent plus légitimes. On donnera l'exemple de Serena, qui est arrivée en France seule, laissant mari et enfants. Elle obtient l'asile, et après des années de combat et de difficultés, elle obtient un travail, un logement et parvient à faire venir sa famille :

Serena : « Et donc on était en 2019, donc, je suis arrivée seule. [...] La demande d'asile, elle passe plus facilement. Au bout de, euh, 6 mois, ça été vraiment rapide. En 2020, en janvier, en janvier 2020, j'ai commencé à travailler. [...] Donc, j'ai pris ce CDI, juste pour voir si je peux trouver un logement plus grand, pour la famille, et je l'ai eu vraiment. Et comme c'était une entreprise d'insertion, on m'a aidé à trouver ce logement, je l'ai eu. [...] Parce que tout de suite en 2020, moi j'avais le titre de séjour, tout est permis, quand on a un titre de séjour. J'ai commencé les démarches, mais c'est en Août 2021, qui sont arrivés ».

... et celui de Hadidja, mariée à l'âge de 15 ans, qui doit arrêter l'école pour rester près de son mari. Pourtant son rêve est d'être médecin. Elle migre en France avec son mari dans l'espoir d'améliorer la situation de vie de ses enfants. Hadidja désire leur réussite, celle qu'elle n'a pas connue. Après des années de difficultés, une vie très précaire, son acharnement paie. Elle nous raconte fièrement la réussite scolaire de ses enfants, dont une, qui est devenue médecin généraliste. Son récit illustre cette ascension sociale, le fruit d'une persévérance pendant ces années de souffrance :

Hadidja : « C'est-à-dire, que j'avais un petit rêve, quand j'étais petite, quand j'étais enfant... Parce que, quand je me suis mariée, j'étais adolescent ... J'avais toujours ce rêve, d'être médecin...J'avais ce rêve, d'évoluer, d'aller plus loin. Mais je n'ai pas eu cette chance-là, parce que je me suis mariée très tôt, mais le rêve est resté. Il était resté dans ma tête, après j'ai eu les enfants... Donc, on a commencé, à leur pousser, à leur pousser d'aller un peu plus loin [...] que les enfants fassent des études supérieures. [...] En fait, l'arrivée en France, c'était pas un rêve pour moi. J'ai jamais rêvé d'arriver en France, c'était un choix voilà. On a fait le choix, parce que c'était par rapport aux études des enfants. [...] Depuis, l'âge de 16 ans, j'ai eu mon premier enfant, en 1990 voilà...Aujourd'hui, elle, elle a 34 ans, elle est médecin. Elle est médecin généraliste. Ma deuxième fille, elle est infirmière, elle. Heu, j'ai eu un garçon aussi, il est ingénieur. J'ai aussi une fille, aujourd'hui elle est dentiste ici en France. Donc il nous reste la petite [...] Euh, aujourd'hui, elle est à la fac, 2^e année, à, à la fac de Reims en Sciences Po ».

c) Indépendance, Liberté

Elles vont exprimer cette indépendance, cette liberté au fur et à mesure de leurs récits :

Aline : « *Je dis 'ouf, je souffle'. Et, euh, là et je dis, 'ah une opportunité, pour que je parte' ».*

Suzanne : « *Jusqu'à que, maintenant, je suis libre (sourit), je prends, mon, mon (rire), mon appartement. Maintenant, j'habite mon appartement, depuis 2021 ».*

6. Le travail comme échappatoire

a) Formations, démarches visant à l'accès au savoir

De plus, l'accès au travail va être également un moyen de s'émanciper. Elles expliquent comment elles parviennent à s'échapper de leur quotidien en rentrant dans le monde du travail. Pour ce faire elles vont d'abord devoir se former. Bintou débute par l'alphabétisation :

Bintou : « *Après, j'ai fait la formation, avant je comprends pas le français, je parle rien. Le lire, on connaît pas. [...] J'ai fait de formation, formation de, de, heu, pour parler un peu de français, l'alphabet aussi, on a fait ça après, après j'ai trouvé de femme de ménage ».*

... d'autres, se forment, dans le domaine du service à la personne :

Halima : « *Donc, euh, j'ai trouvé une formation, de garde d'enfant. C'est nounou agréée, pour que je sois agréée ».*

Oumou : « *J'ai fait une formation, ADVF (assistante de vie et de famille) en 2022, de juillet, euh non, de février 2022 à juillet 2022 ».*

b) Prise de poste

Par la suite, elles trouvent un métier qui est le reflet de leur personne. Des femmes au service de l'autre, attentives aux besoins des personnes vulnérables :

Hadidja : « *J'ai arrêté de faire caissière, et ensuite je me suis orientée en une formation d'auxiliaire de vie ».*

Karima : « *Et j'ai trouvé, des heures aussi, pour aider une personne âgée, pour donner de l'aide à domicile ».*

Serena : « *Euh, je travaille à l'hôpital, j'accompagne des personnes isolées, des personnes malades, isolées... Et, c'est en fait dans le cadre, de..., je suis aumônier, on va dire aumônier d'hôpital ».*

... d'autres vont travailler dans le domaine du soin :

Suzanne : « *Moi, je travaille, je suis aide-soignante ! Ouais, je travaille à l'autiste, les femmes de l'autiste ».*

Fatoumata : « *[...] Je faisais aide-soignante, je suis aide médico-psychologique. Je travaille [...] un foyer d'hébergement ».*

c) Don de soi

Leur profession redonne du sens à leur vie. Elles s'investissent dans leur profession au profit de l'intérêt de l'autre. Par conséquent, on peut distinguer dans leurs récits que ces femmes sont dans le don de soi. Ainsi, elles apportent de l'attention, de la bienveillance, de l'intérêt aux personnes dans le besoin. Elles sont très investies dans leur métier :

Serena : « *On fait l'écoute, l'accompagnement, des personnes malades isolées, qui n'ont pas de famille ou qui ont des familles qui vivent loin. Ou, qui ont moins de visites, ou tout simplement qui souffrent, qui ont besoin de parler* ».

Hadidja : « *C'est un métier que j'ai beaucoup aimé, je me sentais très, très bien avec les personnes âgées. On s'entendait bien, je les accompagnais dans leur vie quotidienne. L'accompagnement, tout ce qui est sorties, faire les courses, machins..., les repas et tout [...] Il y a des moments, que le moral n'est pas là, faut, il faut les comprendre les écouter, essayer de les soulager, trouver les bons mots. On était leur rayon de soleil, qui voyait le matin* ».

Awa est très dévouée et soucieuse de la qualité de son travail :

Awa : « *Et donc, je travaille comme femme de ménage, heu, c'est ça que j'ai fait ma vie [...]. Je fais 4 heures, 3 heures, 1 heure et demi, je fais mon travail comme chez moi, je fais le travail comme si je travaille pour moi-même. Donc, je tenais bien, bien le ménage* ».

e) Pénibilité au travail

Mais ces femmes dépeignent aussi, tout au long de leurs récits, les difficultés de leurs professions, en particulier la pénibilité au travail. Elles exercent des métiers très physiques, d'où la pénibilité des tâches :

Karima : « *Je commençais à faire du ménage dans l'école. Après, euh, je, euh, je restais pendant 10 ans faire le ménage, après je partis faire, faire, travailler à l'aéroport pour nettoyer les avions, faire les repas des avions [...] c'est dur pour moi, de monter et descendre. Rester debout aussi, pour préparer les repas d'avion on fait les chaînes, rester debout, debout... Debout pendant cinq heures de temps, après j'avais mal au dos* ».

Bintou : « *Le dernier travail c'est femme de ménage à la Défense dans les bureaux. Les bureaux, là, là, on court, on court, on court ... Oh, les bureaux, c'est dur, hein, 63 bureaux, 3 heures de temps (rire). On court, on court, on court, partout, partout. C'est dur !! C'est trop, trop dur !!!* »

Ces difficultés au travail évoquées plus haut peuvent entrer en contradiction avec le désir de maintenir sa place dans la vie active :

Serena : « *C'était très, très dur, en tout cas, dans les premiers mois, je m'étais dit que je vais arrêter ce travail (rire). Parce que c'est de la préparation de commande, on était dans une boîte, où on remplit de gros cartons, de grosses caisses. [...] Assis, accroupis, après debout, je ne sais pas. Mais c'est surtout la façon de rester debout, au même endroit [...] Donc, tout ça, c'était très dur. C'est vrai, qu'on a envie de travailler, moi, j'avais envie de travailler. Mais c'était la première fois, que je fais un tel travail* ».

f) Répercussions des conditions salariales

Cependant, les contraintes physiques vécues dans leur environnement de travail vont engendrer des problèmes de santé physiques et/ou mentaux. Pour certaines de ces femmes, le travail n'a plus de sens, elles ne se sentent pas reconnues, entendues. Elles sont victimes d'une surcharge de travail qui a eu un impact sur leur santé mentale et physique :

Fatoumata : « *Et, puis le burn-out au travail, pas comprise, pas de reconnaissance professionnelle [...] Bah, je me sens un peu emprisonnée, dans mon, dans mon travail, c'est ça le mot. Là, je suis en arrêt maladie, [...] j'ai plus envie* ».

Fatoumata : « *Parce que je fais un travail quand même physique, on bouge pas mal, les sorties, les activités, les machins, on porte... Et le fait de travailler de nuit, ça me convient plus. Je suis en train de troquer ma santé pour le travail, ça aussi c'est plus possible* ».

Serena : « *[...] Je suis fatiguée dans l'entreprise, je rentre à la maison, et la famille, que je n'ai pas vue depuis deux ans et demi, je n'ai pas le temps de profiter le soir, je suis très fatiguée, je suis épuisée physiquement et émotionnellement. Donc, j'ai trouvé que la vie ne pouvait pas continuer comme ça. C'est comme ça, qu'après j'ai décidé d'arrêter* ».

Si bien que certaines sont contraintes d'arrêter le travail sur avis médical :

Hadidja : « *Mais ce n'est pas un métier facile, je vais pas vous mentir, c'est un métier très difficile [...] J'ai arrêté de travailler, j'ai été déclarée inapte pour le travail* ».

Awa : « *Le docteur, et le médecin du travail, ils ont vu que ma situation, il a pas mérité, que je reprends, que je reprends, donc, ils m'ont fait arrêt, arrêt, jusqu'à 2022, et ils ont dit 'non c'est bon maintenant...' Ils m'ont mis en inaptitude* ».

Bintou : « *Parce que moi je forçais pour travailler. Voilà, quand je frotte le par terre, le balai est coincé et mon dos est bloqué. Voilà depuis ça, ça va pas. Le médecin du travail, il a dit 'faut arrêter le travail, parce que c'est pas beaucoup d'heures, c'est 3 heures de temps, en plus ton dos, ton dos là, il est trop, trop dur, et les enfants sont petits'. Voilà... Il a arrêté* ».

C/ Deuxième partie : Le rapport au corps et au corps médical

Si l'on naît avec un organisme, le corps est une construction sociale c'est-à-dire que « le corps semble aller de soi mais rien finalement n'est plus insaisissable. Il n'est jamais une donnée indiscutable, mais l'effet d'une construction sociale et culturelle »⁶². C'est pourquoi la maladie ne peut être saisie uniquement dans un en-soi mais toujours approchée au travers d'un être souffrant. Cette posture initiale du médecin justifie l'intérêt que nous portons à décrypter la maladie, fit-elle à ranger dans les troubles somatiques fonctionnels, puisque derrière elle il y a une personne avec sa plainte⁶³.

⁶² Le Breton D. Anthropologie du corps et modernité, PUF, 2010, p. 17

⁶³ Sur ce point, il est possible de lire le texte de E. Levinas : Levinas E. L'éthique est transcendance, Médecine et éthique, le devoir d'humanité, Le Cerf, 1990

1. Catégorisation

Notre catégorisation de la partie 2 met en évidence 5 catégories et 22 sous-catégories (tab.5)

Catégories	Sous-catégories
Les symptômes rapportés au médecin généraliste	-Description des symptômes -Symptômes chroniques -Multiples symptômes -Symptômes résistants aux traitements -Symptômes inexpliqués
Symptômes inexpliqués, entre acceptation et frustration	-Questionner le corps médical -La réflexion du patient -Des attentes vis-à-vis du corps médical -Faire face à la frustration
Position du médecin généraliste face à ces symptômes	-La réflexion du médecin généraliste -Désintérêt, déni de la symptomatologie -Impuissance, limite du médecin généraliste
Parcours de soin	-Plusieurs examens complémentaires -Recours aux spécialistes -Consultation de professionnels paramédicaux -Changement de mode de vie -Essaie de thérapie traditionnelle -Recours à une médecine alternative
Champs des émotions	-Incertitude face à l'avenir -Confiance et espoir d'une vie meilleure -Traumatismes résultant des trajectoires destructrices -Lien psyché-soma

Tableau 5 : Catégories et sous-catégories de la partie : Rapport à son corps et au corps médical

Dans cette deuxième partie d'analyse, ces femmes vont se confier sur leurs troubles somatiques fonctionnels, révélateurs du rapport à leur corps et au corps médical.

2. Les symptômes rapportés au médecin généraliste

a) Description des symptômes

Dans un premier temps, ces femmes énoncent dans leurs récits les symptômes ressentis qui les conduisent à consulter un médecin généraliste. Ces symptômes nous sont décrits dans le détail et traduisent leur impact sur la vie de ces femmes au quotidien. Elles rapportent des éléments sémiologiques en rapport avec des douleurs de type neuropathique pour certaines :

Hadidja : « *J'avais des douleurs, courbatures, chaleur, pff, frissons et tout... Je n'arrivais pas à me mettre debout, douleurs, très, très forts, frissons, des douleurs piquantes, ça lançait, [...], mais de l'électricité. Voilà, dans les deux jambes, j'arrivais pas à me mettre debout, à m'asseoir, et tout, machin. Une faiblesse, une faiblesse...* »

Suzanne : « *Je l'ai dit, j'ai mal, là, à la cuisse, j'ai senti que j'ai mal, j'ai senti, qu'il y a quelque chose. Parce que, quand je vais rester longtemps debout, c'est là, où ça pique, ouais, quand je touche, quand on touche, je sens le froid. Comme ça pique, comme une aiguille, ça fait froid, ça fait chaud, ça mélange, c'est, ça brûle, ça pique, c'est froid* ».

Ces douleurs peuvent être diffuses :

Halima : « *Je commence à avoir froid, j'ai froid partout comme si j'allais être malade. J'ai des trucs dans mon corps, qui marche comme si y avait des bêtes dans tout mon corps qui circule, ça monte dans le dos, ça monte jusqu'à la tête. Comme des fourmis..., et ça me donne des crampes à tout le corps, et même à la tête. Je sens, qu'à la tête, y a des crampes* ».

Oumou : « *J'avais des douleurs partout, des douleurs partout, de la tête au pied, même si je touchais, ça me faisait mal* ».

Mais le symptôme peut être autre qu'une douleur. Une de ces femmes évoque un problème de toux qu'elle décrit clairement :

Karima : « *Je tousse sans arrêt à la maison. Je tousse, toujours, toujours c'est sèche. Toujours, je crache pas de jaune, je tousse sec...* »

Dans la continuité de la description sémiologique, les symptômes nous sont rapportés comme intenses :

Fatoumata : « *J'ai vraiment souffert le martyr. En fait, j'ai des douleurs, des fois, quand je me lève le matin, j'ai mal... Même la nuit, ça me réveillait* ».

Serena : « *J'ai consulté beaucoup pour les douleurs de ventre, parce que c'est là, où c'était intense, ça m'empêchait vraiment de manger* ».

... à tel point qu'ils sont également insomniaants :

Halima : « *Je souffre vraiment, des fois, je suis réveillée par des crampes, je pleure... Et, là, ça fait des trucs dans ma tête, et des fois, je pleure, et des fois, ça m'empêche de dormir, je peux rester éveillée toute la nuit, sans fermer les yeux* ».

Hadidja : « *Douleurs vraiment très, très, lourdes, ça me réveillait la nuit* ».

... et peuvent être invalidants :

Mariama : « *Même le matin, au réveil, j'ai tout le temps mal au dos, franchement, c'est tous les jours, que j'ai mal au dos [...] Parce que, quand j'ai mal comme ça au dos, j'arrive pas à aller travailler, je suis carrément en arrêt* ».

Karima : « *Quand je tousse, je perds les urines* ».

Karima : « *En plus, dehors, je tousse dans les transports, tout le monde me regarde* ».

b) Symptômes chroniques

Ensuite, on comprend que ces symptômes sont chroniques, évoluant depuis de longues années et pourtant toujours inexplicables. Alors que certaines peuvent donner une date exacte du début des symptômes :

Awa : « *Parce que le problème à la cheville, c'est que ça gonfle, moi, j'ai toujours des douleurs. En fait, ça s'est pas arrêté complètement depuis 2017* ».

Karima : « *Toujours, j'ai les toux. Je n'ai jamais arrêté depuis 1992... Ça fait des années, des années, je pense que ça fait presque 30 ans, j'arrête pas de tousser* ».

... d'autres sont approximatives, mais appuient sur le fait que ces symptômes qui durent dans le temps :

Fatoumata : « *Ça a commencé y a 4-5 ans... Ces douleurs, elles existent depuis longtemps depuis très longtemps, très longtemps* ».

Suzanne : « *Moi, j'ai un problème de la cuisse, ça fait longtemps, tu vas demander au docteur, ça fait longtemps, ça fait longtemps* ».

c) Multiples symptômes

Ils peuvent être multiples, plusieurs d'entre elles ont des douleurs de localisations différentes :

Fatoumata : « *Je suis souvent réveillée par les douleurs de dos. [...] Tout le tronc, j'ai mal, j'ai mal.* »

Mariama : « *J'ai mal au ventre et au dos* ».

Halima : « *J'avais des douleurs au ventre, des ballonnements. [...] Et là, maintenant je sens que mon corps, il a des fourmillements, des crampes et ça monte jusqu'à la tête* ».

Oumou : « *Et puis, y a eu un moment, j'avais des douleurs partout, des douleurs partout. [...] Dans mon ventre, parce que c'est mon plus gros souci [...] ça me pique, ça fait mal* ».

d) Symptômes résistants aux traitements

Par ailleurs, malgré la prise d'un traitement médicamenteux, ces femmes se plaignent de la persistance des symptômes qui sont perçus comme résistants aux traitements usuels :

Karima : « *Et il m'a donné de la ventoline, bricanyl... Des trucs d'allergie, j'ai pris toute la vie jusqu'à maintenant mais toujours je tousse. Si je prends le médicament des allergies, quelques fois, je prends le Zyrtec, ça calme un peu, mais après ça revient encore, s'est jamais calmé, je tousse toujours. Après, euh, sinon, euh, je prends, de, heu, des trucs pour l'estomac quelques fois, du gaviscon. Je prends gaviscon, je trouve que ça soulage un peu, mais la toux, ça part pas* ».

Fatoumata : « *Je prends du tramadol, mais je sais même pas si le tramadol me soulage, ça me fait rien* ».

... si bien que Mariama préfère s'en accommoder :

Mariama : « *Les médicaments en fait, ne, ne font pas grand-chose. Du coup, j'ai arrêté, j'ai arrêté de les prendre* ».

e) Symptômes inexpliqués

Ces femmes, dans leurs récits, expriment leur incompréhension car elles ne savent pas, ne comprennent pas, ce qui leur arrive, ces symptômes étant perçus comme inexpliqués et inexplicables :

Fatoumata : « *Tout le tronc, j'ai mal, j'ai mal [...] Je ne saurais pas vous expliquer...* »

Serena : « [...] Je ne faisais pas quelque chose qui pouvait me causer des douleurs, donc, pour moi, c'était, incompréhensible ».

Aline : « Je comprends pas mon corps, comment il fonctionne, j'ai l'impression qu'il reste que ma tête. Je sais rien, je sais rien, c'est incompréhensible. Y avait pas de mots, y avait pas d'explication ».

... laissant planer l'incompréhension autour d'elles :

Suzanne : « C'est des piques 'Pourquoi y a ça ?' Je sais pas ».

Karima : « Après je commence à tousser, tousser, tousser. Je sais pas c'est quoi... »

Oumou : « Et puis, y a eu un moment, j'avais des douleurs partout, des douleurs partout. Je sais pas... »

Halima : « Moi je sais pas, j'ai jamais vu quelqu'un dans ma famille qui souffre de ma maladie ».

3. Symptômes inexplicés, entre acceptation et frustration

a) Questionner le corps médical

Comme ces femmes ne comprennent pas leurs symptômes, elles sont partagées entre l'acceptation de l'inexpliqué et la frustration de ne pas savoir. Dans l'attente d'une réponse, elles ont besoin de savoir, pour mieux appréhender ce qui leur arrive. Elles vont tout d'abord s'efforcer de trouver une explication, en s'adressant au corps médical :

Karima : « Mais j'aimerais bien savoir, pourquoi je tousse comme ça. Depuis, des années, des années, des années ».

Awa : « Pourquoi j'ai les douleurs comme ça ? »

Suzanne : « Le problème, c'est quand je restais longtemps debout, ça vient, ça commence. C'est des piques... 'C'est quoi ça ? Pourquoi y a ça ?' »

... car elles attendent avec impatience des réponses à leurs questionnements.

Fatoumata : « Parce que vous savez que je suis douloureuse de partout..., ». « Donc, vous le savez, qu'est-ce que vous me conseillez, vous m'orientez dans quoi ? » J'ai quand même besoin de réponse, mine de rien. J'ai besoin, j'ai besoin, qu'on me dit « voilà, ça c'est ça, ça c'est ça, voilà... ».

Serena : « En fait, moi, quand j'attends, ce que j'attends déjà chez le médecin, parce que si je décris mal les choses, qu'il puisse au moins me donner des explications ».

b) La réflexion du patient

Parallèlement, elles cherchent la cause de leurs troubles, et émettent des hypothèses. Elles sont dans une réflexion personnelle concernant leurs symptômes. Ainsi, Serena et Suzanne se remettent en question, en identifiant de possibles manquements liés à leur hygiène de vie :

Serena : « Pour les douleurs de ventre, parce que c'est là, où c'était intense. [...] Je me disais, peut-être que je mange pas bien, peut-être que je ne savais pas bien, bien faire, quel régime je peux faire ? »

Suzanne : « *Moi je pensais, c'est le poids. C'est ça, c'est ça, moi je pense. Parce que y a beaucoup de gens qui a des problèmes des pieds, ou les genoux. Et c'est le poids, c'est le poids. Le poids, il peut donner, le quoi, le rhumatisme ?* »

Awa et Karima, de leur côté, s'attachent à des croyances pour justifier la survenue ou la persistance des symptômes :

Awa : « *La douleur [...] moi je croyais que c'est l'âge, que ça dure longtemps. Donc, l'âge, il est déjà, c'est pour ça, à mon avis, c'est pour ça que ça durait comme ça* ».

Karima : « *Peut-être que c'est à cause du froid, peut-être que c'était parce que j'étais dans le, dans l'endroit qui est froid. Parce que j'avais pas une maison, j'étais dans une maison, comme une cave* ».

c) Les attentes vis-à-vis du corps médical

Ce qu'elle recherche avant tout, c'est une écoute, une empathie, une bienveillance de la part du corps médical. Elles attendent une reconnaissance. À travers leurs récits, on entend que beaucoup n'en ont pas. Elles soulignent, donc, le manque d'écoute de la part du corps médical :

Fatoumata : « *Et mon docteur, c'est un bon médecin, il est très gentil, mais il écoute pas* ».

Fatoumata : « *Et c'est ce que je vous disais au téléphone, j'ai pas compris, 'il a retenu que j'ai quand même mal partout ?'. Parce qu'il vous a quand même orienté vers moi. J'ai dit 'bah il a retenu !!'. Parce que, j'ai, en aucun cas, j'aurais juré qu'il a retenu que j'avais des douleurs. Jamais, j'aurais pensé que le docteur savait que j'étais douloureuse. Je lui disais mais j'avais pas l'impression qu'il entendait* ».

Bintou : « *Avant le médecin, il soigne bien, mais maintenant, oh, il écoute pas. Euh, maintenant, laisse tomber... Il écoute pas maintenant* ».

... mais également, le manque de considération, d'attention, d'explication :

Serena : « *Mais, une fois, que je suis allée chez le spécialiste, alors, que là, je me disais, je vais avoir enfin une réponse, bah, c'était moins d'explication. C'était moins de temps, c'était des choses, comme ça rapidement. Je me souviens la première rencontre, pour expliquer, moi je trouvais qu'il a pas beaucoup creusé* ».

d) Faire face à la frustration

Cette absence de soutien de la part du médecin généraliste crée de la frustration chez ces femmes, et peut générer une méfiance envers le corps médical :

Fatoumata : « *Je ne suis pas encadrée de ce côté-là, c'est pas assez expliqué et je trouve ça dommage, ça me frustre, oui... C'est pas assez expliqué, il me manque des éléments. J'ai vraiment un manque du côté médical* ».

Bintou : « *Il écoute pas maintenant. Maintenant, je fatiguais, je prends tramadol et doliprane c'est tout. C'est tout, c'est tout* ».

Si bien qu'Hadidja préfère consulter des spécialistes plutôt que son médecin généraliste :

Hadidja : « *Mais, au début, j'avais l'impression, qu'elle comprenait pas très. Donc, elle disait, 'faut changer de travail, faut changer de travail !'. Sauf que j'avais une situation, qui ne permettait pas de dire que je vais changer. [...] Donc, pour elle, il fallait le faire, si tu faisais pas ça, bah tant pis pour toi. Moi, j'ai continué à voir le rhumatologue, je vais pas beaucoup chez les généralistes aujourd'hui, je vais chez les spécialistes. Je vais chez le rhumatologue et aussi le neurologue* ».

Tandis que d'autres sont satisfaites. Awa se rappelle du soutien de son médecin :

Awa : « *Donc, le docteur, il me connaît, il m'a beaucoup aidée, il m'a beaucoup aidée. Franchement, il m'a beaucoup aidée. Le moral, le soin, il a fait tout. Il a fait tout son moyen pour moi* ».

Serena et Mariama évoquent l'attention et la bienveillance accordées par leur médecin :

Serena : « *[...] Le généraliste, il prenait le temps, je me souviens, qu'il parlait bien, il essayait de passer tous les côtés* ».

Mariama : « *Je venais le voir, j'avais mal mais heu, pendant 4 ans, non 6 ans, je consultais mais je lui avais jamais dit ce qui m'était arrivé. Et un jour, je suis venue le voir, je me sentais pas bien et ..., il m'a juste demandé 'ça va ?' et là je me suis effondrée* ».

4. Positionnement du médecin généraliste

a) La réflexion du médecin généraliste

Afin de mieux comprendre la relation de soin entre ces patientes et leurs médecins généralistes, il est utile d'observer comment le médecin va prendre en compte la présentation de ces symptômes qui semblent déroutants. Dans un premier temps, dans certaines situations, le médecin reçoit la plainte de ces patientes. Il va, donc, écouter, entendre, questionner, et puis émettre des hypothèses diagnostiques. Ces hypothèses seront émises avant de réaliser des examens complémentaires, ou de demander avis auprès de spécialistes. C'est le cas de ce médecin qui pose un diagnostic devant la description des symptômes faite par Halima :

Halima : « *J'avais des douleurs, des ballonnements... Dès que j'ai commencé à lui raconter, comment je vis, il a dit 'ça c'est, madame là, j'ai compris tout de suite, vous souffrez de colon et d'intestin irritable'* ».

... et, dans ces deux cas suivants, le médecin fournit des liens de causalité à la symptomatologie émise par ces patientes :

Hadidja : « *J'allais tout le temps chez mon médecin, lui raconter que je trouve que c'est bizarre que tous les soirs, ça m'arrive et tout... J'avais des douleurs, qui me venaient souvent le soir. Courbatures, chaleur, pff, frissons et tout... Après il me disait 'c'est peut-être le travail, le fait que vous faites un travail difficile, caissière, c'est pas un travail facile, vous vous asseyez longtemps ..., les muscles sont contractés et tout, machin...'* ». Donc, il m'expliquait, qu'il pense que c'était par rapport à mon travail.

Oumou : « *[...] Le bébé, il est né, ça été une césarienne aussi. Et là, je sens, quelque chose, qui me pique, là aussi, au niveau du nombril, comme une aiguille à l'intérieur qui me pique. Ça me*

fait très mal. Je l'ai dit au docteur, il m'a dit 'peut-être qu'ils ont oublié quelque chose là-dedans'. C'est grave !! »

b) Désintérêt, Déni de la symptomatologie

Par ailleurs, lorsque le diagnostic reste incertain, le médecin peut avoir une réaction négative à l'égard de la patiente. En effet, dans cet extrait de récit, on note un certain déni, une déconsidération de la plainte de cette patiente :

Hadidja : « Moi, je pense qu'au début, quand j'allais voir mon généraliste et tout, il croyait pas trop, [...] sous estimait. Par rapport aux analyses, parce qu'il y avait des analyses, qui n'avaient rien relevé donc pour elle, c'était n'importe quoi, ou peut-être c'était une dépression, ou voilà ».

Pour Halima, malgré une relation de soin de longue date, on discerne dans ses dires, un désintérêt, un scepticisme de la part du médecin :

Halima : « Un moment donné, je crois qu'il me voyait pour une folle. Il faisait semblant de ne pas, de ne pas écouter, de ne pas comprendre. Et il me connaît, il me connaît depuis des années, depuis 25 ans, on se connaît ».

Pareillement, le récit de Bintou laisse entendre le rejet du médecin face à ses plaintes :

Bintou : « Voilà, mais, avant le médecin, il m'écoute mais maintenant alala... Il dit 'non, non madame, la douleur c'est pour tout le monde'. Il dit 'ton dos là, ça fait longtemps, il est comme ça, prends le médicament, prends pour frotter' ».

c) Impuissance, limite du médecin généraliste

Lorsque le médecin généraliste ne trouve pas d'explication après de nombreuses investigations, il doit faire face à son impuissance :

Awa : « Mais, le cheville, ça était très long à guérir, parce qu'avec le souci que je l'ai... Chaque fois, il réveille, chaque fois, il réveille. Le docteur me dit « bah je comprends pas... » [...] Mais après quelques mois, ça revient la douleur, ça revient la douleur. Et le docteur, même, il était étonné de... »

...et à sa méconnaissance :

Hadidja : « Quand je vois le médecin pour lui expliquer, il sait pas !!! Il ne sait pas ».

Et malgré de multiples explorations, le médecin est dans une impasse :

Bintou : « Il a fait examens, examens, examens, voilà 2003, voilà, il a cherché, il a cherché, il a fait tout. En fin de compte, il a pas trouvé ».

5. Parcours de soin

a) Plusieurs examens complémentaires

Le parcours de soin de ces patientes est long, fastidieux ; elles vacillent entre espoir et désespoir ; toujours dans l'attente d'une explication de leurs troubles. Elles adhèrent à ce parcours de soin, réalisent plusieurs examens complémentaires, sans qu'aucune anomalie ne soit décelée :

Karima : « *Il m'a fait tous, tous, tous les analyses. Il m'a fait, de, euh, des radios, des scanners, des fibroscopies..., et ils ont rien trouvé [...] En tous cas, ils ont tous fait les examens, ils ont même fait un examen pour le souffle, ils m'ont mis dans la boîte, la boîte, pour souffler, souffler. Ils ont rien vu* ».

Serena : « *Parce que moi j'ai fait l'endoscopie, j'ai fait aussi la coloscopie. Avant ça, j'ai fait une échographie, ou peut-être une radio, mais j'avais fait un scanner, et ils avaient rien trouvé, rien.... La fibroscopie, et la coloscopie, tout est normal* ».

Hadidja : « *Il continuait tout le temps à faire des examens, il a fait des examens dès le début, il a dit, qu'il y avait rien, il a fait les examens et tout, il a fait les prises de sang. J'ai fait tous les examens, y a rien...* »

Bintou : « *Il a fait tous, radios, IRM, même chose, il trouve pas* ».

b) Recours aux spécialistes

Elles rencontrent des spécialistes qui continuent de réaliser des examens complémentaires, toujours dans cette quête de réponse. Cependant, le mystère reste entier. Ainsi, Karima et Hadidja retracent leurs parcours de soin. Elles consultent plusieurs spécialistes de ville et hospitaliers sans que l'on trouve la cause de leurs maladies :

Karima : « *J'ai essayé de voir toutes les médecins. Je suis allée voir un autre médecin aussi, il m'a fait un test d'allergie. Donc, j'ai vu tous les médecins, les spécialistes à l'hôpital, ils ont fait tous les examens des poumons, mais ils ont dit 't'as rien'. Voilà, les médecins, ils ont jamais trouvé. Et les spécialistes pour le poumon, les médecins à l'hôpital, qui m'ont fait les examens. Ils m'ont suivi, après, ils ont arrêté, c'est bon, ils trouvent rien, donc après ils ont arrêté...* »

Hadidja : « *Après, il m'a orienté pour aller voir un rhumato, le rhumato, il m'a fait faire plusieurs examens et tout et tout, mais y avait rien qui était relevé par rapport à tout ce qui est des analyses et tout, y avait rien de... Donc, il m'a orienté d'aller voir un interniste qui est à Clichy, donc je suis partie, lui, aussi, il a fait des examens plus profonds, des analyses, tout, tout, tout... Euh, des radios, des scanners, et il a dit 'moi aussi, je vois c'est musculaire...'. Donc, y a rien de, voilà... Il m'a dit qu'il faut voir un neurologue [...]. Donc, voilà, je suis retournée en hôpital de jour. Heu, c'était le neurologue, qui m'a pris en charge. Il m'a fait, le..., le ponction lombaire et après, il a prescrit heu, une IRM, une IRM mé, médullaire, voilà. Et encore une deuxième IRM cérébrale à refaire. Après je suis retournée, j'ai ramené les examens que j'ai faits, niveau cérébral et tout, y a rien. Il voit pas tout ce qui est neurologue. [...] il m'a orienté aussi, à aller voir un médecin spécialiste de la douleur* ».

Bintou relate une longue hospitalisation afin de rechercher l'étiologie de ses douleurs, en vain :

Bintou : « *J'avais hospitalisé aussi, à l'hôpital Lariboisière, j'ai resté un mois, parce qu'il va chercher pour, pourquoi j'ai les douleurs comme ça. Il a fait examens, examens, examens, voilà 2003, voilà, il a cherché, il a cherché, il a fait tout. En fin de compte, il a pas trouvé* ».

c) Consultation de professionnels paramédicaux

Malgré l'absence de diagnostic, il faut pouvoir soulager ces patientes. Nous avons vu précédemment que, pour certaines femmes, les traitements médicamenteux ne fonctionnent pas. Alors, elles vont être orientées ou s'orienter elles-mêmes vers une thérapie non médicamenteuse, en particulier vers des professionnels paramédicaux. La consultation de kinésithérapeute, par exemple, va être bénéfique pour Mariama :

Mariama : « *Je faisais des séances de kiné. En fait, les séances de kiné, quand je faisais sur le moment ça me soulageait* ».

... d'autant plus si elles sont régulières et observantes :

Hadidja : « *Et la kiné, ça m'a fait du bien, les étirements et tout. Je continue à le faire, j'allais trois fois par semaine* ».

Awa : « *Je continue le kiné, mais si j'arrêtais des fois, ou, si j'arrête sans partir, ça revient* ».

Bintou, ayant consulté différents professionnels, nous indique sa préférence :

Bintou : « *Un jour, Mariétou, elle m'a ramenée ici, ostéopathe, là-bas, ça va. Je fais tous, le kiné [...] Les massages, c'est bon, ça va. Mais ostéopathe c'est mieux. Kiné, ça marche pas trop* ».

d) Changement de mode de vie

En complément de ces traitements, elles vont modifier leur mode de vie en appliquant des règles hygiéno-diététiques, en pratiquant une activité physique pour améliorer leur quotidien, ce qui sera fructueux :

Awa : « *En tout cas, faut pas que je reste sans marcher. Parce qu'avant le docteur me dit faut marcher, marcher, moi, je fais une heure de temps à marcher, une heure et demi à marcher, après ça réveille. Après, il m'a dit, faut faire ça pour que seulement ça donne la force mais faut pas forcer aussi. Faut pas rester sans marcher aussi* ».

Fatoumata : « *Depuis que je fais le sport, j'arrive à gérer les crises, même si j'ai mal, j'arrive à supporter. Alors que pendant trois ans, je faisais plus de sport, j'arrivais pas à gérer* ».

Bintou : « *Moi, je sors, tout le temps, je sors, je marche* ».

Halima et Suzanne ont modifié leur régime alimentaire, ce qui leur a permis de mieux gérer leurs symptômes :

Halima : « *Et il a dit 'mais vous digérez pas, les, les fruits, tout ce qui est crudités, faut pas manger, arrêter les épices, arrêter les produits laitiers, les fromages, n'en mangez pas'. Alors le fromage et les produits laitiers, j'ai arrêté [...] Donc depuis 2006, je ne mange pas ça. Faut pas que je les mange frits, avec l'huile et tout, parce que ça m'embête l'estomac. Mais je mange le riz avec tous les légumes du monde, ça ne me faisait rien, à part le chou. J'ai changé d'eau,*

je bois du Hépar, parce que quand ça a commencé je buvais du Hépar, et j'avais pas la constipation ».

Suzanne : « Moi je prends le poids, j'ai trouvé que c'est le sucre, parce que, quand je suis faim, bon, j'arrive pas, je prends le coca, après je bois, et je suis bien. Je mange beaucoup. [...] Ça fait deux mois, j'ai arrêté, j'ai pas encore regardé le poids. Maintenant, je bois de l'eau, je fais le smoothie. Maintenant, tous les vêtements que je mets, je suis bien ».

e) Essai de thérapie traditionnelle

Elles vont également essayer des traitements dits « naturels », toujours dans l'espoir de guérir. Certaines utilisent des traitements traditionnels en lien avec leur culture et sont souvent satisfaites de ce type de traitement :

Mariama : « Euh, oui, du Khamaré. J'en prends et, euh, c'est plus pour mon ventre. C'est plus, pour mon ventre. Souvent, je fais l'infusion, je préfère quand c'est chaud. Ça me détend, en fait, quand j'ai mes règles, et heu, je rajoute aussi du clou de girofle. Ça m'aide. Ça arrive quand même à me soulager, quand j'ai mal au ventre ».

Ces traitements peuvent être pris par voie orale ou par voie topique :

Bintou : « Le beurre de karité, ouais, de mélange de plantes, boire le thé, les tisanes avec les plantes du bled. Je fais l'huile de l'olive avec huile de sésame ».

Awa : « Moi j'utilise toujours le beurre de karité [...] Je fais le massage avec le beurre de karité, ça aide pour les veines. Je mets le beurre de karité, et des fois, les pommades fortes, mais je sais pas comment ça s'appelle en français 'montlaton', ça vient du Sénégal, ça vient d'ici, je mélange avec le beurre de karité, je frotte avec... Nous, on dit montlaton ».

En plus des traitements traditionnels, Karima et Halima évoquent une thérapie à base de plantes médicinales. Toutefois, elles ne sont pas toujours convaincues de leurs bienfaits :

Karima : « Moi, même j'ai essayé de, de faire des médicaments de chez nous. Je prends des, des gingembres, je fais du thé. Ou bien, je prends des citrons, je mets avec du girofle, ou avec de la cannelle. Je bois ça. Ou bien, je mélange le gingembre avec du miel, de, heu, de l'huile d'argan. Un moment, ça calme un peu, et ça continue encore. J'ai acheté un truc qui s'appelle romarin, je bois, bois pendant 1 semaine, 2 semaines. Quelquefois, je trouve que ça augmente même la toux ».

Halima : « Ah, j'ai pris tous les plantes, je..., dès que je trouve sur Google, j'ai lu, du gingembre, de la cannelle, de la céleri. Par contre le céleri, quand je bois, là, ça fait longtemps que j'ai pas bu, ça m'atténue, un petit peu, l'inflammation. Le coriandre, pour la digestion à le faire bouillir et le boire. Le, le, j'ai utilisé, même du laurier. Mais, ça va un moment, trois jours et après basta. Ça revient, il me faut un traitement pour..., pour... Qu'est-ce que j'ai pris d'autre ? Qu'est-ce que j'ai pris d'autre ? Heu des graines de chia, du chia, jusqu'aujourd'hui, j'en prends, ça, ça atténue l'inflammation, ça me fait aller aux toilettes un peu ».

Enfin, elles ont aussi recours à une médecine alternative, non conventionnelle. Elles sont dans l'expérimentation tout en continuant d'adhérer à la médecine occidentale. Il peut s'agir de la cupping thérapie ou de l'acupuncture qui peut révéler la proximité de ces femmes avec la médecine traditionnelle « d'ailleurs » :

Mariama : « *Ou même faire la 'hijama'. Je sais pas si vous connaissez ? C'est euh..., faire des incisions, au niveau, là, où, y a la douleur, est extraire le sang. Ça, je l'ai fait une seule fois, j'avoue le jour où je l'ai fait, ça m'a soulagé. Quand ils ont extrait le sang, mais après les douleurs, les douleurs sont revenues hein, donc, euh... »*

Bintou : « *[...] Voilà, je fais les 'hijamas', je fais deux fois, ouais, ça va, ça va ».*

f) Recours à une médecine alternative

La pratique de la médecine alternative peut être fructueuse. Halima décrit une amélioration de son état :

Halima : « *Là, j'ai fait de l'acupuncture un moment, donc je crois que je vais y retourner, mais lui aussi, il me disait toujours que c'est le stress. Il a remarqué, il m'a dit c'est le stress. Et c'est vrai que ça me soulageait, et pendant 6 mois, j'étais bien. Parce que c'est vrai, que ça me dégageait beaucoup d'énergie, si c'était le stress, ça a fait quelque chose. Ça a marché, ça a vraiment bien marché, ça m'a donné de l'énergie, ça a enlevé toutes les douleurs, là, je les ai pas senties pendant 6 mois ».*

Bintou et Halima, pour leur part, ont consulté des guérisseurs, sans que cette approche soit concluante :

Bintou : « *On a fait la prière, pour soigner. Mais le cheikh là, les mots sont pas très bien, (rire). C'était pas bon, ça a pas marché, parce que la prière faut connaître bien lire, pour que ça marche ».*

Halima : « *Et, un jour, j'ai vu un marabout, mais qui n'est pas comorien, hein. Et il m'a dit que, qui donnait des traitements aussi aux gens, et il m'a dit, 'c'est une maladie mystique'. Il sait pas ce que c'est. Il dit que c'est un mystère ».*

6. Champs des émotions

a) Incertitude face à l'avenir

Après ce parcours de soin, comment ces femmes se sentent-elles, face à cette errance diagnostique ? Que vont-elles conclure de l'absence de diagnostic ? Elles font part de leurs émotions tout au long de leur récit. Certaines femmes ressentent des émotions négatives car elles sont dans une incertitude face à l'avenir. Le corps médical n'ayant pas trouvé de causes à leurs symptômes, elles envisagent leur avenir avec difficulté. Fatoumata exprime sa déception et sa frustration :

Fatoumata : « *J'ai des douleurs, que je, que j'ai l'impression que médicalement on pose pas de nom à ce que j'ai... »*

Fatoumata : « *En fait, on a pas vraiment cherché, je, je m'attendais à ce qu'on met un nom sur quelque chose, qu'on met un nom... »*

... Serena, la peur, l'inquiétude face à l'absence de diagnostic :

Serena : « *Et je comprenais pas, comment on me disait à chaque fois, que je n'avais rien, je n'arrivais pas à comprendre. Je me disais, surtout qu'il passe à côté de quelque chose ».*

Serena : « *Et ça m'angoissait beaucoup, parce que je me disais que je vais avoir, avoir quelque chose de grave et que le médecin, n'arrive pas à le voir, oui...* »

Halima témoigne de son désespoir quant à l'avancée de son parcours de soin :

Halima : « *Sinon à part ça, je crois pas qu'il puisse faire d'autre chose...* »

b) Confiance et espoir d'une vie meilleure

Par ailleurs, Karima est confiante, et garde espoir. Elle attend qu'un jour le corps médical lui donne une réponse :

Karima : « *En tout cas, si je trouve un médecin qui me demande de faire tout à zéro, je vais recommencer tous les examens, si je trouve un médecin qui va trouver ce que j'ai. Si un médecin peut soigner ce que j'ai, je peux faire tous les examens, qui va demander [...] Je veux savoir ce qui me coince, parce que là, je fais par hasard, je prends ça, ça... La toux est pas disparue, ça calme, et après ça continue. Donc, si je trouve un médecin qui dit 'la toux, je sais la cause, on va faire un bilan de A à Z, pour qu'on trouve le problème de toux', si j'ai les moyens, je préfère le faire.* »

Mariama et Hadidja expriment également leur persévérance ; elles sont dans un combat permanent :

Mariama : « *Et, euh..., j'espère un jour trouver une solution à toutes ces douleurs-là. Voilà. En tout cas, je vais continuer de me battre...* »

Hadidja : « *Voilà, mais jusqu'aujourd'hui, je continue à faire les examens. Je continue à faire, à aller voir le neurologue... Je continue à me battre...* »

c) Traumatismes résultant de trajectoires destructrices

Beaucoup de ces femmes gardent des traumatismes d'une vie marquée par des violences ; des violences aussi bien physiques que psychologiques susceptibles de mettre leurs vies en danger :

Aline : « *Euh, voilà, ça a commencé comme ça, les coups, les insultes, euh, les coups, les insultes, les humiliations et euh, la maltraitance. 'Il va pas changer, il va continuer à me maltraiter, à me taper dessus, à me crier dessus'. Et puis, c'était du genre, il mettait la clé sur la porte et je me disais 'qu'est-ce qu'il va m'arriver aujourd'hui ? Est-ce que je vais me réveiller le lendemain, est ce que je vais être tapée, est ce que ... ?'* »

Oumou : « *Tout ce que j'ai vécu au Mali, en Libye, parce que la Libye, c'était trop violent...* »

Mariama a été témoin de violences sexuelles :

Mariama : « *C'est réel, moi, de mes propres yeux, j'ai été traumatisé. Parce que j'ai vu ma cousine, en fait, se faire exciser quand elle était bébé. J'ai vu la dame qui faisait cette pratique-là, j'ai encore cette image-là qui me hante. Et donc, en fait, j'aimerais en fait que les gens comprennent que ce n'est pas une bonne pratique, en fait. Et ça peut nuire vraiment à la santé des femmes* ».

... et également victime, ce qui a engendré des traumatismes :

Mariama : « *Et du coup, par rapport, euh, au viol aussi. C'est dur... Parce que moi, on m'a quand même demandé de me taire, j'ai pas pu parler, j'ai essayé de continuer d'oublier, comme on m'a demandé mais impossible* ».

d) Lien psyché-soma

Enfin, toutes ces femmes témoignent au cours de leurs récits, d'événements de vie marquants, en sous-entendant qu'il y a un lien avec leur état de santé actuel. Ainsi, ces femmes évoquent le lien potentiel entre la psyché et le soma. Certaines relient leur symptomatologie à leur état émotionnel :

Mariama : « *Euh..., j'ai, quelquefois, j'ai pu faire une liaison. Euh, en fait, y a des moments, euh, je pense à tout ce qui s'est passé, en fait. En fait, quand je me sens pas très bien, quand je me sens pas très bien en fait, je ressens ces douleurs-là au ventre* ».

Fatoumata : « *Mais les douleurs, ils reviennent parce que je pense que je commence à être angoissée, parce que je sais que je vais reprendre le travail* ».

Serena : « *C'est vrai que les douleurs dans le dos, c'est resté plus longtemps, parce que, même aujourd'hui, quand je suis trop stressée ou énervée, des fois, je peux les sentir* ».

Elles incriminent, aussi, des psycho-traumatismes vécus tout au long de leur vie :

Fatoumata : « *C'est pour ça, je peux assez vite, vous expliquer, parce que je me dis « ok, t'as plusieurs points, j'ai le côté deuil, j'ai le côté assez fatigué..., j'ai beaucoup encaissé ». Moi j'ai beaucoup encaissé, en minimisant depuis l'enfance. [...] Donc au jour d'aujourd'hui, j'ai les retombées, donc au bout d'un moment, fallait que ça tombe, donc ça retombe à cette période-là, et l'élément déclencheur, c'est les pertes, c'est les deuils. Du coup, peut-être les pertes, les deuils me rappellent que dans le passé, bah je me suis séparée de ma grand-mère, j'ai eu une souffrance telle et telle ..., après j'ai eu des grossesses pas faciles* ».

Puis elles se questionnent sur la composante psychologique de leurs symptômes physiques :

Fatoumata : « *Je sais pas, si c'est tout l'aspect psychique qui travaille sur le corps, ou est-ce que le corps se souvient des douleurs de l'enfance ou des choses que j'ai pu vivre, qui réagit ?* »

Serena : « *Euh, je me dis aussi, que ça peut-être aussi une douleur aussi psychologique, je peux pas expliquer ça, parce que, je..., je voyais bien, que je traversais une période, peut-être pas facile. [...] Après moi, comme j'ai traversé la guerre...* »

Ainsi, pour Serena, le lien psyché-soma paraît très probable devant la disparition totale de ces symptômes après la résolution de ses difficultés de vie :

Serena : « *Moi j'avais ces douleurs, et après un certain moment, c'est parti tout seul. [...] Pour les maux de ventre, c'est parti tout seul. Bon, pour nous les Burundais, culturellement, ils vont dire 'ah oui, mais tout ça, c'est parce que tu étais angoissée, quand ton mari est arrivé, tout va disparaître'. [...] Mais je, voilà, c'est quand la famille était déjà arrivée, qu'après, je ne sentais plus de douleur. Après, c'était fini, alors que c'était très dur, très handicapant, ça m'empêchait de travailler. Je ne peux pas expliquer, des fois, on a envie d'y croire, on a envie d'y croire à ce que disent les gens. Que c'est peut-être de l'angoisse* ».

Discussion

La chercheuse, dans sa pratique, a parfois été confrontée à des situations cliniques déroutantes. Il s'agissait de patients qui décrivaient des symptômes « atypiques », et malgré l'examen clinique et la réalisation de plusieurs examens complémentaires, aucun diagnostic n'a pu être posé. Cette incapacité à poser un diagnostic pour la chercheuse a été très frustrant, surtout en tant que jeune médecin, elle éprouvait le besoin d'être capable de donner une réponse aux plaintes du patient. En effet, faire face à l'insatisfaction du patient, son attente et sa frustration a également eu un impact dans la relation de soin ; car finalement, cela remettait en question la « toute puissance » que pouvait ressentir la chercheuse après ses années d'études de médecine. C'est lors d'une énième consultation avec un patient présentant un trouble somatique fonctionnel que la chercheuse s'est orientée humblement vers le patient, en admettant ne pas savoir l'origine de ses douleurs. Elle a décidé de questionner le patient, en lui demandant s'il avait une idée, une intuition, quant à la cause de ses maux. Puis, c'est avec grand étonnement que celui-ci lui invoqua une hypothèse, jugée impossible car irrationnelle pour la chercheuse. Mais le patient a donné du sens à sa maladie, ce qui lui a permis de mieux accepter ses douleurs ainsi que le plan thérapeutique proposé par la suite par le médecin. Cette situation clinique a été l'une des plus marquantes dans sa jeune carrière, et a conduit à ce qu'elle réalise que l'enjeu pour le patient n'est pas nécessairement de comprendre la physiopathologie de sa maladie, mais de lui donner du sens. Dans le cas des troubles somatiques fonctionnels (TSF), cette posture est d'autant plus juste que le médecin ne peut fournir à la personne un modèle physiopathologique solide ; ce qui réduit à néant toute explication du côté de l'organisme. C'est donc du côté du corps, comme construit social, qu'il convient de se tourner.

En parallèle de notre étude qui met en lumière le sens donné au trouble somatique fonctionnel (TSF) chez les femmes migrantes, la chercheuse a tenté de mieux comprendre cette entité clinique dans une population ciblée perçue comme vulnérable. Nos données montrent qu'en effet, ces femmes migrantes représentent une population à risque de développer des troubles somatiques fonctionnels. Ces observations peuvent s'expliquer par leur contexte de vie, leur parcours migratoire, ainsi que par l'approche médicale et relationnelle face à leur trouble somatique fonctionnel. Ainsi, nous proposons de discuter des points suivants : dans un premier temps l'identification des causes et des facteurs de risques spécifiques aux TSF, un modèle de soin inadéquat, le lien probable entre santé mentale et TSF. À la faveur de nos résultats, nous aborderons les éléments les plus saillants de nos rencontres avec ces femmes, dont la question de la temporalité et les aspirations au *care*.

A/ Identification de cause et de facteur de risque spécifique aux TSF

À propos des rapports de causalité, il existe des modèles compréhensifs : modèle cognitif et modèle d'inhibition des émotions au travers du concept d'alexithymie.

a) Explication par un modèle cognitif

Plusieurs appellations sont ou ont été utilisées au cours du temps, et en fonction des disciplines pour nommer « ces symptômes qui ne sont pas ou peu expliqués par une lésion organique ». On peut citer entre autres les troubles fonctionnels, troubles psychosomatiques, troubles somatoformes, symptômes médicalement inexpliqués,⁶⁴ voire physiosémantiques⁶⁵.

Cette errance nosographique s'assimile aux difficultés que rencontrent les scientifiques à comprendre ces troubles. Les termes « symptômes médicalement inexpliqués » ou « troubles fonctionnels » sous-entendent l'absence d'explication médicale ou scientifique à ces symptômes. Pourtant, plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer ces symptômes. C'est pourquoi l'appellation « trouble somatique fonctionnel » serait plus adaptée car il existe en effet une discordance entre la symptomatologie et les données objectives (clinique et paraclinique) ; mais l'émergence de modèles explicatifs cognitifs et comportementaux nuance cette discordance⁶⁶.

Les symptômes décrits par les patientes de notre étude sont principalement des douleurs, mais les TSF englobent toute plainte, notamment de vertiges, fatigue, tremblement, nausées, etc. Ce sont des manifestations corporelles qui résultent de la somme entre les données du système nerveux périphériques et le système cognitif (processus dans lequel un individu est capable de recevoir, intégrer, relier et modifier les informations environnantes)⁶⁷.

En effet, les symptômes ressentis s'inscrivent dans un contexte global émanant entre autres des croyances, émotions, mémoires, expériences vécues... Dans l'article « Troubles somatiques fonctionnels : un modèle cognitif pour mieux comprendre » écrit en 2019, par des psychiatres, et un médecin interniste, les auteurs évoquent un modèle explicatif hypothétique prenant sa source sur les données des sciences cognitives⁶⁶. Dans cet article, les médecins expliquent la physiopathologie des TSF en identifiant des biais cognitifs qui vont influencer la perception corporelle.

Ce modèle cognitif est expliqué par le modèle bayésien qui est une approche computationnelle issue des principes du traitement prédictif. Le modèle bayésien suppose que le cerveau encode des croyances (états probabilistes) pour générer des prédictions cognitives à propos des entrées sensorielles (issues du système nerveux périphérique), puis utilise les erreurs de prédictions pour mettre à jour ses croyances⁶⁷.

Ainsi, la perception résulte d'un compromis entre ces prédictions cognitives et les signaux nerveux périphériques. Alors, la prédiction cognitive permet non seulement au cerveau de se préparer à la perception à venir mais contribue aussi à la construction de la perception elle-même. Il existe donc un déséquilibre entre les signaux du système nerveux périphérique et la prédiction cognitive. Le cerveau qui anticipe la perception corporelle va la créer au détriment des signaux nerveux périphériques. Dans le cas des TSF, il pourrait s'agir d'une anticipation cognitive des symptômes liée à une trop forte prédiction cognitive que le symptôme va survenir.

⁶⁴ Kachaner A, Lemogne C, Ranque B. Prise en charge psychocorporelle des troubles somatiques fonctionnels. La Revue de Médecine Interne . <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866324006325>

⁶⁵ David Le Breton rapproche ainsi la dimension physiologique et le signe qui interpelle le patient et le médecin dans une mise en sens du symptôme. Il aborde ce concept dans plusieurs ouvrages dont « Anthropologie du corps et modernité, PUF, 2010 ».

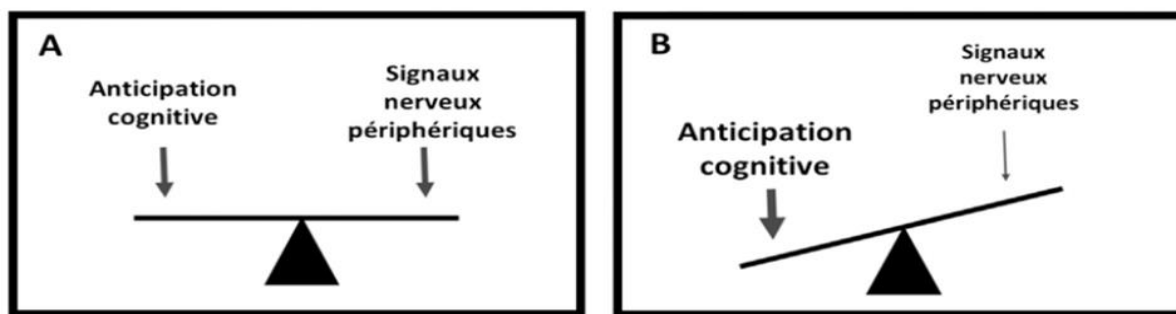
⁶⁶ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866319304394>

⁶⁷ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700620301561>

Ainsi, les TSF surviendraient parce qu'ils sont anticipés par le cerveau et ils seraient dus à un dysfonctionnement de l'anticipation des sensations plutôt qu'à une anomalie du traitement des signaux corporels afférents. C'est pourquoi, finalement, aucune lésion corporelle n'est constatée lors des différents examens réalisés par ces patients.

De plus, dans cet article, il est évoqué également les possibles raisons de la pérennisation de ces symptômes. En effet, l'une des particularités des TSF est qu'elle s'inscrit dans le temps (durée de plus de 6 mois).

Nous avons également constaté cette donnée dans notre étude, toutes les patientes décrivaient des symptômes chroniques, qui finissaient par altérer leur qualité de vie. Cette chronicité est aussi expliquée par l'anticipation cognitive ; le cerveau anticipe la survenue des symptômes, les symptômes apparaissent si bien que le patient va être de plus en plus attentif au moindre symptôme, de nouveau le cerveau anticipera les symptômes et de nouveau ils apparaîtront. Les auteurs nomment ce cercle vicieux « une prophétie auto-réalisatrice ».



A. Perception corporelle normale. Selon le modèle bayésien, la perception corporelle résulte de l'intégration des signaux émanant du système nerveux périphérique et de la prédiction par le cerveau de ce que devrait être la perception dans le contexte actuel. La balance entre les 2 types d'information est équilibrée dans les perceptions corporelles normales. B. Perception corporelle dans les troubles somatiques fonctionnels. La probabilité de survenue de la perception estimée par le cerveau est exagérément forte. Cette prédiction cognitive déséquilibre la balance et influence exagérément la perception corporelle au détriment des signaux nerveux périphériques. plus le ressenti corporel. Il se forme un cercle vicieux qui alimente l'auto-entretien du trouble : plus les symptômes surviennent, plus ils sont anticipés par le cerveau ; et plus les symptômes sont anticipés, plus ils surviennent.

Figure 2 : Balance entre anticipation cognitive et signaux nerveux périphériques provenant de l'article « Troubles somatiques fonctionnels : un modèle cognitif pour mieux comprendre »

b) Facteurs de risque des troubles somatiques fonctionnels et le concept d'alexithymie

Cependant, nous pouvons nous interroger sur les raisons d'un tel déséquilibre entre les signaux nerveux périphériques et l'anticipation cognitive. Finalement, pourquoi certains patients vont développer des TSF et d'autres non ? Il nous est décrit dans la littérature que certains facteurs peuvent conduire à l'apparition des TSF. On distingue ainsi les facteurs prédisposants, déclencheurs et d'entretiens. Parmi les facteurs prédisposants, il s'agit de traits de personnalités spécifiques : le perfectionnisme (fort niveau d'exigence envers soi), le catastrophisme (tendance à imaginer systématiquement le pire scénario), le névrosisme (prédisposition à ressentir des émotions négatives) l'alexithymie (difficulté à identifier ses

émotions)⁶⁸. À cet effet, plusieurs scientifiques s'appuient sur le concept d'alexithymie pour expliquer l'apparition des TSF. C'est un concept forgé par Sifneos en 1967 après plusieurs années de recherche sur la quête de modes spécifiques de fonctionnement psychologique chez des patients somatisants. Selon Sifneos, l'alexithymie se construit autour de quatre sous-dimensions prédominantes : une incapacité à identifier et exprimer ses émotions, une vie fantasmatique pauvre, une grande difficulté à distinguer les mouvements affectifs de ses sensations corporelles et des pensées essentiellement orientées vers des préoccupations concrètes⁶⁹. Ainsi, les patients « se plaignant sans fin des symptômes physiques » sont associés à l'impossibilité de caractériser leur sensation corporelle⁷⁰. Plus encore, cela peut être interprété comme une tentative d'expression d'émotions que le sujet ne peut élaborer⁷¹. Schématiquement, l'idée serait que faute de verbalisation par élaboration, les patients exprimeraient par et dans le corps leurs conflits intrapsychiques. Or, la clinique psychanalytique dément assez largement cette hypothèse. Le concept d'alexithymie reste controversé, puisqu'il n'a toujours pas été intégré au sein des nomenclatures psychiatriques (DSM-V, CIM-11).

On identifie également des facteurs contextuels qui regroupent les influences environnementales situationnelles (travail, logement, loisirs, famille, société), pouvant conduire à un stress, et des comportements inadéquats. On peut citer comme exemple une surcharge professionnelle, un déracinement social, un environnement violent. On retrouve également une association entre l'apparition des TSF et des traumatismes antérieurs. Puis les facteurs déclenchants, qui peuvent être d'ordre psychologique ou physiques. Il peut s'agir d'un épisode médical aigu ; par exemple une infection virale, ou l'apparition ou la décompensation d'une maladie chronique. Souvent, les TSF sont en lien avec la pathologie initiale (hyperventilation chez un patient asthmatique ou douleurs diffuses chez un patient ayant un lupus). Et enfin, les facteurs d'entretiens ou des facteurs amplificateurs qui sont des facteurs cognitifs ou comportementaux entraînant la pérennisation des symptômes. Le plus souvent, il s'agit du mécanisme d'évitement, on peut citer, « l'évitement au sport », chez des patients présentant des douleurs. De plus, l'absence de diagnostic établi, l'absence de perspectives, de sécurité, d'utilité, de reconnaissance, d'appartenance, d'attache, de capacité à apprécier les choses vont être des facteurs stressants psychogènes amplificateurs des symptômes. Ces facteurs d'entretien sont également présents dans le comportement des professionnels de santé dans la relation de soin (absence d'annonce diagnostique, stigmatisation, multiplication des examens complémentaires injustifiés, hypothèses diagnostiques infondées et anxiogènes)⁷².

Dans notre étude, nous avons identifié plusieurs facteurs de risque, essentiellement des facteurs de prédisposition et des facteurs d'entretien. Certaines de ces femmes avaient une tendance au catastrophisme et au perfectionnisme, mais reste à définir s'il s'agit d'une cause ou d'une conséquence. Beaucoup ont énoncé des traumatismes antérieurs (violences physiques, sexuelles, etc.) ayant marqué leur vie de femme, mais là encore la prudence est de rigueur car la clinique psychothérapeutique nous apprend à ne pas se précipiter sur une interprétation hâtive du symptôme dans un rapport de causalité trop évident. Nous n'ignorons pas la place et la fonction du souvenir écran, dans les cas qui nous intéressent un symptôme écran, qui vient masquer un souvenir refoulé et épargne l'économie psychique du patient⁷³. Des facteurs

⁶⁸ <https://www-universalis-edu-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/encyclopedie/troubles-somatiques-fonctionnels/>

⁶⁹ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448701001342>

⁷⁰ <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03470444>

⁷¹ <https://shs.cairn.info/revue-psychotropes-2006-3-page-193?lang=fr>

⁷² <https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2022.08884>

⁷³ Alfred Hitchcock illustre parfaitement le refoulement du souvenir par des symptômes écrans avec le film « Pas de printemps pour Marnie », 1964

contextuels ont été également retrouvés dans leur récit, tels que la pénibilité professionnelle, le déracinement social lié à la migration, les difficultés d'intégration, la précarité financière, la charge familiale, l'instabilité, etc. Nous avons pu clairement identifier pour une seule des interviewés (Aline) un facteur déclenchant physique qui correspondait à une infection virale (infection Sars Cov 2). Et puis, concernant les facteurs d'entretien, notre étude a permis de relever des facteurs d'évitement comme l'évitement de certains aliments pour Hadidja souffrant de colopathie fonctionnelle. La majorité des femmes de cette étude ont eu un parcours de soin fastidieux, ont réalisé plusieurs examens complémentaires, ont eu recours à des consultations spécialisées sans qu'aucun diagnostic ne soit posé. Ces femmes pour la plupart ont ressenti un manque de reconnaissance, une insécurité (affective, financière), un manque de perspectives quant à l'avenir et du désespoir.

Nous pensons donc que l'identification des facteurs de risque de TSF est primordiale pour adapter son modèle de soin et la prise en soin des patients consultant pour ces troubles. Ces facteurs de risque constituent une mise en vulnérabilité de ces femmes mais attention de ne pas considérer les facteurs de risque comme la cause systématique des TSF, au risque d'enfermer la personne dans une explication simpliste de sa pathologie par une interprétation grossière et trop rapide.

B/ Modèle de soins inadaptés

a) Difficultés rencontrées par les médecins

Par conséquent, il est important de porter un intérêt au modèle de soin actuel et celui proposé dans la littérature. Une étude qualitative réalisée en 2014 portant sur « la perception des symptômes médicalement inexpliqués auprès de jeunes médecins généralistes » avec pour objectif principal de recueillir « leurs expériences et impressions lors la prise en soin de patient présentant des troubles fonctionnels, ou symptômes médicalement inexpliqués » souligne la difficulté que rencontre les médecins dans la prise en soin de ces troubles⁷⁴. En ne parvenant pas à poser un diagnostic à des plaintes émises par le patient, les médecins de cette étude décrivent un sentiment d'impuissance, d'échec, d'incompétence, de frustration... Ces patients ne correspondent pas à des modèles « idéaux » de maladies, cette non-congruence est déstabilisante pour les médecins. Devant une incertitude permanente, ces médecins disent multiplier la prescription d'examens complémentaires, de consultations auprès de spécialistes et la prescription de traitements. Finalement, ils ne veulent pas passer à côté de « quelque chose », leur but est d'éliminer une pathologie somatique avant d'évoquer un trouble fonctionnel⁷⁵. Leur prise en soin est jugée non codifiée par un manque de connaissance sur ces symptômes. Les médecins considèrent que les patients présentant des symptômes médicalement inexpliqués comme des « patients difficiles », ils vont donc minimiser leurs plaintes (c'est rien), considérer que la plainte n'est pas légitime, et que la cause des symptômes est de l'ordre psychosocial (c'est dans la tête). Devant le caractère redondant et persistant de la plainte, ces jeunes médecins décrivent un désinvestissement, un manque de motivation.

⁷⁴ <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2020-1-page-5.htm>

⁷⁵ Une illustration savoureuse de cette situation se retrouve dans le livre de Martin Winkler « La maladie de Sachs » (1998) où le médecin suit avec un engagement sans faille en thérapie toute les semaines une patiente pour des douleurs abdominales chroniques qui s'avèrent être après plusieurs mois un ténia !

On retrouve ces données dans notre étude, certaines des femmes interrogées perçoivent un désintérêt, voire un rejet de leur plainte. On identifie dans leur récit la limite, l'impuissance du médecin, qui multiplie les examens complémentaires, oriente le patient vers divers spécialistes et prescrit différents traitements d'épreuve. Ceci conduit au nomadisme médical et comme nous l'avons vu précédemment à une pérennisation des symptômes. Comme on ne propose pas à ces femmes un modèle de soin adapté à leurs attentes, elles vont s'orienter vers une médecine alternative, et se soigner avec des traitements traditionnels. Ainsi, elles donnent du sens à leurs symptômes, elles s'approprient et composent leur prise en soin avec une thérapie en rapport avec leur racine, leur histoire, leur culture.

b) La quête de sens

Si toute maladie questionne sur la cause et le sens (comment ? Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ?)⁷⁶, le cas des TSF est particulier car le médecin ne répond pas précisément aux causes et au sens de ces troubles. Donc, comme toute personne malade, en quête de réponse, la recherche du sens est primordiale, d'autant plus que la cause n'a pas été identifiée. Dans cette quête de sens, la croyance que porte ces patientes en leur symptôme (dont peuvent douter les médecins) les pousse à cheminer vers un parcours de soin à l'image de leurs croyances, leur culture, leur histoire, leur identité. Nous pouvons partir du principe que tout être humain se fait du monde qui l'entoure une représentation, mais comme l'écrit F. Nietzsche, « nous faisons de toute chose une image, notre image »⁷⁷ ; c'est-à-dire que tout être à une interprétation du monde dont la maladie fait partie.

En évoquant le principe « je crois que je peux » au lieu du « je crois ce que je vois », les femmes rencontrées gardent espoir et évoquent des théories pour rendre compte de leur symptomatologie et d'une thérapie qui en découle⁷⁸. Le modèle explicatif auquel chacune a recours peut-être jugé irrationnel par le corps médical qui reste centré sur une explication physiopathologique, mais il est fécond pour saisir les liens qui se tissent entre le passé, le présent, et même l'avenir des patientes. Ce mécanisme d'interprétation du monde n'est pas spécifique des personnes qui souffrent de TSF mais propre à toute forme de maladie. Si le médecin tente de maintenir le dialogue avec son patient dans un cadre qu'il juge rationnel, un fossé risque de se créer entre la maladie-*disease* (centrée médecin) fondée sur une physiopathologie établie, et la maladie-*illness* (centrée patient) révélatrice d'une expérience psycho-sociale et une signification. L'intérêt est donc de parvenir à soigner la maladie-*disease* et la maladie-*illness* en échangeant avec le patient⁷⁹ dans tous les registres qu'ils soient ceux du savoir ou du symbolique.

Nous distinguons dans notre étude que ces femmes sont souvent reléguées au second plan, se vivent comme des « femmes de l'ombre » ou « invisibles », ayant mis de côté leurs besoins et aspirations personnelles pendant des années. En effet, elles expriment un besoin profond de reconnaissance, que ce soit par le corps médical, dans leur milieu professionnel ou au sein de leur entourage. Sur ce point, il est intéressant de noter que nos résultats mettent en lumière une forte aspiration chez nombre de ces femmes à occuper des fonctions soignantes. Le prendre soin de l'autre occupe une place majeure dans les récits. C'est avec les travaux de

⁷⁶ Taïeb O, Heidenreich F, Baubet T, Moro MR. Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. *Médecine et Maladies Infectieuses*. avr 2005;35(4):173-85.

⁷⁷ Nietzsche F. *Le gai savoir*. Gallimard, Idées, Aphor. 112, 1969, p.159

⁷⁸ <https://www.universalis.fr/encyclopedie/croyance/9-approche-hermeneutique/>

⁷⁹ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0248866397899729>

P. Molinier⁸⁰ que nous pouvons approcher cette mise à disposition de l'autre souffrant. P. Molinier parle des invisibles, de ces travailleuses subalternes qui voient nier leur inventivité pratique dans le soin. Ce désir d'exister se manifeste intensément dans leurs récits et devient une part essentielle de la relation de soin.

C'est pourquoi nous pensons qu'il est crucial de construire une relation de soin qui leur permette de se sentir vues, entendues et reconnues. En écoutant leurs plaintes et en les accompagnant dans leur cheminement, nous leur offrons une forme de validation de leur existence.

Dans ce parcours de soin, à nouveau la quête de sens occupe une place centrale. À travers le récit narratif, ces femmes racontent leur histoire, exposent leur vécu et dévoilent leurs représentations de la maladie. Ce processus narratif est fondamental, car il permet au médecin d'entrer dans le monde intérieur du patient et de saisir les différentes facettes de la relation de soin mises en avant par Rita Charon⁸¹.

Elle retient quatre éléments fondateurs de la démarche narrative :

- La temporalité, qui révèle le décalage entre le temps vécu par le patient et celui mesuré par le soignant, et qui permet d'intégrer le ressenti du malade dans l'espace du soin⁸². Dans le cas des TSF, le temps de la maladie (son histoire naturelle) se confond avec la temporalité de la patiente car il n'y a pas de lésion somatique évolutive.
- L'intersubjectivité, qui met en lumière la dynamique relationnelle entre le soignant et le patient, fondée sur un dialogue authentique et une écoute attentive des récits.
- La singularité, reconnaissant que chaque femme porte une histoire unique, et que son récit est une expression de son individualité et de son parcours spécifique.
- La causalité, qui dépasse les explications strictement biomédicales pour inclure les interprétations personnelles et culturelles que le patient attribue à sa maladie, révélant comment il cherche à donner sens à sa souffrance.
- L'éthique, qui réside dans l'acte d'écouter et de recevoir le récit du patient avec respect, reconnaissant sa dignité et son besoin d'être reconnu dans toute son humanité.

Ainsi, en intégrant le récit dans la pratique médicale, le soignant permet à ces femmes de sortir de l'invisibilité, de se reconnecter à leur histoire et de trouver un espace où elles peuvent enfin exister. C'est une approche qui non seulement enrichit la compréhension clinique, mais qui transforme aussi la relation de soin en un véritable échange humain, ancré dans la reconnaissance et la co-construction du sens de la maladie.

Cette quête de sens, nous l'avons perçue par exemple dans le récit de Bintou qui souffre de douleurs lombaires et qui, après de nombreuses consultations (généralistes et spécialistes), des multiples examens complémentaires et une hospitalisation, n'a pas eu de diagnostic établi. Elle finit par consulter un imam, en espérant guérir grâce aux paroles coraniques. Cette orientation est le résultat d'une insatisfaction, voire une déception, quant à la médecine

⁸⁰ Molinier P. Le travail du *care*. La dispute, « coll. Le genre du Monde », 2013

⁸¹ <https://journals.openedition.org/essais/12879>

⁸² Cornet P. & al. Concordance des temps. Une grammaire de la temporalité en médecine générale, *Médecine*, 2020, Volume 16, Numéro 5

occidentale. Finalement, si « la science profane » ne parvient pas à trouver la réponse à ses douleurs, peut-être que « la science religieuse » pourra y répondre. C'est une manière de donner du sens à sa maladie et d'y trouver une symbolique.

Finalement, quel serait le modèle de soin adapté aux TSF ?

c) Proposition d'un modèle de soin approprié

Un modèle de soin nous est proposé dans l'article « Prise en charge psychocorporelle des troubles somatiques fonctionnels » écrit entre autres par Cédric Lemogne (docteur en psychiatrie) et Brigitte Ranque (professeure en médecine interne). Ils proposent tout d'abord de restructurer la relation de soin, en apportant une relation de confiance, d'écoute, de reconnaissance de leur symptôme et de l'empathie. Le concept de la relation de soin peut être éclairé par la philosophie de Martin Buber, philosophe de la relation. À travers son ouvrage « Je et Tu », il propose une réforme de la relation des êtres humains par rapport aux autres êtres humains⁸³. Depuis une description des formes fondamentales de relation, Je-Tu et Je-Cela, Buber préconise un retour à la relation Je-Tu où la relation existentielle des hommes devient réciproque, totale, présente et responsable. Seulement, dans la relation Je-Tu, l'amour entre les hommes peut avoir lieu¹⁵. La relation Je-Tu représente une rencontre authentique et réciproque, où chaque individu se reconnaît comme sujet. Dans le soin, cela signifie : établir une communication où la patiente se sent comprise, écoutée et respectée⁸⁴. La confiance naît d'un échange sincère, où les mots ne servent pas seulement à informer, mais à créer un lien significatif. L'écoute, dans ce cadre, va au-delà du simple fait d'entendre car elle devient une véritable ouverture à l'autre en l'accueillant dans sa globalité. L'empathie est au cœur de cette relation de soin, permettant au soignant de percevoir et de ressentir les besoins et les émotions de la patiente, même lorsque ses symptômes défient les explications médicales conventionnelles. En reconnaissant l'autre non pas comme un objet de diagnostic, mais comme un être à part entière, le soignant instaure une relation où l'humanité prime, où la bienveillance guide chaque geste et chaque parole. La bienveillance, justement, se traduit par une attitude d'accueil et de respect, essentielle pour créer un espace sécurisant pour les patientes souvent confrontées à des obstacles culturels, linguistiques et émotionnels. En transformant chaque interaction en une véritable rencontre Je-Tu, le soignant transcende la simple relation clinique Je-Cela, où le patient est vu comme un objet, pour construire une relation basée sur l'authenticité, la reconnaissance et la réciprocité. Ainsi, dans la relation de soin, chaque acte de communication, chaque écoute attentive, chaque geste empreint d'empathie et de bienveillance contribue à renforcer la confiance et à créer une relation de soin optimale. Il ne s'agit pas seulement de traiter des symptômes, mais de reconnaître l'autre dans sa dignité, son vécu et son humanité, en accordant à chaque patiente la place et l'attention qu'elle mérite.

Puis, vient alors l'annonce diagnostique du trouble somatique fonctionnel avec une explication rationnelle des symptômes. Par ailleurs, le diagnostic de TSF ne doit pas être un diagnostic d'élimination. Ainsi, poser un diagnostic permettra de limiter le nomadisme médical, d'éviter de prescrire des examens complémentaires injustifiés ou d'orienter les patients vers de nombreux spécialistes. Enfin, dans cette démarche, il faut pouvoir prendre en compte les préférences du patient. Ainsi, cette prise en soin s'englobe dans un plan thérapeutique personnalisé. Dans ce plan thérapeutique personnalisé, il sera essentiel d'adapter la prise en

⁸³ <https://shs.cairn.info/revue-du-mauss-2016-1-page-32?lang=fr>

⁸⁴ http://www.ifac.univ-nantes.fr/IMG/pdf/Munir_Mahmoud-Saleh_Je_et_Tu_-_Les_mots-principes_version_corrige.pdf

soin en fonction des attentes du patient, de ses réticences et de ses freins. La mise en évidence des facteurs de risques cités plus haut (facteurs prédisposants, facteurs déclenchants et facteur d'entretien) permettra d'orienter vers une psychothérapie. Les auteurs préconisent une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et les thérapies de méditation de pleine conscience. Les TCC sont des thérapies d'apprentissage qui ont pour objectif de remplacer de façon concrète et durable des réactions cognitives et comportementales problématiques par des conduites souhaitées en utilisant différentes stratégies. Ils justifient cette thérapie par des résultats probants de méta-analyse recherchant l'efficacité des TCC sur les TSF. En effet, en travaillant sur une approche cognitive, la TCC permet de restructurer les pensées, et d'aider par exemple le patient à mieux identifier ses émotions (trait alexithymie), à être plus positif (trait névrosisme), en ayant des projections positives pour éviter une détresse émotionnelle. Sur l'approche comportementale, elle travaille sur la revalorisation, la confiance en soi, l'engagement dans des activités de bien-être et permet également de lutter contre des mécanismes d'évitement en se confrontant à ce qu'ils redoutent. En ce qui concerne les thérapies de méditation de pleine conscience, il existe peu d'étude stipulant leur efficacité dans la prise en soin des TSF, mais les auteurs considèrent que les exercices de pleine conscience offrent une alternative crédible aux stratégies d'évitement cognitif et un moyen de mieux identifier les pensées automatiques car elles s'inscrivent dans une stratégie d'acceptation des situations, et d'accueillir l'expérience du moment présent sans jugement. En outre, l'orientation auprès d'un psychiatre peut être utile lors d'un doute diagnostique ou pour dépister une éventuelle anxiété ou dépression sous-jacente.

Il est intéressant de noter, que dans notre étude, aucune femme n'a bénéficié d'une thérapie psychologique quelle qu'elle soit dans la prise en soin de leur TSF. De surcroît, aucune des femmes de notre étude n'a évoqué une consultation auprès d'un psychiatre. Par conséquent, on peut penser que l'absence d'un accompagnement psychologique peut être expliqué par une difficulté d'accès (soins onéreux, peu de spécialistes en TCC), une réticence quant à ce type de soins (préjugés culturels), la crainte que les troubles ne soient perçus que par une composante psychologique.

Pour finir, l'un des axes majeurs de la prise en soin des TSF est l'activité physique. Elle permettra la réappropriation de perceptions corporelles non symptomatiques. On remarque que parmi les facteurs d'entretien des symptômes, la conduite d'évitement la plus fréquente est l'évitement de l'activité physique. Ceci est expliqué par la peur que les symptômes ne surviennent ou ne s'aggravent après l'effort. Pourtant, la sédentarité qui s'ensuit entraîne un déconditionnement musculaire et cardiorespiratoire, des cognitions dépressives et une désinsertion sociale. Elle majore également les pensées catastrophistes concernant les symptômes, ce qui favorise une hypervigilance anxieuse avec une attention exacerbée à la moindre sensation corporelle. Ceci peut constituer un véritable cercle vicieux. On recommandera donc une activité physique, douce graduelle (yoga, Tai chi, pilates) adaptée aux capacités physiques actuelles du patient. Le choix de l'activité physique reposera en priorité sur les préférences du patient. La prescription d'une thérapie par activité physique graduelle à l'aide d'un kinésithérapeute peut être très bénéfique, avec des séances régulières pluri-hebdomadaires.

Effectivement, nous avons constaté que les patientes décrivaient une amélioration de leur symptôme lorsqu'elles initiaient une activité physique régulière. Elles décrivaient également la reprise des douleurs lors de l'arrêt de l'activité physique. Les femmes de notre étude ont souligné l'importance de la régularité des séances de sport pour éviter une recrudescence des douleurs. Souvent, ces femmes étaient suivies régulièrement par un kinésithérapeute et ont remarqué une nette diminution des douleurs. Parallèlement aux séances

de kinésithérapie, les patientes pouvaient consulter des médecins complémentaires comme des ostéopathes, des acupuncteurs, naturopathes, etc. Elles signalent une amélioration de leur symptôme avec un sentiment de bien-être. Par ailleurs, peu de données probantes dans la littérature étayent l'intérêt de telles pratiques dans les TSF, mais celles-ci peuvent parfois apporter au patient un mieux-être qui doit être respecté par le clinicien. Ainsi, il faudrait évaluer individuellement les méthodes utilisées par chaque patient pour voir si elles semblent bénéfiques, si elles ne sont pas trop coûteuses, si elles ne l'empêchent pas de réaliser d'autres thérapies plus efficaces, etc.

En définitive, le médecin traitant doit avoir une place de médecin référent dans la prise en soin des TSF, avoir une attitude empathique, d'écoute, puis poser le diagnostic de TSF en donnant une explication claire, établir un plan thérapeutique personnalisé adapté et éviter un nomadisme médical.

C/ Lien entre santé mentale, trouble somatique fonctionnel et migration ?

a) Lien santé mentale et trouble somatique fonctionnel ?

Plusieurs interrogations se posent au cours de notre étude, dont le lien entre pathologie psychiatrique et apparition de TSF. Il nous paraissait intéressant de déterminer la direction causale entre les deux types de troubles. À savoir, est-ce que les TSF résultent de pathologies psychiatriques préexistantes ou est-ce que les TSF conduisent au développement de pathologies psychiatriques ?

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature des données probantes permettant de répondre à nos interrogations. Si bien qu'on ne retrouve pas de lien de causalité direct entre une pathologie psychiatrique et l'apparition de TSF. En évoquant ces pathologies psychiatriques, nous pensons principalement à la dépression, au trouble anxieux généralisé, au stress post-traumatique. Puisque dans notre étude, certaines patientes ont également été suivies par leur médecin traitant pour des pathologies psychiatriques. On peut citer l'exemple d'Awa, suivie pour une douleur chronique de la cheville gauche consécutive à un accident de travail, elle est soignée pour un épisode dépressif caractérisé ayant nécessité la prise d'antidépresseurs. Puis, également, celui d'Oumou, suivie pour des douleurs diffuses, qui présente un stress post-traumatique consécutif à des violences subies lors de son parcours migratoire. Également le cas de Fatoumata suivie pour des lombalgies chroniques et des douleurs diffuses qui prend un traitement anti-dépresseur devant un tableau d'anxiété généralisé et de dépression consécutive à un syndrome d'épuisement professionnel. Nous n'avons pas pu établir clairement une chronologie entre l'apparition des pathologies psychiatriques et celle des TSF, et donc nous ne pouvons pas déterminer un lien de causalité éventuelle.

Néanmoins, on peut se poser la question si les troubles psychiatriques sont une cause ou une conséquence d'une souffrance qui ne trouve pas à s'exprimer.

Par ailleurs, nous remarquons que l'apparition d'une pathologie psychiatrique n'est pas forcément en lien direct avec le TSF. En effet, cela peut être secondaire à une perte d'emploi (consécutive à une invalidité pour des douleurs chroniques), des deuils pathologiques, ou encore des violences physiques subies dans l'enfance. De plus, nous avons souligné que plusieurs femmes de notre étude ont eu des traumatismes antérieurs qui correspondent à des facteurs

psychologiques prédisposants à l'apparition des TSF. On peut citer le cas de Mariama suivie pour des douleurs pelviennes, qui nous confie avoir subie des attouchements de la part de son oncle et une excision dans son enfance. Ce type de traumatisme peut également conduire à une pathologie psychiatrique telle qu'une dépression, un stress post-traumatique, un trouble anxieux généralisé⁸⁵. Ainsi, on constate que les TSF et certaines pathologies psychiatriques partagent les mêmes facteurs de risque, et qu'un patient souffrant de TSF peut souffrir d'une comorbidité psychiatrique, consécutive à ce trouble.

b) Santé mentale des migrants : exemple du Trouble de stress post traumatique, possible diagnostic différentiel

La particularité de notre étude est l'intérêt des TSF dans la population migrante. Plusieurs études ont montré une forte variation des taux de pathologies mentales chez les personnes réfugiées et migrantes. L'Organisation Mondiale de la Santé (ON) a déclaré qu'« il n'existe pas de données claires et concordantes quant à une plus forte prévalence de troubles psychotiques, de l'humeur ou anxieux chez les réfugiées et les migrantes au moment de leur arrivée par rapport aux populations hôtes⁸⁶. Le seul trouble pour lequel des différences substantielles et persistantes en matière de prévalence ont été observées est le trouble de stress post-traumatique⁸⁷. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est une pathologie psychiatrique qui se caractérise par une souffrance morale et des complications physiques qui altèrent la vie personnelle. Il est secondaire à un événement mettant en jeu la vie, l'intégrité physique ou sexuelle. La personne peut être victime ou témoin de cet événement. Dans le parcours migratoire, des traumatismes sont décrits dans le pays d'origine (violence physique, sexuelle, mariage forcée, guerre, génocide...), lors du voyage (traite d'êtres humains, violences physiques, sexuelles) et dans le pays hôte (discrimination, racisme, difficultés dans l'intégration, l'acculturation, précarité...). Les manifestations de ce trouble sont multiples : une reviviscence lorsqu'une perception (image, son, odeur) va faire effraction dans le psychisme provoquant toujours la même détresse intense, même lorsque tout danger est écarté (des pensées intrusives, des cauchemars, de véritables flash-backs). Le sujet développe également des symptômes d'évitement de tout ce qui pourrait lui remémorer la scène ainsi que des symptômes d'hyper-alerte (hypervigilance, insomnie, troubles de la concentration), des troubles de l'humeur (un émoussement de la réactivité, des affects, et de troubles mnésiques, détachement, des émotions envahissantes (culpabilité, honte, colère, horreur, une vision péjorative de soi, du monde et de l'avenir), et des symptômes dissociatifs peuvent être associés (déréalisation, dépersonnalisation, moments de transe)⁸⁸.

Par ailleurs, on distingue une certaine caractéristique chez les migrants souffrant de troubles post-traumatiques, c'est l'expression corporelle du trouble psychiatrique. Cela peut s'expliquer entre autres par des raisons culturelles, ou par pudeur. C'est pourquoi, souvent, c'est une plainte somatique algique qui va motiver une consultation auprès d'un clinicien. Les patients vont rarement consulter dans un contexte de psycho-traumatisme du fait de honte, d'évitement, de peur de ne pas être compris. Si bien que le clinicien se doit de rechercher une origine traumatique, en questionnant sur des éventuelles expositions à des violences. De sorte, de ne pas omettre le diagnostic de TSPT, en posant facilement un diagnostic de TSF. Ainsi,

⁸⁵ Inserm [Internet]. [cité 28 août 2024]. Dépression · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>

⁸⁶ <https://www.amnesty.org/fr/wp-content/uploads/sites/8/2021/05/POL3030422020FRENCH.pdf>

⁸⁷ Inserm [Internet]. [cité 1 sept 2024]. Troubles du stress post-traumatique · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>

⁸⁸ Dossier Migrants en situation de vulnérabilité LA SANTÉ EN ACTION – No 455 – Mars 2021

l'approche psycho-sociale dans une consultation auprès d'une population migrante est importante, plus encore concernant les TSF chez cette population. Elle permet de soulever l'expérience de la migration (vécu prémigratoire, voyage, vécu post migratoire) dans une dimension transculturelle (prendre en compte la dimension culturelle et linguistique).

Pour illustrer nos propos, nous citons l'exemple d'Oumou, une jeune femme de 35 ans, qui a trouvé refuge en France avec son mari et ses enfants. Elle fuyait un mariage forcé, une pression familiale et sociétale. Durant leur voyage, ils ont été confrontés à la famine, la guerre, des violences, puis également à la mort lors de la traversée de la Méditerranée. Également, une vie en France difficile, une vie dans la précarité, ils ont vécu des semaines dans la rue. Elle consulte un médecin généraliste pour des douleurs « de la tête aux pieds », ces douleurs reviennent lorsqu'elle se remémore sa vie en Lybie, ou lorsqu'elle reçoit l'appel d'une amie qui y vit. L'entretien mené avec cette femme ne visait pas à poser un diagnostic, mais les différents éléments relevés dans son récit peuvent faire penser à un TSPT associé ou non à un TSF.

c) Lien trouble somatique fonctionnel et migration ?

Nous n'avons pas trouvé d'étude probante sur la question du TSF dans la population migrante, en particulier dans la population féminine migrante africaine subsaharienne (sujet de notre étude). Cependant, la question du lien entre TSF et migration se pose car dans notre population d'étude, quasiment toutes les femmes ont développé un TSF après la migration. Cela pouvait être précocement après leur arrivée en France comme des années après cette migration. Ainsi, la question du lien entre TSF et migration peut se poser.

Pourquoi ces femmes vont développer des TSF après leur arrivée en France ?

On peut supposer que ces femmes présentaient déjà des symptômes non durables en lien avec le trouble somatique fonctionnel actuel mais n'ayant pas nécessité des consultations dans leur pays d'origine. Alors, le trouble ne peut-être qualifié de TSF du fait de l'absence de la chronicité, de l'absence d'investigation clinique et paraclinique excluant une origine organique. La migration peut être comprise comme un élément déclencheur de l'installation des symptômes, l'amplification et la chronicisation des symptômes. Puisque la disponibilité, l'accessibilité, la gratuité des soins en France, conduit à de multiples consultations de la part de ces patientes. Alors, il existe des attitudes iatrogènes de la part du corps médical du pays hôte participant à pérenniser les symptômes : absence d'annonce diagnostique, multiplication des examens complémentaires injustifiés, hypothèses diagnostiques infondées et anxiogènes...

Dans ce schéma, on peut penser que les facteurs prédisposants aux TSF peuvent-être présents avant la migration (vécu prémigratoire), les facteurs déclenchants peuvent-être présent avant, pendant ou après la migration et les facteurs amplificateurs, d'entretien sont présents après la migration.

Nous donnerons l'exemple de Karima, qui dans son vécu prémigratoire, nous relate la perte brutale de son père d'une infection virale, puis celle de son mari. Il s'agit de deuils difficiles, pouvant entraîner des traumatismes, que l'on peut considérer comme des facteurs prédisposants. Elle décrit des épisodes sporadiques de toux secondaires à des infections virales dans son pays d'origine, mais n'ayant pas nécessité de consultation. Ces infections virales peuvent être des facteurs déclenchants. Puis, quelques années après la migration, lors de sa première grossesse, une toux chronique s'installe, conduisant à de nombreuses consultations

auprès de généralistes et spécialistes. De plus, elle réalise plusieurs examens complémentaires sans qu'aucun diagnostic ne soit clairement établi, plusieurs traitements d'épreuve lui sont proposés, tous infructueux. On repère ici, l'iatrogénie du corps médical qui sont des facteurs d'entretien. Le corps médical évoque de probables allergies respiratoires comme alimentaires, conduisant à l'éviction d'allergènes respiratoires et à certains aliments. Ces différentes évictions sont également des facteurs d'entretien. Finalement, trente ans après le début du trouble, elle ne connaît toujours pas la cause de cette toux chronique, après des années de nomadisme médical, elle attend impatiemment d'être soignée. Dans cet exemple, on perçoit que les facteurs prédisposants et le facteur déclenchant du trouble somatique fonctionnel étaient présents avant la migration mais que les facteurs d'entretien s'établissent après la migration.

Limites et Forces de l'étude

Cette étude comporte plusieurs limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

Biais de recrutement

L'une des principales limites de cette recherche réside dans le biais de recrutement. En effet, nous avons rencontré des difficultés pour recruter des participantes en raison de l'inconfort et du manque de familiarité de certains médecins avec la thématique de recherche. Beaucoup de médecins ne savaient pas ce que signifiait le terme « trouble somatique fonctionnel » et, même après l'utilisation du terme « symptôme médicalement inexplicé », ils n'ont pas été en mesure de poser ce diagnostic, ce qui a entravé le recrutement. Finalement, un nombre significatif de femmes a été recruté dans un seul cabinet médical, auprès d'un médecin généraliste spécialisé dans cette thématique. Ce recrutement concentré introduit un biais de sélection potentiel, car il pourrait y avoir un surdiagnostic des troubles somatiques fonctionnels dans la patientèle de ce médecin, ce qui limite la généralisation des résultats.

Biais méthodologique

En tant que première recherche qualitative menée par la chercheuse, cette étude a également été marquée par des biais méthodologiques. Les entretiens libres, inspirés de récits narratifs, ont posé un défi particulier. Lors des premiers entretiens, la chercheuse a eu du mal à trouver un équilibre entre « laisser parler librement l'interviewée » et « intervenir au bon moment ». L'excès de relances pendant les entretiens initiaux a pu orienter les réponses des participantes, introduisant ainsi un biais dans la collecte des données.

Biais d'évaluation

Un autre biais à noter est lié à la connaissance personnelle de l'une des patientes par la chercheuse. Bien que l'entretien ait suivi la même trame que pour les autres participantes, et que la chercheuse ait tenté de maintenir une neutralité dans l'entretien, cette relation préexistante pourrait avoir influencé, même involontairement, les réponses de la patiente ou l'interprétation des données par la chercheuse.

Biais affectif

Les entretiens ont souvent abordé des événements sensibles de la vie des femmes, ce qui a suscité des émotions fortes tant du côté des participantes que de la chercheuse. Ces émotions, qu'elles soient positives ou négatives, peuvent influencer le raisonnement de la chercheuse et potentiellement introduire un biais affectif dans l'analyse des données. L'implication émotionnelle peut conduire à une interprétation subjective des récits, affectant ainsi l'objectivité des conclusions.

Biais d'interprétation

La position de la chercheuse, qui est également médecin, peut avoir introduit un biais d'interprétation. Le fait d'avoir une formation médicale pourrait orienter l'analyse vers une interprétation des symptômes en termes biomédicaux, au détriment d'une exploration plus approfondie des dimensions psychosociales et culturelles des troubles somatiques fonctionnels. Enfin, nous avons manqué de bibliographie concernant les troubles somatiques fonctionnels dans la population migrante pour pouvoir étayer notre travail.

Concernant les forces de cette étude...

Cette étude qualitative est, à notre connaissance, la première en France à s'intéresser aux troubles somatiques fonctionnels chez les femmes migrantes. Elle est innovante car elle se base sur une approche inspirée des récits de vie.

Nous avons décidé d'utiliser une méthode de recueil basée sur des récits de vie avec une analyse phénoménologique, ce qui a permis d'obtenir des informations larges et variées. La méthode de recueil de récits de vie nous a permis d'obtenir des données suffisantes, étant donné que nous avons laissé une libre parole aux interviewées. Ceci a conduit à ce que des informations inattendues nous soient exposées. Ainsi, les données obtenues sont multiples et composites. En effet, notre échantillon est très intéressant par l'hétérogénéité des origines des patientes et des troubles fonctionnels. De plus, nous avons pu recruter un assez grand nombre de patientes, ce qui nous a permis d'arriver à une saturation des données.

Nous pensons également que le fait que la chercheuse soit une femme et partage des origines (africaines subsahariennes) communes avec les interviewées a contribué à établir une relation de confiance. Ceci a laissé place à la confiance d'événements et de souvenirs très personnels, informations très utiles dans le cadre de notre recherche.

De plus, la proximité et la confiance qu'elles portaient à leur médecin qui a beaucoup de connaissances sur les troubles somatiques fonctionnels ont également favorisé la facilité des entretiens. Enfin, certaines patientes nous ont confié à la fin des entretiens avoir été libérées d'un certain poids. Ainsi, le fait de narrer une partie de leur vie leur a peut-être permis de mettre des mots sur des maux éprouvés depuis de nombreuses années. Cette méthode de narration libre a pu être un outil thérapeutique.

Perspectives

Il serait intéressant de réaliser cette étude à plus grande échelle et sans distinction de sexe, en utilisant une méthode quantitative. Cela nous permettra d'étudier l'association entre les troubles somatiques fonctionnels et la migration, en nous questionnant sur la prévalence, la présentation clinique et les pathologies psychiatriques associées.

De cette étude, nous soulignons davantage la nécessité d'améliorer notre relation de soin sur une approche centrée-patient. Comme le définit la HAS, elle se fonde d'une part sur une personnalisation des soins⁸⁹ en ce qui concerne la prise en soin des troubles somatiques fonctionnels, l'écoute du patient est primordiale, en laissant le temps au patient de s'exprimer librement, en entreprenant un dialogue structuré aux connaissances, aux représentations et au ressenti du patient.

De plus, le dépistage systématique de violences subies lors de l'interrogatoire permet d'identifier des facteurs de risque de développement de pathologies psychiatriques. Il faut pouvoir s'adapter aux préférences, attentes du patient, avoir une attitude empathique, non dogmatique pour laisser place à la reconnaissance de sa plainte et des répercussions quotidiennes du trouble. D'autre part, le développement et le renforcement des compétences du patient à partager des décisions avec les soignants et à s'engager dans ses soins, dans la gestion de sa vie avec la maladie grâce au partage d'informations, à la délivrance de conseils et à une éducation thérapeutique.

Dans ce cadre, l'importance de poser le diagnostic de trouble somatique fonctionnel et d'expliquer les pistes physiopathologiques permet au patient de s'investir dans sa prise en soin et évite le nomadisme médical.

Pour finir, la continuité des soins dans le temps en apportant un suivi et un soutien au patient par une même équipe pluriprofessionnelle et si besoin pluridisciplinaire. L'approche pluridisciplinaire, médicale, paramédicale, psychologique et sociale de la prise en soin des TSF est primordiale, d'autant plus si elle est centralisée sur une même unité de lieu.

Cette étude met en avant l'intérêt qu'aurait un dispositif de soin orienté vers les femmes migrantes ; un dispositif qui aille au-devant des femmes migrantes. En effet, dans nos résultats, nous avons remarqué que leur santé est souvent reléguée au second plan, après la santé des autres membres de la famille ainsi qu'après les préoccupations financières, sociales ou administratives. Ces femmes nous ont confié des événements de vie très intimes, traumatiques, pour certains violents, que nous pensons difficiles à aborder dans une sphère publique majoritairement masculine (qui peut être considéré comme un espace d'insécurité). Nous pensons à un dispositif tel que la Maison des femmes (lieu de prise en soin se situant à Saint Denis dédié aux femmes en difficulté et/ou victimes de violence).

On souligne également que la prise en soin de patients migrants peut nécessiter des consultations longues, un système d'interprétariat téléphonique, un réseau de soin comprenant des travailleurs sociaux et professionnels paramédicaux impliqués dans la prise en soin de cette

⁸⁹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf

patientèle. Ce type de dispositif n'est pas souvent présent en médecine de ville, mais pourtant, il nous y paraît nécessaire.

Notre étude suggère une meilleure formation des internes et des médecins généralistes à la prise en soin des troubles somatiques fonctionnels. Nous avons pu relever la difficulté que rencontrent les médecins dans cette prise en soin du fait, entre autres, d'un manque de formation. Les modèles de soin proposés permettront une meilleure prise en soin, et permettront de limiter les examens complémentaires injustifiés, les nombreuses consultations auprès de spécialistes, voire les hospitalisations qui en plus de chroniciser les symptômes engendrent un coût important à la collectivité. De plus, la dimension transculturelle que nous avons soulignée dans notre étude nous inspire à développer des formations dans ce domaine pour mieux comprendre, entendre le sens donné de la « maladie » et la manière de s'approprier « leur corps et les symptômes » par les patients migrants.

Enfin, nous pensons que l'initiation à la médecine narrative peut-être intéressante pour les jeunes étudiants. Son objectif est de (re)mettre le récit du patient et son écoute attentive au cœur de l'acte médical et d'établir une relation de qualité, marquée par l'empathie, entre le soignant et le soigné. En effet, nous soutenons que le temps d'écoute médicale ne se réduit pas à une forme d'accueil bienveillant d'un discours. L'arrangement de la narration permet, en dehors des informations délivrées, un réaménagement du sens pour le patient. Le récit de vie, en tant qu'expression symbolique participe au soin⁹⁰.

⁹⁰ <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02516821v1/file/THESE%20ECKHOUT%2024-04-19%281%29.pdf>

Conclusion

Cette étude, inspirée des récits de vie de Daniel Berteaux qui selon lui est une forme particulière d'entretien, compréhensif et narratif, au cours duquel « un 'chercheur' [...] demande à [...] un 'sujet', de lui raconter tout ou partie de son expérience vécue ». Ainsi, ces femmes migrantes que nous avons interrogées souffrant de troubles somatiques fonctionnels nous ont raconté leur histoire en évoquant ces troubles fréquents en consultation, qui ne sont pas toujours bien compris et soignés par les médecins, qui se sentent limités et impuissants face à ces patients.

L'incapacité de poser un diagnostic et une thérapeutique engendrent frustration et désespoir chez les patients. Pourtant, porter le diagnostic de trouble somatique fonctionnel en expliquant son mécanisme est l'un des leviers de cette prise en soin. De plus, notre étude a souligné que l'intérêt et la reconnaissance de ces troubles sensibilisent ces femmes qui se relèguent au dernier plan. Si elles prennent soin de leurs proches, la démarche du soin n'est pas aisée pour elles. De même que parler de leur souffrance, se « décharger » n'est pas habituel.

Ainsi, ces femmes du bout du monde décrivant dans leur récit porter le poids du monde sur leurs épaules, espèrent un soin adapté à leurs attentes. De ce fait, l'approche centrée patient où une relation d'écoute, d'empathie, de bienveillance avec un partage d'informations claires est de mise.

Dans cette relation de partenariat, prendre en compte la dimension psycho-socio-culturelle permettra entre autres d'adapter un plan thérapeutique personnalisé. Le repérage précoce des facteurs de risque du trouble somatique fonctionnel est nécessaire à une bonne prise en soin de ces troubles. Alors, le médecin de premier recours occupe une place de médecin référent, coordinateur qui établit une approche pluridisciplinaire de la prise en soin des TSF.

Néanmoins, il faut remarquer que l'information et l'explication n'ajoute pas toujours à la compréhension. Par le biais du récit de vie, se joue la construction du sens de la maladie. La narration permet un réarrangement symbolique du vécu de la maladie nécessaire pour comprendre son existence pour « s'expliquer la maladie ». C'est au récit d'intégrer dans la vie l'évènement de la maladie, c'est à lui de faire que la vie apparaisse malgré tout comme une totale signifiante. Alors, comme le dit Ricoeur, il faut « *expliquer plus pour comprendre mieux* ». Cette mission conciliatrice est celle de la consultation médicale qui donne à la maladie une signification partagée par le médecin et le patient⁹¹. Donner la parole à ces femmes est une forme de reconnaissance, de libération et est un moyen thérapeutique.

Et si la migration ne représente pas en elle-même un risque pour la santé, les circonstances entourant le processus migratoire peuvent affecter la santé des migrants. C'est pourquoi s'intéresser au vécu migratoire et également aux représentations du patient migrant aident à identifier des facteurs de risque de développement de pathologies somatiques ou psychiatriques et à mieux les prendre en soin. Néanmoins, il ne faut pas réduire le patient migrant à un patient « traumatique », au risque de poser trop facilement un diagnostic de trouble somatique fonctionnel ou de trouble de stress post-traumatique.

⁹¹ <https://chaire-philosophie.fr/jerome-poree-aux-sources-du-soin-pour-une-phenomenologie-de-la-maladie/>

Ainsi, nous considérons l'importance du dépistage systématique de violences chez tous les patients lors des consultations médicales. De plus, nous observons que ces femmes migrantes ont plusieurs facteurs de vulnérabilité, d'une part par la discrimination du genre qui existe en santé ainsi que par l'insécurité et la précarité que rajoute la migration⁹². La mise en place d'un dispositif dédié aux femmes associé à des professionnels formés à une approche transculturelle facilitera, nous pensons, l'accueil et l'écoute de ces femmes pour une meilleure prise en soin.

⁹² <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>

BIBLIOGRAPHIE

1. <https://www.louvainmedical.be/fr/article/william-osler>
2. Ceccaldi J., « Le concept d'incertitude » in Barruel F. Bioy A. et al. [dir.], Du soin à la personne, Clinique de l'incertitude, coll. Psychothérapies Pratiques, Paris, Dunod, 2013, p. 7-24.
3. Le Breton D. Anthropologie du corps et modernité. Paris : PUF, coll. Quadrige, 2010, p.14.
4. -Alric J., Préaubert Ch., « Emergence de l'incertitude dans le soin » in Barruel F. Bioy A. et al. [dir.], Du soin à la personne, Clinique de l'incertitude, coll. Psychothérapies Pratiques, Paris, Dunod, 2013, p. 25-40.
5. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoforme störungen und medizinisch unerklärbare symptome in der primärversorgung: Systematischer review und metaanalyse der prävalenzen. Dtsch Arztebl Int 2015;112:279–87.
6. Nous abandonnons le terme de prise en charge au bénéfice de « prise en soin », expression utilisée volontiers au Québec, pour deux raisons essentielles. D'une part, l'expression prise en charge induit l'idée de poids, ce que le soin n'est pas, et d'autre part, elle renvoie à une posture paternaliste antinomique avec l'idée d'une décision partagée, d'un chemin personnalisé vers l'autonomie, ce qui est le propre de la maladie chronique.
7. Reach G. Pour une médecine humaine. Étude philosophique d'une rencontre. Hermann, le bel aujourd'hui, 2022.
Charon R. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. Oxford: Oxford University Press, 2006.
8. <https://dmg-u-paris.fr/p/les-6-competences>
9. Sacket D-L, Rosenberg W-C, Gray J A., Haynes R-B, Richardson W-S. "Evidence based medicine: what it is and what it isn't." BMJ 1996; 312 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71> (Published 13 January 1996)
10. Fulford K-W., Peile E., Carroll H. La clinique fondée sur les valeurs. De la science aux personnes. Trad. A. Plagnol, B. Pachoud. Doin, La personne en médecine, 2017
11. Goutte J, Cathébras P. « Problématique de la prise en charge des troubles fonctionnels. » wwwem-premium.com/datatraitestmtm-80373 [Internet]. 22 août 2020 [cité 24 avr 2022];
12. adsp n° 111 - Santé des migrants [Internet]. [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1172>
13. L'herméneutique est la science de l'interprétation des textes, des signes complexes. Elle s'intéresse au sens et aux symboles. Elle permet d'approcher les représentations sociales dans leur dimension symbolique
14. <https://www.iom.int/fr/propos-de-la-migration>
15. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>
16. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
17. https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2020/07/Convention_de_Geneve.pdf

18. <https://www.nationalgeographic.fr/histoire/2019/08/migrant-emigre-exile-quelles-differences>
19. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
20. <https://hal.science/hal-03486699/document>
21. Docquir C. « Les symptômes médicalement inexplicables : précisions terminologiques, données épidémiologiques chez l'adulte et l'enfant, aperçu des contre-attitudes. » Bulletin de psychologie. 2013; Numéro 523(1):61 75 .
22. <https://www.em-consulte.com/article/684936/somatisations>
23. GuirJ. Psychosomatique et cancer, p.4.
https://www.valas.fr/IMG/pdf/psychosomatique_et_cancer.pdf
24. Ibid.
25. Marty P. La psychosomatique de l'adulte. Paris : PUF, 2011.
26. Sémantique fait ici un rappel comme signe qui prend une valeur symbolique, c'est-à-dire qui a du sens.
27. Le Breton D. Anthropologie de la douleur. Éditions Métaillié, 1995, p.65.
28. Organisation Mondiale de la Santé. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité - Troubles de détresse physique et de l'expérience corporelle
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association), fifth edition edn. (2013). doi :10.1176/appi.books.9780890425596
30. Dumont GF. « Les migrations internationales et l'Afrique : des logiques Sud-Nord ou Sud-Sud ? » Les Analyses de Population & Avenir. 2020;19(1):1 14. Mars 2019 : <https://www.population-et-avenir.com/les-analyses-de-population-avenir/>
31. https://www.persee.fr/doc/recod_1245-4060_2000_num_8_3_1043
32. Reysoo, Fenneke. « Féminisation de la migration » p. 17-27, Éditeur : Graduate Institute Publications sur OpenEdition Books : 20 juillet 2016.
33. <https://www.cairn.info/revue-histoire-politique-2016-2-page-105.htm>
34. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047719?sommaire=6047805>
35. <https://www.histoire-immigration.fr/les-migrations/les-migrations-de-femmes-sont-elles-differentes-de-celles-des-hommes>
36. <https://www.migrationdataportal.org/fr/themes/sexospecificites-et-migration>
37. <https://www.lacimade.org/nos-actions/femmes-et-violences>
38. <https://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/proasile/proasile-final-article-5.pdf>
39. <https://www.unfpa.org/fr/news/migrationfeministe>
40. Sur ce point on lira avec intérêt le livre de Pascale Molinier. Le travail du care. Ed. La Dispute, coll. Le genre du monde, 2013.
41. <https://www.unwomen.org/fr/news/in-focus/women-refugees-and-migrants>
42. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1172>
43. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
44. <https://www.unicef.org/fr/protection/mutilations-genitales-feminines>
45. <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/publication-des-resultats-de-lexperimentation-dun-protocole-de-recueil-de-donnees-relatives-aux>

46. https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307__recommandations_mutilations_sexuelles_femminnes.pdf
47. <https://enp.inserm.fr/intranet/>
48. Pedersen GS, Grøntved A, Mortensen LH, Andersen AM, Rich-Edwards J. “Maternal mortality among migrants in Western Europe: A meta-analysis.” *Matern Child Health J.* 2014;18(7):1628-38.
49. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_3.html
50. <https://www.ceped.org/parcours/>
51. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enfams-enfants-et-familles-sans-logement-personnel-en-ile-de-france-premiers-resultats-de-l-enquete-quantitative>
52. https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2020-10/colloquesant%C3%A9migrants_0.pdf
53. Op. cit.
54. Marin C. La maladie : catastrophe intime. Coll. Questions de soin. PUF, 2021. L’homme sans fièvre. A. Colin, 2013, Violence de la maladie, violence de la vie. A. Colin, 2015. Hors de moi, Allia, 2008
55. Berteau D. Le récit de vie. Armand Colin, coll. 128 tout savoir, 4ème éd., 2016
56. Delassus É. Identité et médecine narrative. Permettre au malade de vivre en bonne intelligence avec lui-même. *Médecine des Maladies Métaboliques.* Juin 2022;16(4):298-303.
57. Berteau D. Op. Cit. p11
58. Charon R. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness.* Oxford University Press, 2008
59. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l’écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue.* janv 2015;15(157):50-4.
60. vie-publique.fr [Internet]. [cité 6 déc 2022]. Les catégories de migrants. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/271045-les-categories-de-migrants-refugies-etudiants-sans-papiers>
61. <https://hal.science/hal-03486699/document>
62. Le Breton D. *Anthropologie du corps et modernité,* PUF, 2010, p. 17
63. Sur ce point, il est possible de lire le texte de E. Levinas : Levinas E. *L’éthique est transcendance, Médecine et éthique, le devoir d’humanité,* Le Cerf, 1990
64. Kachaner A, Lemogne C, Ranque B. Prise en charge psychocorporelle des troubles somatiques fonctionnels. *La Revue de Médecine Interne* . <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866324006325>
65. David Le Breton rapproche ainsi la dimension physiologique et le signe qui interpelle le patient et le médecin dans une mise en sens du symptôme. Il aborde ce concept dans plusieurs ouvrages dont « *Anthropologie du corps et modernité,* PUF, 2010 ».
66. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866319304394>
67. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700620301561>

68. <https://www-universalis-edu-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/encyclopedie/troubles-somatiques-fonctionnels/>
69. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448701001342>
70. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03470444>
71. <https://shs.cairn.info/revue-psychotropes-2006-3-page-193?lang=fr>
72. <https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2022.08884>
73. Alfred Hitchcock illustre parfaitement le refoulement du souvenir par des symptômes écrans avec le film « Pas de printemps pour Marnie », 1964
74. <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2020-1-page-5.htm>
75. Une illustration savoureuse de cette situation se retrouve dans le livre de Martin Winkler « La maladie de Sachs » (1998) ou le médecin suit avec un engagement sans faille en thérapie toute les semaines une patiente pour des douleurs abdominales chroniques qui s'avèrent être après plusieurs mois un ténia !
76. Taïeb O, Heidenreich F, Baubet T, Moro MR. Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. Médecine et Maladies Infectieuses. avr 2005;35(4):173 85.
77. Nietzsche F. Le gai savoir. Gallimard, Idées, Aphor. 112, 1969, p.159
78. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/croyance/9-approche-hermeneutique/>
79. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0248866397899729>
80. Molinier P. Le travail du care. La dispute, « coll. Le genre du Monde », 2013
81. <https://journals.openedition.org/essais/12879>
82. Cornet P. & al. Concordance des temps. Une grammaire de la temporalité en médecine générale, Médecine, 2020, Volume 16, Numéro 5
83. <https://shs.cairn.info/revue-du-mauss-2016-1-page-32?lang=fr>
84. http://www.ifac.univ-nantes.fr/IMG/pdf/Munir_Mahmoud-Saleh_Je_et_Tu_-_Les_mots-principes_version_corrige.pdf
85. Inserm [Internet]. [cité 28 août 2024]. Dépression · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>
86. <https://www.amnesty.org/fr/wp-content/uploads/sites/8/2021/05/POL3030422020FRENCH.pdf>
87. Inserm [Internet]. [cité 1 sept 2024]. Troubles du stress post-traumatique · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>
88. Dossier Migrants en situation de vulnérabilité LA SANTÉ EN ACTION – No 455 – Mars 2021
89. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
90. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02516821v1/file/THESE%20ECKHOUT%2024-04-19%281%29.pdf>
91. <https://chaire-philo.fr/jerome-poree-aux-sources-du-soin-pour-une-phenomenologie-de-la-maladie/>
92. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>

OUVRAGES

Alric J., Préaubert Ch., « Emergence de l'incertitude dans le soin » in Barruel F. Bioy A. et al. [dir.], Du soin à la personne, Clinique de l'incertitude, coll. Psychothérapies Pratiques, Paris, Dunod, 2013.

Berteau D. Le récit de vie. Armand Colin, coll. 128 tout savoir, 4ème éd., 2016

Ceccaldi J., « Le concept d'incertitude » in Barruel F. Bioy A. et al. [dir.], Du soin à la personne, Clinique de l'incertitude, coll. Psychothérapies Pratiques, Paris, Dunod, 2013.

Charon R. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University Press, 2006.

David Le Breton, « Anthropologie du corps et modernité, PUF, 2010 ».

Delassus É. Identité et médecine narrative. Permettre au malade de vivre en bonne intelligence avec lui-même. Médecine des Maladies Métaboliques. Juin 2022.

Fulford K-W., Peile E., Carroll H. La clinique fondée sur les valeurs. De la science aux personnes. Trad. A. Plagnol, B. Pachoud. Doin, La personne en médecine, 2017.

Guir J. Psychosomatique et cancer.

Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. *Somatoforme störungen und medizinisch unerklärbare symptome in der primärversorgung: Systematischer review und metaanalyse der prävalenzen*. Dtsch Arztebl Int 2015.

Le Breton D. Anthropologie de la douleur. Éditions Métaillié, 1995.

Le Breton D. Anthropologie du corps et modernité. Paris : PUF, coll. Quadrige, 2010.

Levinas E. L'éthique est transcendance, Médecine et éthique, le devoir d'humanité, Le Cerf, 1990.

Marin C. La maladie : catastrophe intime. Coll. Questions de soin. PUF, 2021. L'homme sans fièvre. A. Colin, 2013, Violence de la maladie, violence de la vie. A. Colin, 2015. Hors de moi, Allia, 2008.

Marty P. La psychosomatique de l'adulte. Paris : PUF, 2011.

Molinier P. Le travail du care. La dispute, « coll. Le genre du Monde », 2013.

Nietzsche F. Le gai savoir. Gallimard, Idées, Aphor. 112, 1969.

Pascale Molinier. Le travail du care. Ed. La Dispute, coll. Le genre du monde, 2013.

Pedersen GS, Grøntved A, Mortensen LH, Andersen AM, Rich-Edwards J. "Maternal mortality among migrants in Western Europe: A meta-analysis." *Matern Child Health J*. 2014.

Reach G. Pour une médecine humaine. Étude philosophique d'une rencontre. Hermann, le bel

aujourd'hui, 2022.

Reysoo, Fenneke. « Féminisation de la migration » p. 17-27, Éditeur : Graduate Institute Publications sur OpenEdition Books : 20 juillet 2016.

Taïeb O, Heidenreich F, Baubet T, Moro MR. Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. Médecine et Maladies Infectieuses. avr 2005.

Winkler « La maladie de Sachs », 1998.

ARTICLES

adsp n° 111 - Santé des migrants [Internet]. [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1172>

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association)*, fifth edition edn. (2013). doi :10.1176/appi.books.9780890425596

Charon R. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press, 2008

Cornet P. & al. Concordance des temps. Une grammaire de la temporalité en médecine générale, Médecine, 2020, Volume 16, Numéro 5

Docquir C. « Les symptômes médicalement inexplicables : précisions terminologiques, données épidémiologiques chez l'adulte et l'enfant, aperçu des contre-attitudes. » Bulletin de psychologie. 2013; Numéro 523(1):61-75.

Dossier Migrants en situation de vulnérabilité LA SANTÉ EN ACTION – No 455 – Mars 2021

Dumont GF. « Les migrations internationales et l'Afrique : des logiques Sud-Nord ou Sud-Sud ? » Les Analyses de Population & Avenir. 2020;19(1):1-14. Mars 2019 : <https://www.population-et-avenir.com/les-analyses-de-population-avenir/>

Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.

Goutte J, Cathébras P. « Problématique de la prise en charge des troubles fonctionnels. » www.em-premium.com/data/traitemtm-80373 [Internet]. 22 août 2020 [cité 24 avr 2022]

Inserm [Internet]. [cité 1 sept 2024]. Troubles du stress post-traumatique · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>

Inserm [Internet]. [cité 28 août 2024]. Dépression · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>

Kachaner A, Lemogne C, Ranque B. Prise en charge psychocorporelle des troubles

somatiques fonctionnels. La Revue de Médecine Interne.

Sacket D-L, Rosenberg W-C, Gray J A., Haynes R-B, Richardson W-S. “Evidence based medicine: what it is and what it isn't.” BMJ 1996; 312 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71> (Published 13 January 1996)

vie-publique.fr [Internet]. [cité 6 déc 2022]. Les catégories de migrants. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/271045-les-categories-de-migrants-refugies-etudiants-sans-papiers>

LIENS

http://www.ifac.univ-nantes.fr/IMG/pdf/Munir_Mahmoud-Saleh_je_et_tu_-_Les_mots-principes_version_corrigee.pdf

<https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/Document%209.pdf>

https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_3.html

<https://chaire-philosophie.fr/jerome-poree-aux-sources-du-soin-pour-une-phenomenologie-de-la-maladie/>

<https://dmg-u-paris.fr/p/les-6-competences>

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02516821v1/file/THESE%20ECKHOUT%2024-04-19%281%29.pdf>

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03470444>

<https://enp.inserm.fr/intranet/>

<https://hal.science/hal-03486699/document>

<https://journals.openedition.org/essais/12879>

<https://shs.cairn.info/revue-du-mauss-2016-1-page-32?lang=fr>

<https://shs.cairn.info/revue-psychotropes-2006-3-page-193?lang=fr>

<https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2022.08884>

<https://www-universalis-edu-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/encyclopedie/troubles-somatiques-fonctionnels/>

<https://www.amnesty.org/fr/wp-content/uploads/sites/8/2021/05/POL3030422020FRENCH.pdf>

<https://www.cairn.info/revue-histoire-politique-2016-2-page-105.htm>

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2020-1-page-5.htm>

<https://www.ceped.org/parcours/>

<https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/publication-des-resultats-de-l experimentation-dun-protocole-de-recueil-de-donnees-relatives-aux>

<https://www.em-consulte.com/article/684936/somatisations>

<https://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/proasile/proasile-final-article-5.pdf>

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf

https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307_recommandations_mutilations_sexuelles_femmes.pdf

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1172>

<https://www.histoire-immigration.fr/les-migrations/les-migrations-de-femmes-sont-elles-differentes-de-celles-des-hommes>

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047719?sommaire=6047805>
<https://www.iom.int/fr/propos-de-la-migration>
<https://www.lacimade.org/nos-actions/femmes-et-violences>
<https://www.louvainmedical.be/fr/article/william-osler>
<https://www.migrationdataportal.org/fr/themes/sexospecificites-et-migration>
<https://www.nationalgeographic.fr/histoire/2019/08/migrant-emigre-exile-quelles-differences>
https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2020/07/Convention_de_Geneve.pdf
https://www.persee.fr/doc/recod_1245-4060_2000_num_8_3_1043
https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2020-10/colloquesant%C3%A9migrants_0.pdf
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enfants-enfants-et-familles-sans-logement-personnel-en-ile-de-france-premiers-resultats-de-l-enquete-quantitative>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448701001342>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700620301561>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0248866397899729>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866319304394>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866324006325>
<https://www.unfpa.org/fr/news/migrationfeministe>
<https://www.unicef.org/fr/protection/mutilations-genitales-feminines>
<https://www.universalis.fr/encyclopedie/croyance/9-approche-hermeneutique/>
<https://www.unwomen.org/fr/news/in-focus/women-refugees-and-migrants>
https://www.valas.fr/IMG/pdf/psychosomatique_et_cancer.pdf
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>

DIVERS

Alfred Hitchcock. Film : « Pas de printemps pour Marnie », 1964.

Organisation Mondiale de la Santé. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité - Troubles de détresse physique et de l'expérience corporelle.

RÉSUMÉ

Introduction :

Les médecins généralistes rencontrent fréquemment des patients se plaignant de symptômes chroniques dont la cause lésionnelle n'est pas retrouvée, rendant difficile la relation de soin. Une approche de soin centrée sur le patient, intégrant une dimension psycho-socio-culturelle, est essentielle dans la prise en soin des troubles somatiques fonctionnels. La santé des migrants englobe ces dimensions et constitue également une problématique importante en santé publique. Il existe peu d'études sur les troubles somatiques fonctionnels dans la population migrante. Ainsi, une étude qualitative sur les troubles somatiques fonctionnels chez les femmes migrantes, en abordant une analyse herméneutique, nous semble justifiée.

Méthode :

Nous avons mené une étude qualitative en adoptant une approche herméneutique inspirée du concept de récit de vie. Nous avons réalisé des entretiens narratifs auprès de femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne. Le recrutement des participantes a été ciblé et multicentrique, jusqu'à obtenir une saturation théorique des données.

Résultats :

Nous avons interrogé onze femmes migrantes d'origines variées présentant différentes symptomatologies. La synthèse des thèmes et sous-thèmes a permis d'identifier les causes des troubles somatiques fonctionnels et de relever les facteurs de risque associés à ces troubles. Ces facteurs de risque sont fortement liés à leur vécu prémigratoire, leur voyage et leur vécu post-migratoire. Nous avons également observé un modèle de soin inadapté qui contraint ces femmes à se questionner continuellement sur leur maladie, dans une quête de sens. Enfin, la question du lien entre la santé mentale et les troubles somatiques fonctionnels a été soulevée.

Discussion et conclusion :

Cette étude met en lumière les difficultés rencontrées par les soignants dans la prise en soin des troubles somatiques fonctionnels et comment la migration peut catalyser le développement de ces troubles par divers déterminants. Elle souligne l'importance d'une relation de soin « centrée sur le patient » en suggérant que le médecin traitant devrait jouer le rôle de coordinateur d'une approche de soin pluridisciplinaire. L'utilisation de la médecine narrative pour mieux comprendre le sens que les patients attribuent à leurs maladies semble pertinente. Il est également intéressant de discuter de l'intérêt d'un dispositif de maison de santé dédié uniquement aux femmes migrantes, afin d'aborder pleinement et intimement leurs problématiques médico-psycho-sociales dans une dimension transculturelle.

MOTS-CLÉS :

Trouble somatique fonctionnel, symptôme médicalement inexpliqué, somatisation, sens de la maladie, approche herméneutique, santé des femmes migrantes, santé mentale des migrants, récit de vie, médecine narrative, médecine centrée patient, relation de soin.