

L'état de stress post-traumatique du migrant

Etude qualitative sur le vécu des
médecins généralistes bruxellois.

Analyse et propositions
d'améliorations.

Camille Delatte

Promotrice: Mme Aurore Pottié

Master en médecine générale

Année académique 2021-2022

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé d'une quelconque manière à la réalisation de ce travail.

À commencer par mon papa, pour le soutien, la relecture et les corrections.

Ma promotrice, Aurore Pottié, pour son aide précieuse et ses conseils.

Les médecins qui ont participé à l'étude et m'ont inspirée pour ma carrière future.

Mathias Cambier pour son soutien inconditionnel dans les moments de doutes.

Merci à tous et à toutes.

1 Abstract

Introduction: Les médecins généralistes belges sont de plus en plus confrontés à une population migrante ayant subi des traumatismes dans leur pays d'origine ou durant l'exil. Ces traumatismes peuvent mener à des troubles psychiques comme l'état de stress post-traumatique (ESPT). A la suite des consultations réalisées pour Médecins du Monde, je constate que les médecins généralistes bruxellois font face à des difficultés face au diagnostic et à la prise en charge de cette pathologie. Les objectifs de ce TFE sont de dégager des potentielles recommandations d'améliorations et de définir une procédure standardisée via la création d'un annuaire permettant de renvoyer les patients souffrant d'ESPT vers des organismes adaptés.

Question de recherche: Quelle est l'expérience des médecins généralistes bruxellois dans la prise en charge des patients migrants en état de stress post-traumatique ?

Méthode : Une étude qualitative basée sur six entretiens semi-dirigés de praticiens bruxellois a été réalisée pour explorer leurs vécus. Ces entretiens balisés par un guide ont été enregistrés et strictement retranscrits. Ils ont fait l'objet d'une analyse par catégorie conceptualisante.

Résultats: Les résultats de cette étude ont mis en évidence 4 catégories illustrant les composantes d'intervention du médecin généraliste. Ces catégories sont présentées suivant l'ordre chronologique d'une consultation via la méthode SOAP (Subjectif-Objectif-Analyse-Plan). Une anamnèse éveillée et bienveillante (S) associée à un examen clinique attentif (O) permet d'avoir accès aux plaintes psychiques chez un patient migrant venant pour une plainte factuelle. Ils permettent également une ouverture au dialogue sur un éventuel passé traumatique fréquent chez cette population vulnérable. Lorsque l'ESPT est diagnostiqué (A), il est nécessaire que le médecin incorpore le patient dans un réseau pluri-disciplinaire (P) en s'entourant de services de soins psychologique, juridique et social. Les difficultés mises en évidence par les praticiens dans ce type de prise en charge complexe sont la barrière linguistique, la consultation chronophage, une formation insuffisante et la présence de comorbidités associées (essentiellement les addictions).

Discussion et conclusion : Au regard de la revue de la littérature, plusieurs recommandations d'améliorations ont été mises en évidence pour soutenir le généraliste. La première passe par la formation et l'information des praticiens sur les recommandations de bonne pratique de la prise en charge de l'ESPT chez l'exilé. Cette sensibilisation peut se faire via 2 canaux : la création de formations continues dans le cadre universitaire et la publication d'articles dans les revues dédiées aux praticiens. Une seconde recommandation est la simplification du parcours administratif suivant la réforme ETHEALTH 2020. Enfin, un annuaire a été créé dans le but de faire connaître aux praticiens bruxellois les structures existantes et de renforcer les maillages autour du patient migrant souffrant d'ESPT.

Mots clés: Médecine générale, Médecin généraliste, Migrants, Etat de stress post-traumatique, Prise en charge, Analyse conceptualisante, Etude qualitative

Table des matières

1	Abstract	2
2	Définitions et abréviations:.....	5
3	Introduction	6
4	Focus sur l'état de stress post-traumatique	8
4.1	Définitions générales	8
4.2	Causes de l'ESPT chez le migrant	9
4.3	Impacts de ces symptômes sur la vie des exilés	9
4.4	Prévalence dans la population migrante.....	10
5	Methodologie.....	11
5.1	Méthode générale de recherche.....	11
5.2	Recherche bibliographique	12
5.3	Stratégie d'échantillonnage et de recrutement.....	13
5.3.1	La réalisation des entretiens et l'évolution du guide d'entretien	14
5.3.2	L'analyse des entretiens	15
5.3.3	Les précautions éthiques.....	16
6	Résultats.....	16
6.1	Les caractéristiques de l'échantillon.....	16
6.2	Les catégories.....	17
6.2.1	Catégorie n°1 : L'éveil empathique.....	17
6.2.1.1	La sensibilisation à cette pathologie fréquente.....	18
6.2.1.2	Se rendre accessible	19
6.2.1.3	Délier les langues	20
6.2.1.4	Tout en se protégeant.....	22
6.2.2	Catégorie n°2 : La reconnaissance via l'objectivité	22
6.2.2.1	Le pouvoir de l'examen clinique	23
6.2.2.2	Redonner une identité	23
6.2.3	Catégorie n°3 Avoir plusieurs cordes à son arc	24
6.2.3.1	Prise en charge somatique	24
6.2.3.2	Prise en charge psychologique.....	27
6.2.3.3	Prise en charge administrative	28
6.2.3.4	Prise en charge sociale	29
6.2.4	Catégorie n°4 Freins à la prise en charge	29
6.2.4.1	L'obstacle linguistique.....	30
6.2.4.2	Les consultations chronophage	31
6.2.4.3	Une formation insuffisante	31
6.2.4.4	Les addictions.....	32
7	Discussion.....	33
7.1	Ce qui est.....	34
7.1.1	Médecin généraliste	34

7.1.2	Services d'aide psychologique	35
7.1.3	Services d'aide sociale et administrative	36
7.2	Ce qui devrait être – pistes de recommandations	37
7.2.1	Médecin généraliste	37
7.2.2	Prise en charge psychologique	38
7.2.3	Prise en charge sociale et administrative	39
7.2.4	Solution potentiel : création de centres pluri-disciplinaires	39
8	Limites et perspectives de recherche	41
9	Conclusion	42
10	Bibliographie	43
11	Annexes	45
11.1	Guide d'entretien	45
11.2	Formulaire de consentement et d'anonymisation	48
11.3	Rapport ETHEALTH 2020	49
11.4	Formation continue sur l'ESPT chez le migrant et le réfugié	52
11.5	Questionnaire PROTECT	53
11.6	Annuaire	53
11.7	Retranscription des interviews:	57

2 Définitions et abréviations:

Article 9ter : cet article permet à une personne qui séjourne en Belgique d'y introduire une demande d'autorisation de séjour quand elle souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique, ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. [2]

AMU : Aide Médicale Urgente

CGRA : Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides

Demandeur d'asile: personne qui a déposé une demande de protection internationale auprès des instances d'asile afin de bénéficier d'un statut de protection - statut de réfugié ou statut de protection subsidiaire. [2]

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

Hotspots Approach: Solution promue par la Commission Européenne pour apporter une assistance immédiate aux États membres exposés, en première ligne, à des pressions migratoires disproportionnées aux frontières extérieures de l'UE. Les hotspots doivent servir à mettre en œuvre les mécanismes de relocalisation, c'est-à-dire à organiser la répartition des réfugiés statutaires dans les États membres, mais aussi à assurer l'identification, l'enregistrement et le relevé des empreintes digitales des migrants à leur arrivée (voir Règlement de Dublin) et enfin à coordonner les opérations de retour. [3]

Débouté : personnes dont la demande d'asile n'a pas été acceptée. Ils reçoivent l'ordre de quitter le territoire (OQT). Bien qu'une part d'entre eux retournent effectivement dans leur pays d'origine, les autres tentent de demander l'asile dans un autre pays de l'Union Européenne. Soit ils refont une demande d'asile sur base d'éléments nouveaux, soit ils tentent d'obtenir une autorisation de séjour auprès de l'Office des Etrangers pour raisons médicales ou humanitaires (demande de régularisation du séjour), soit ils deviennent illégaux. [2]

Fedasil : Agence Fédérale pour l'accueil aux demandeurs d'asile

Migrant : « *Personne se déplaçant vers un autre pays ou une autre région aux fins d'améliorer leurs conditions matérielles et sociales, leurs perspectives d'avenir ou celles de leur famille.* » . [1]

Migrant en situation irrégulière : « *Migrant contrevenant à la réglementation du pays d'origine, de transit ou de destination, soit qu'il soit entré irrégulièrement sur le territoire d'un Etat, soit qu'il s'y soit maintenu au-delà de la durée de validité du titre de séjour, soit encore qu'il a un ordre de quitter le territoire.* » . [1]

Réfugié politique (Convention de Genève de 1951) : « *personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, 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* » [1]

Règlement de Dublin: règlement (UE) no 604/2013 du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande d'asile. Les critères de détermination de l'État responsable vont, par ordre d'importance, des considérations familiales au fait d'avoir obtenu récemment un visa ou un permis de séjour dans un État membre, en passant par l'entrée régulière ou irrégulière sur le territoire de l'Union européenne. [3]

Statut de Protection Subsidiaire: « *Toute personne qui encourt un risque réel de subir des atteintes graves en cas de retour dans son pays: peine de mort, exécution, torture, traitements inhumains ou dégradants, menaces graves lors d'un conflit armé interne ou international.* » [2]

3 Introduction

Selon l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés, le monde fait face à une crise humanitaire sans précédent depuis la Seconde Guerre Mondiale avec 84 millions de personnes déplacées en 2020: 48 millions de déracinés en interne, 26,6 millions à l'international et 4,4 millions de demandeurs d'asiles. La majorité de ces personnes souhaitent échapper à la guerre, à des persécutions, à des conditions de vie instables ou à des violations des droits de l'homme. Chiffre interpellant, 1 personne sur 95 dans le monde a été forcée de fuir son foyer à cause de conflits ou de persécutions durant sa vie [4].

La Belgique est, quant à elle, le 5e pays européen à recevoir le plus de demandes d'asile en Europe avec un total de 27.610 demandes comptabilisées en septembre 2021 selon le Bureau Européen de Soutien en matière d'Asile [5].

Au vu de cette évolution démographique, il est plus que probable que les médecins généralistes belges soient de plus en plus confrontés à cette population. Mais qui sont réellement ces migrants?

On distingue trois types de migrations. Les réfugiés « politiques » protégés par la convention de Genève de 1951, si ce statut est accepté la protection devient permanente. Les personnes provenant d'un pays en guerre demandant une « protection subsidiaire », statut transitoire. Et la migration économique, dite illégale [6]. Dans ce travail, nous nous intéresserons essentiellement aux migrants en situation irrégulière ou sans titre de séjour. De fait, les migrants ayant obtenu un statut légal - via le statut de réfugié politique, la protection subsidiaire ou pour raison médicale via l'article 9ter- rentrent dans le système de soins belge. Les demandeurs d'asile sont pris en charge par le système fédéral Fedasil.

Même si leurs circonstances et expériences diffèrent, toutes les personnes migrantes ont quitté leurs pays d'origine en raison d'une crainte fondée ou suite à une expérience de persécution, de conflit, de violence, de torture, de décès d'un membre de leurs familles ou autres violations des droits humains. C'est sans compter le chemin migratoire, de plus en plus dangereux incluant des zones de rétention inhumaine (*hotspots approach*) favorisant des exploitations horribles par des méthodes mafieuses (menaces, rançons, drogues,

tortures, viols). Les personnes exilées racontent avoir vécu des mois voire des années d'horreur les confrontant au réel de la mort laissant des traces psychiques très profondes [6][7].

Notre pays n'échappe malheureusement pas à ce mouvement ; et nous assistons à la mise en place d'une politique de dissuasion qui favorise l'installation d'une violence institutionnelle. Ceci entretient un climat d'insécurité chez ces personnes poly-traumatisées. De ce fait, il est fréquent d'identifier chez eux une souffrance psychique qui peut être rattachée à des troubles psycho-traumatiques [7].

Ce sujet provient d'un questionnaire personnel à la suite de consultations en tant que médecin référent dans un centre Fedasil durant l'année 2019 ainsi que de consultations en tant que bénévole chez Médecins du Monde au SAMU social d'Evere actuellement.

L'objectif de ce travail de fin d'études (TFE) est d'effectuer un état des lieux, par une étude qualitative semi-dirigée et à l'aide d'entretiens individuels, de la prise en charge des migrants souffrant d'ESPT par le médecin généraliste bruxellois. Pour ainsi dégager les difficultés et des potentielles recommandations d'améliorations.

Le deuxième objectif est de définir une procédure standardisée via la création d'un outil pratique de type annuaire pour les médecins de première ligne afin de diriger les patients vers des organismes de soins adaptés.

Question de recherche: Quelle est l'expérience des médecins généralistes bruxellois dans la prise en charge des patients migrants en état de stress post-traumatique?

4 Focus sur l'état de stress post-traumatique

4.1 Définitions générales

L'état de stress post-traumatique (ESPT) est un trouble psychiatrique qui est une conséquence potentielle d'un ou de plusieurs événements traumatiques vécus par soi-même ou par quelqu'un d'autre, et qui entraîne des sentiments d'impuissance et une image de soi ainsi qu'une vision du monde brisées. Le risque de développer un ESPT dépend de facteurs individuels (vécu antérieur de traumatisme), de la nature du traumatisme, de sa répétition éventuelle et sa durée [7] [8]. L'exposition à un événement adverse est un critère diagnostique - exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. L'ESPT peut se développer rapidement après le traumatisme, ou plus de six mois après l'évènement traumatique (apparition différée) [8].

A la suite de ce trauma, **quatre grandes catégories de symptômes** [6], [7], [8] peuvent subsister en l'absence de l'évènement déclencheur chez le patient atteint d'ESPT:

- A. La **reviviscence** (*flash-backs*) est le fait d'être ramené à l'évènement traumatique et le revivre (cauchemars, souvenirs, sentiments, réactions). Cela est souvent déclenché par un événement sensoriel - vision d'un uniforme de policier, une porte qui claque, une détonation, ..
- B. L'**évitement** peut se traduire par la fuite de tout ce qui se rapporte au traumatisme ou risque de rappeler l'évènement - personnes, sensations physiques, activités, endroits, conversations,..
- C. **Altération négative des cognitions et de l'humeur** incluant l'amnésie de l'épisode traumatique, la perte de confiance en soi, l'état émotionnel négatif persistant, perte d'intérêt pour les activités agréables, sentiment de distance par rapport aux autres,..
- D. La **suractivation neurovégétative** désigne l'état d'hypervigilance, d'alerte et de contrôle (insomnie, irritabilité, mauvaise concentration).

Ces symptômes peuvent être associés ou non à des symptômes dissociatifs : la **dépersonnalisation** (sensation de détachement de soi, être observateur de son corps) ou la **déréalisation** (irréalité de l'environnement). L'ESPT est rarement diagnostiqué seul. Il est fréquemment associé à des comorbidités comme la dépression, l'addiction, l'anxiété, les crises de panique et autres phobies.

Ces symptômes doivent être présents, de manière **cliniquement significative**, depuis plus d'un mois et ne peuvent être associés à une médication, à un abus de psychotrope ou à une maladie.

4.2 Causes de l'ESPT chez le migrant

Les causes principales et l'entretien de l'ESPT chez le migrant sont essentiellement liées aux expériences négatives [9]:

1. Pré-migratoire : persécution, torture, viol, violence, emprisonnement dans le pays d'origine, fuite sans pouvoir dire au revoir.
2. Lors de la migration : risques liés au chemin migratoire, traversée de la mer, trafic humain, violence sexuelle, confrontation à la mort d'un proche.
3. Post-migratoire : procédure d'asile aliénante, incertitude, détention, manque d'intégration sociale. Perte de statut, de culture et d'identité.

4.3 Impacts de ces symptômes sur la vie des exilés

« La mort n'est plus une idée, une possibilité lointaine; elle est devenue une réalité qui a emporté d'autres et qui a failli vous emporter de façon totalement imprévisible » [10].

Le syndrome psycho-traumatique a une influence majeure sur la vie quotidienne des migrants et des demandeurs d'asiles [8] [9] [11] [12]..

Le **syndrome de reviviscence (A)** empêche l'inscription dans le présent, ainsi que la possibilité d'envisager l'avenir. Ces épisodes de flash-backs peuvent induire des symptômes somatiques, une détresse prolongée ainsi qu'un état d'hyper-éveil.

Les stimuli associés au traumatisme sont constamment **évités (B)**. Cela peut avoir un impact sur les démarches administratives à effectuer ou encore sur la capacité des demandeurs d'asile à mettre en récit leur parcours d'exil devant le Commissariat général aux Réfugiés et aux Apatrides (CGRA) qui s'occupe de la reconnaissance du statut de réfugié.

Le patient peut développer des **troubles cognitifs (C)** de concentration et/ou mémoire qui ont une influence sur l'apprentissage de la langue. Des troubles de l'orientation spatio-temporelle, les personnes ne savent plus lire les dates ou s'égarent, oublient les rendez-vous. Enfin, les personnes souffrent de ne pas « se reconnaître », de ne pas être en mesure de faire face aux exigences de témoignages et aux démarches qui leur sont demandées dans leur parcours d'exil. Cela accroît la possibilité de **troubles de l'humeur (C)** et leur sentiment d'échec.

Enfin, le syndrome d'**hyperactivité neurovégétative (D)** se traduit par des sursauts, des insomnies, des réveils nocturnes, une hypersensibilité, de l'irritabilité, des colères explosives ou un comportement autodestructeur— influençant la mémoire et la capacité de concentration.

Cela explique l'importance de savoir repérer ces « blessures invisibles » dans le dispositif de soins primaires, alors que les symptômes sont souvent ignorés ou mal interprétés, et de pouvoir les soigner dans les cadres cliniques adéquats. De telles prises en charge conditionnent l'accueil et les possibilités d'intégration des migrants qui ont subi des violences intenses [12].

4.4 Prévalence dans la population migrante

Selon l'étude de Fazel et Coll (2005), les personnes exilées présentent un risque dix fois plus élevé de développer un ESPT que la population générale américaine.

En Belgique, aucune donnée n'a été recensée sur le sujet la prévalence de l'état de stress post-traumatique chez les exilés. Comment expliquer l'insuffisance d'études représentatives concernant ce public, alors des études analogues ont été réalisées pour les victimes des attentats de Bruxelles ou sur des militaires?

Premièrement, et comme expliqué par un rapport de Médecins du Monde [11], il existe certainement des réticences culturelles et politiques de la part les pouvoirs publics.

Deuxièmement, ce type d'étude présuppose une bonne identification des troubles en question. La souffrance psychique est souvent difficile à exprimer par les patients et

rarement le motif de la consultation. Comme l'ESPT est associé à de la somatisation, les patients se plaignent souvent de douleurs ou de symptômes physiques sans référence à des éléments traumatiques. On peut conclure, que les migrants et les réfugiés sont susceptibles de se présenter dans les centres de soins médicaux primaires avec des symptômes de ESPT masqués par des symptômes somatiques sous-estimant la souffrance psychique de ce public [6], [7], [10] [11].

5 Methodologie

5.1 Méthode générale de recherche

La première étape de mon TFE a été de définir la question de recherche en essayant de tenir compte des critères de clarté, de faisabilité et de pertinence tels que définis par Van Campenhoudt et al [13]. En voici la formulation retenue « *Quelle est l'expérience des médecins généralistes bruxellois sur l'état de stress post-traumatique du migrant?* ».

Cette question de recherche est issue de difficultés personnelles de diagnostic et de prise en charge de ces patients migrants au centre SAMU Social d'Evere dans le cadre d'un bénévolat pour Médecins Du Monde. Elle a également été confrontée à une première recherche de la littérature dans cette phase exploratoire.

Par ailleurs, sur base de ma question de recherche, j'ai défini un PICO.

Public	Médecin généraliste
Intervention	<i>Expérience</i> en terme de prise en charge de l'état de stress post-traumatique chez le migrant
Comparateur	/
Outcome	• Suggestions d'améliorations à la prise en charge • Création d'un annuaire à des fins de standardisation

Pour étudier cette question j'ai fait le choix d'une étude **qualitative, principalement inductive**. Cette recherche a été réalisée sous forme d'entretiens semi-dirigés sur base d'un guide (cfr Annexe 1). Le matériel recensé a ensuite été confronté à une recherche bibliographique plus approfondie, dans la partie *Discussion*.

5.2 Recherche bibliographique

La recherche de la littérature a été réalisée majoritairement entre le mois de novembre 2021 à partir des bases de données de *Pubmed*, *Cochrane* et *Cismef*.

A partir du PICO, des mots-clés (MeSH) ont été définis et utilisés dans la langue anglaise. Ce sont les mots-clés: *migrants*, *migrants and transients*, *post-traumatic stress disorder*, *post-traumatic neuroses*, *PTSD*, *general practitioner*, *primary care*.

Il est intéressant de noter que je n'ai pas trouvé de MeSH correspondant à l'expérience des médecins par rapport à la prise en charge de cette pathologie.

284 résultats ont été obtenus via *Pubmed*, 2 articles via *Cochrane* et 5 articles via *Cismef*.

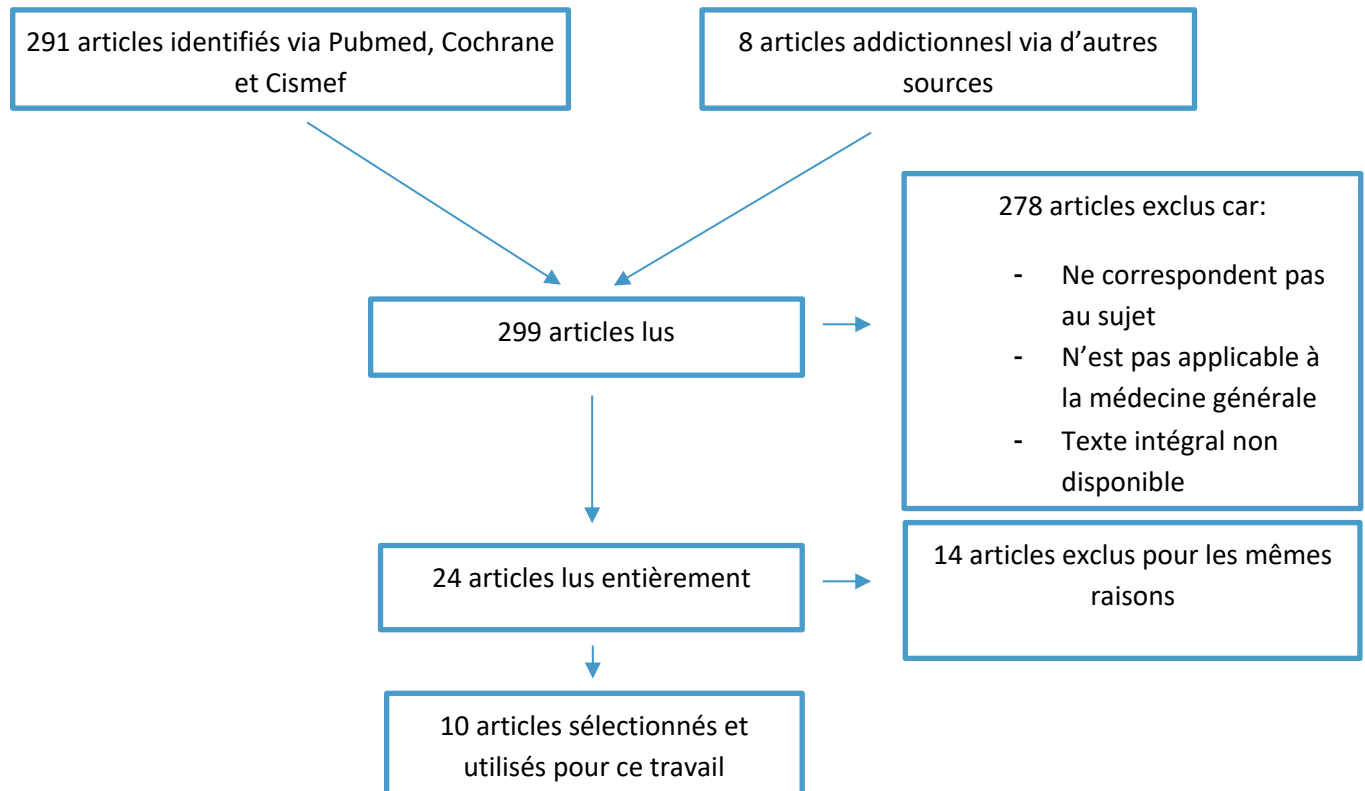
En parallèle, une recherche dans la littérature grise a été réalisée souvent à la suite de questionnements personnels ou sur le conseil de personnes ressources (maître de stage ou personnes interviewées).

La plateforme EBMPracticeNet a également été consultée afin d'approfondir les recherches sur l'état de stress post-traumatique. La formation de la SSMG sur « Soigner un demandeur d'asile: que doit savoir un médecin généraliste? » a été suivie.

Les articles ont été sélectionnées en fonction de la langue limitée au français et à l'anglais. Seuls les articles datant des 10 dernières années ont été pris en compte. Les critères d'exclusion sont: les articles qui n'étaient pas applicables à la médecine générale, si le texte intégral n'était pas disponible ou si l'article traitait de la santé mentale en général et non spécifiquement de l'état de stress post-traumatique.

Selon ces critères, 10 articles ont été sélectionnés: 5 sur *Pubmed*, 1 sur *Cochrane* et 1 sur *Cismef* et 3 articles additionnels via la littérature grise.

Figure 1: Organigramme des stratégies utilisées pour la sélection des articles discutant de l'état de stress post-traumatique chez le migrant en médecine générale



5.3 Stratégie d'échantillonnage et de recrutement

La sélection des médecins a été faite grâce à l'aide de ma promotrice, Mme Aurore Pottié, psychologue chez Médecins du Monde. Elle m'a conseillé des médecins généralistes travaillant pour Médecins du Monde, pour d'autres associations ainsi que des maisons médicales acceptant l'AMU.

Pour participer à cette interview, les médecins devaient travailler avec des patients migrants en séjour irrégulier sur notre pays. Ils devaient également avoir pris en charge au moins un cas de patient souffrant d'ESPT. Lors du recrutement, la question a été posée aux candidats.

Il s'agit donc d'une auto-sélection: les médecins interrogés se sont identifiés comme travaillant avec cette problématique.

Une hétérogénéité de l'échantillon a été recherchée parmi le public cible - les médecins généralistes bruxellois - par rapport à différents critères. Les critères choisis ont été répertoriés et notés: genre, années d'expérience, type de pratique, milieu favorisé/défavorisé, % de patients migrants, membre d'une association.

La taille de l'échantillon n'a pas été définie au préalable, l'idéal étant de viser la saturation des données. Toutefois une fourchette de cinq à dix entretiens a été définie afin de rentrer dans les limites en terme de temps et d'investissement.

Le recrutement a été fait de 2 manières. La première durant une formation donnée par Médecins du Monde aux médecins généralistes travaillant pour l'association. La deuxième, via une liste donnée par ma maître de stage d'associations et de maisons médicales travaillant avec les migrants. Ces centres ont été contactés par téléphone ou par email.

Après avoir reçu l'accord du participant, la date, l'heure et le lieu de la rencontre ont été fixés en fonction de la meilleure convenance de chacun.

5.3.1 La réalisation des entretiens et l'évolution du guide d'entretien

Les entretiens, d'une durée de 22 minutes à 1h22 ont été réalisés en présentiel ou en visio-conférence de janvier à février 2022.

Les entretiens ont été réalisés de manière semi-directive: le guide d'entretien (cfr Annexe 1) servait de fil rouge, me permettant d'aborder chaque thème. Il a été utilisé de manière souple et était modulé par rapport à ce dont me parlait le participant. Il reprenait un ensemble de thèmes permettant d'aborder les questions principales de manière ouverte. Toutes les questions n'ont pas été posées.

Le choix de l'utilisation d'entretiens individuels comme méthode d'observation a été poussé par une volonté d'explorer le *vécu* des médecins généralistes, soit des observations non directement observables. Deuxièmement, cela créait un climat de confidentialité

permettant aux médecins généralistes de parler aisément de leur pratique et de leurs difficultés, et ceci sans jugement.

Un entretien a été réalisé à 3, incluant 2 médecins généralistes car ils estimaient que ce serait un gain de temps pour eux, comme pour moi.

Après chaque entretien, les impressions, les éléments qui m'ont surpris, les pistes de réflexion étaient retranscrits. Au fur et à mesure des interviews, le guide d'entretien a été légèrement modifié.

5.3.2 L'analyse des entretiens

L'analyse a été réalisée à l'aide des **catégories conceptualisantes** [14] sur base des entretiens retranscrits sous forme de texte. Elle a été entièrement réalisée par son auteur.

Premièrement, un examen phénoménologique a été réalisé. Celui-ci a permis l'ancrage dans le matériel, dans ce cas-ci les entretiens. L'examen a consisté en une relecture « phénoménologisante » du matériau collecté: une réécoute totale des enregistrements a été réalisée.

A la suite de cette phase d'ancrage, une lecture supplémentaire a été faite afin de dégager des thèmes par une analyse descriptive. Ces thèmes, pertinents à l'objectif de recherche, ont été notés dans la marge. Ils découlaient de l'analyse des verbatims.

Enfin des catégories se sont imposées au fur et à mesure de l'analyse. Elles ont ensuite été définies. Au fil du travail, plusieurs catégories ont été abandonnées et d'autres ont été associées entre elles.

Chaque catégorie devait répondre à la définition donnée par Paillé et Mucchieli: « *description de la nature essentielle du phénomène, de manière à en dégager une vue d'ensemble et à en relever les singularités, ce qui permet de visualiser adéquatement et de le distinguer des phénomènes apparentés* » [14].

5.3.3 Les précautions éthiques

Ce projet de TFE a été soumis au groupe d'éthique interuniversitaire pour la médecine générale (GEIMG), le 17 décembre 2021. Celui-ci a examiné le dossier et a décidé le 12 janvier 2022 qu'il ne nécessitait pas de soumission au comité d'éthique de l'UCL.

Les entretiens ont tous débutés après avoir signé le consentement éclairé des participants et dans l'anonymat des données (cfr Annexe 2). Lors de la retranscription, des précautions ont été prises pour garantir l'anonymat des participants: les éléments permettant d'identifier les interviewés ne figurent pas.

6 Résultats

6.1 Les caractéristiques de l'échantillon

5 associations et 3 maisons médicales ont été contactées.

J'ai constaté que tous les médecins ayant accepté l'interview, étaient membre d'au moins une association d'aide pour les personnes migrantes. Un médecin, n'était plus médecin généraliste mais psychiatre. Au regard de sa longue expérience de médecin généraliste (20 ans), son entretien a toutefois été accepté. 2 médecins généralistes étaient à la retraite mais continuaient à consulter en tant que bénévoles. 2 médecins de maisons médicales ont décliné ma proposition d'interview par manque de temps (4^e vague de pandémie COVID-19). Une des maisons médicales n'a jamais répondu à mes demandes.

Tableau 1: Profil des médecins généralistes interrogés

	Genre	Années d'expérience	Type de pratique	Milieu favorisé/défavorisé	% patients migrants	Bénévolat
Médecin 1	H	43	Maison médicale	Défavorisé	5-10%	Médecin du Monde
Médecin 2	F	10	Bénévolat	Défavorisé	70%	Médecin du Monde, Hub Humanitaire

Médecin 3	H	20	Planning familiale	Défavorisé	100%	Woman Do
Médecin 4	H	41	Solo puis maison médicale	Défavorisé	40%	Médecin du Monde
Médecin 5	F	35	Maison médicale	Défavorisé	70%	Constat
Médecin 6	F	34	Service de santé mentale, professeur haute école et médecine scolaire	Défavorisé	20%	Exil
Médecin 7	F	30	Service de santé mentale	Défavorisé	100%	Exil

6.2 Les catégories

La méthode par analyse conceptualisante a été utilisée comme expliqué ci-dessus afin d'étudier les retranscriptions des entretiens.

4 catégories se sont ainsi dégagées permettant d'illustrer le vécu du médecin généraliste bruxellois en terme de diagnostic et de prise en charge de l'ESPT chez le migrant. La chronologie de cette analyse s'articule sous la forme d'une consultation classique suivant la méthode SOAP. Partant de l'anamnèse (1) puis l'examen clinique (2), la décision d'un traitement adapté au patient (3), et enfin les difficultés rencontrées lors de la consultation (4).

6.2.1 Catégorie n°1 : L'éveil empathique

L'éveil empathique illustre la sensibilisation du soignant à l'égard d'une problématique qui n'est pas toujours relevée par le patient. L'éveil évoque le fait que le soignant est conscient que la population migrante est une population « vulnérable » par son parcours migratoire qui a fragilisé leurs santés physique et psychologique. Plus fréquemment, les problèmes de santé mentale sont souvent sous-diagnostiqués car sont rarement le motif de consultation. Via l'anamnèse, le praticien va donc être à la fois attentif à la demande médicale pour lequel le patient consulte tout en étant vigilant aux informations verbales ou non-verbales liées à un potentiel trouble psychique.

L'*empathie* est une qualité fondamentale dans la prise en charge de ces patients. De fait, bien que chaque migrant présente une histoire de vie unique, leurs parcours présentent un point commun : avoir été marqué par une succession d'évènements traumatiques. Ceux-ci incluent des actes de violences, de tortures, d'emprisonnements, de viols, ...

La bienveillance et l'*empathie* transmise par le soignant vont permettre au patient de retrouver un niveau d'humanité indispensable à la relation thérapeutique.

4 thèmes ont été relevés lors de l'analyse du matériel. Ces thèmes clefs permettent une anamnèse éveillée aux plaintes « cachées » par le patient via la création d'une relation thérapeutique basée sur la bienveillance et l'*empathie*.

Ces thèmes sont:

- La sensibilisation à cette pathologie fréquente
- Se rendre accessible
- Savoir délier les langues
- Tout en se protégeant

6.2.1.1 La sensibilisation à cette pathologie fréquente

L'ensemble des médecins généralistes bruxellois interviewés ont une patientèle riche en personnes migrantes. D'autant que Bruxelles concentre la grande majorité des personnes sans titre de séjour en Belgique. Par leurs expériences, ils reconnaissent que l'état de stress post-traumatique est une pathologie fréquente chez ces personnes vulnérables. Dans l'ensemble, ils sont bien sensibilisés à cette pathologie. ¹

Aujourd'hui, avec les routes de la migration qui sont bien organisées, avec les passeurs, les trafics, la présence de la drogue, tous ces camps que l'Europe met à ses frontières, je dirais que quasiment tous ceux qui sont ici, ont un état de stress post-traumatique. (Médecin 1)

C'est difficile à évaluer, j'aurais envie de dire, que de toute façon, ils ont tous un syndrome post-traumatique quelque part, à des niveaux différents. Ils ont tous des séquelles de ce qu'ils ont vécu. D'être arraché à son pays, de s'embarquer dans cette aventure de la

¹ Ci-dessous, le texte en italique reprend des extraits des interviews (cfr Annexe 7).

migration qui est hyper stressante à tous les niveaux. Ils ont tous des stigmates sur le plan psychologique en tout cas. (Médecin 3)

Il n'y en a qu'un d'entre eux, qui ne soit pas d'accord avec ses confrères et ne recensent que peu de syndromes de stress post-traumatique dans sa patientèle migrante.

En termes de diagnostic, la plupart des médecins généralistes interviewés utilisent leur « feeling » ou « l'intuition » de cliniciens pour constater un état de stress post-traumatique. Toutefois, même s'ils ne suivent pas de manuel théorique, les critères diagnostics de l'état de stress post-traumatique sont présents à savoir les syndromes intrusifs (ex: flashs), les syndromes d'évitements et d'hyperréactivité neurovégétative (ex: trouble du sommeil, trouble de concentration..).

L'anamnèse, comme souvent dans les pathologies mentales. Il n'y a aucun test diagnostique, biologique. (Médecin 1)

En général, ce qui revient ce sont des flashs ou des problèmes de sommeil (cauchemars). Aussi, et ça c'est parfois un piège, leur discours est souvent contradictoire ou confus. (...) Mais cela fait partie du tableau, c'est important. (Médecin 3)

Toutefois, certains médecins sont amenés à réaliser des expertises médicales pour les autorités publiques et sont obligés de travailler avec des critères objectifs et recevables. Dans ce cas, tous les médecins généralistes interviewés utilisent le DSM-5. Aucun autre outil n'a été mentionné pour l'aide au diagnostic de l'état de stress post-traumatique.

6.2.1.2 Se rendre accessible

Chaque médecin a ses astuces pour se rendre accessible et créer une relation de confiance avec son patient. Relation indispensable entre soignant-soigné pour qu'une transaction se crée. Le sujet traumatisé doit être reconnu en tant qu'être humain à part entière et être traité avec bienveillance.

Les astuces qui ressortent des interviews incluent:

- A. Se présenter
- B. Oter son habit « de docteur »
- C. Accueillir

- D. Avoir le temps
- E. Exprimer de la bienveillance.

Petit conseil : dis comment tu t'appelles. N'oublie jamais de te présenter. Fais comme tu fais avec tous les patients. C'est très important que le patient ait en face de lui quelqu'un qui est là pour l'écouter et qu'il y ait une relation de confiance. (Médecin 1)

Combien de fois je vois les médecins mettre leur blouse blanche chez Médecins du Monde. C'est quand même le costume du docteur. Si tu fais un plan hiver et que tu mets une blouse blanche, je t'assure que rien que ça, il y a une distance qui se met. Si tu vas sauver une grève de la faim, si quelqu'un est couché, il faut pouvoir se mettre par terre et parler avec lui. (Médecin 1)

Le fait de s'être senti accueilli et de voir que pour un certain nombre de choses on pouvait l'aider, il ne restait plus du tout cette agressivité qui inquiétait tout le monde. (Médecin 6)

Le problème c'est qu'il faut du temps, mais ici au CASO on a le temps. (Médecin 2)

Sentir de la bienveillance, de l'attention à leurs problèmes. Ce sont des personnes dont on ne s'est pas soucié durant leurs trajets de migration ou même chez eux. Ils ont souvent été victimes de maltraitements dans leur pays d'origine pour des raisons politiques ou économiques ou autres.. La bienveillance est la meilleure thérapie. (Médecin 1)

6.2.1.3 Délivrer les langues

Pouvoir déposer sa plainte en utilisant la parole est, à la fois, un élément permettant la mise en évidence du diagnostic mais également un élément thérapeutique pour le patient.

L'ensemble des médecins généralistes interviewés soutiennent le fait qu'il ne faut pas avoir peur de poser les bonnes questions. La première question élémentaire est de savoir s'ils ont été soumis à des actes de violence sur leur pays d'origine, durant le chemin migratoire ou lors de leur arrivée en Belgique.

Je veux dire, un garçon qui a été violé, surtout si c'est un musulman (syrien, afghan) dans un camp en Grèce, avant qu'il t'en parle..Par contre il aura mal au ventre, il sera impuissant mais cela il ne te le dira pas non plus. C'est horrible hein. Il faut beaucoup de confiance, d'empathie, cette compétence de lire entre les lignes. Si tu n'as pas une certaine sensibilité, si tu n'oses pas poser la question, tu ne sauras pas. (Médecin 1)

Oui c'est très important, lorsqu'on rencontre ces publics, comme on le rencontre chez les migrants. C'est d'être toujours éveillé à cela et d'essayer de voir si il n'y a pas eu dans son

parcours un élément de violence. On peut poser la question : « Avez-vous été victime de violence pendant votre parcours ? ». A ce moment là, la parole peut se réveiller. Mais souvent, c'est eux qui racontent leur histoire ou qui font le lien entre leurs plaintes et ce qu'ils ont vécu. (Médecin 3)

Certains patients décideront de ne pas répondre à cette question. Cela peut s'expliquer par le fait que la relation thérapeutique est encore trop fragile. Très certainement, par manque de confiance envers l'autre liée à l'expérience migratoire. Cela peut prendre du temps. La chance de notre métier est qu'il est possible de voir les patients pour d'autres plaintes permettant d'avoir un contact pacifié fréquent.

Au début, on va essayer de traiter la plainte, de faire le diagnostic. Assez vite, on va se rendre compte que la plainte ce n'est pas celle-là. Quelle en cache une autre. Parfois il faut beaucoup de temps pour que la personne parvienne à expliquer ce qu'elle vit et il faut lui laisser du temps. Je crois que ça fait partie de notre métier. Car on a la chance de voir les gens souvent et on a la chance qu'ils puissent venir nous voir pour des prétextes. « J'ai un rhume », « J'ai mal de tête ». Alors qu'en fait, ce n'est pas la même démarche que d'aller chez un psy. (Médecin 5)

Une deuxième raison à l'omission est que le patient développe des mécanismes de défense (cfr Chapitre 4.1) pour éviter de se rappeler tout ce qui est en lien avec le traumatisme. C'est d'ailleurs deux symptômes de l'état de stress post-traumatique : l'évitement induisant un comportement de fuite et l'altération de la cognition créant une amnésie de l'épisode traumatique. Notre rôle, en tant que médecin généraliste est de ne pas se montrer intrusif et laisser le temps au patient de se révéler.

Malheureusement notre société actuelle est iatrogène. De fait, pour convaincre des risques encourus dans le pays d'origine; le patient doit tout raconter en détail. « Se mettre à nu » face aux autorités publiques pour tenter d'obtenir le droit d'exister.

Ils sont reconvoqués, doivent répéter plusieurs fois le traumatisme : c'est faire revivre le traumatisme. Surtout qu'en face d'eux, il y a des gens qui essayent de montrer des incohérences. Or, cela fait partie de l'ESPT, une confusion mentale, une certaine amnésie. (...) Mais pour le médecin de l'office des étrangers, c'est la preuve qu'ils mentent. Ils ne sont pas crus, ce qui est encore pire. On les accuse de mentir ou d'en remettre une couche pour avoir droit à l'asile [Silence]. (Médecin 1)

Surtout qu'il y a quelque chose de iatrogène dans le système. Il y a beaucoup de personnes qui devraient d'abord être accueillies, se cicatriser dans le silence par rapport à certaines choses qu'ils ont vécues et puis tout doucement pourraient revenir à des réalités

épouvantables lorsqu'ils sont mieux entourés. Actuellement, ils sont tellement décortiqués, cuisinés au CGRA... (Médecin 6)

6.2.1.4 Tout en se protégeant

Certains répondants rappellent qu'il est nécessaire de se protéger face à ces patients qui ont parfois vécus des actes innommables. Il est indispensable de ne pas tomber de l'empathie à la sympathie. Il faut être capable d'accueillir la souffrance du patient, sans se détruire soi, tout en parvenant à en faire quelque chose. Connaître ses limites et être conscient que, dû aux contraintes institutionnelles, on ne sera pas capable de tout changer. Notre but est de modifier ce qui est possible. Cela requiert de trouver la juste distance avec le patient pour ne pas s'épuiser.

Empathie avec tout ce que ça veut dire, gérer une relation asymétrique. Tu dois le comprendre, se mettre à sa place mais ne pas être à sa place sinon tu vas craquer ou tu vas devenir un robot. Si tout ce qu'a vécu le patient, tu le vis toi même, fatalement tu vas avoir un stress post-traumatique toi même. (Médecin 1)

6.2.2 Catégorie n°2 : La reconnaissance via l'objectivité

Comment mieux *objectiver* ou décrire la réalité que via l'examen clinique en médecine générale selon les médecins généralistes intervenants ? L'examen clinique est avant toute chose un devoir professionnel du clinicien, devant être présent dans toute consultation. Bien que la médecine technique prend de plus en plus de place dans la démarches diagnostiques du médecin, rien ne peut remplacer la clinique. Celle-ci permet une attention particulière portée sur ce corps bafoué, malmené, parfois multiples fois violenté chez les patients migrants. Les psychologues du Hub Humanitaire parlent d'un sentiment d'un corps-déchet à éliminer selon certains exilés rencontrés [6]. Cette attention au corps est vue comme indispensable dans la relation de confiance qui se crée avec le praticien et peut-être déjà considérée comme thérapeutique.

Deuxièmement, l'examen clinique tel qu'il est décrit dans les manuels de médecine comportent 3 rubriques: l'Inspection, la Palpation, et l'Auscultation. Toutefois, comme décrit

par Sabine Bancon dans sa thèse intitulée « L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale », le médecin n'inspecte pas, il regarde ; le médecin ne palpe pas, il touche ; le médecin n'ausculte pas, il écoute. Alors que l'inspection, la palpation et l'auscultation n'ont qu'un objectif diagnostique, le regard, le toucher et l'écoute permettent de faire exister le patient. Comme le disait Jean Paul Sartre: « J'existe d'être regardé ». A plus forte raison chez les migrants qui ont été généralement considérés, voire traités de manière inhumaine durant leurs chemins migratoires.

2 thèmes seront donc discutés dans cette catégorie :

- Le pouvoir de l'examen clinique
- Redonner une identité

6.2.2.1 Le pouvoir de l'examen clinique

Comme discuté ci-dessus, l'examen clinique permet au patient de déposer au médecin son corps, objet de souffrance. Par ce mouvement, il peut abandonner ses inquiétudes dont il est l'objet dans le but d'une *reconnaissance* de son mal-être. De fait, au-delà des bruits auscultatoires, l'écoute permet au praticien de parfois ressentir la souffrance du patient et d'ouvrir la voie à un partage de vécu subjectif douloureux.

Dans le soin, en anglais c'est mieux dit qu'en français car il y a le « cure » et le « care ». Le « cure » on le fait très bien, c'est les médicaments, les examens, les techniques,.. C'est très important. Il faut continuer à examiner les gens et ne rien banaliser. Le « care » c'est prendre soin de quelqu'un, prêter attention à la personne. Pas uniquement soigner la maladie et la personne, mais être à son écoute. Cela permet d'avoir accès à des traumatismes par exemple, que la personne a vécus et qu'elle pourra en toute sécurité déposer. Cela permettra de faire des liens. La personne se sentira comprise, fera le lien entre ce qu'elle vit et ce qu'elle a vécu. (Médecin 3)

6.2.2.2 Redonner une identité

La présence du soignant ainsi que l'intérêt qu'on a pour les plaintes médicales via l'anamnèse et l'examen clinique sont parfois les seuls outils pour soulager le patient. Plus particulièrement lorsqu'on est « pieds et poings liés » par l'administration et les procédures

juridiques. Il ne faut pas oublier que ces camps de rétention ravivent parfois les traumatismes antérieurs - prison dans le pays natal, violence policières dans les hotspots. Juste une visite offre parfois au patient un regain d'humanité.

6.2.3 Catégorie n°3 Avoir plusieurs cordes à son arc

Avoir plusieurs cordes à son arc signifie que le maître-mot de la prise en charge de l'état de stress post-traumatique chez le migrant est la pluridisciplinarité selon l'ensemble des médecins généralistes interviewés. Incluant trois acteurs primordiaux : le médecin, la psychologue et l'assistante sociale qui travaillent côte à côte de manière horizontale. Le juriste est également un atout si possibilité. Le médecin généraliste exclut toute pathologie organique; diagnostique l'état de stress post-traumatique et réfère en service de santé mental ou social adéquat. Le psychologue tente de traiter la souffrance mentale occasionnée par les multiples traumatismes. Enfin, afin de réaliser une prise en charge globale du patient, il convient de le soutenir dans son parcours administratif vulnérabilisant et ce grâce aux compétences de l'assistante sociale. Le médecin généraliste a également son rôle à jouer dans ce pôle. Enfin, il est également nécessaire d'essayer de mettre le patient à l'abri pour retirer de la tête que le trauma puisse recommencer. C'est le second rôle de l'assistante sociale.

6.2.3.1 Prise en charge somatique

L'ensemble des médecins généralistes interrogés sont d'accord sur le fait que la prise en charge du migrant en état de stress post-traumatique se base sur 2 axes. Premièrement, une prise en charge classique, de recherche de pathologie organique et de traitement de celle-ci. Deuxièmement, une attention marquée sur les symptômes de souffrance psychique: troubles du sommeil, de la concentration, cauchemars, flashes,...

La majorité des médecins généralistes expriment que les douleurs atypiques de localisation, d'intensités et d'irradiations variables évoquées par les patients en état de stress post-traumatique sont un élément facilitant le diagnostic. L'examen clinique est la plupart du temps pauvre en signes physiques.

De nouveau, je pense que c'est mal interprété. Quand la patiente a mal au ventre, il faut évidemment réfléchir si la patiente n'a pas ses règles, si elle n'est pas enceinte.. J'exclus toujours le côté organique des symptômes puis j'ouvre toujours le volet somatique. Tiens, quel sens cela inclut que cette patiente ait mal à cet endroit-là ? Je ne sais jamais quelle réponse je vais avoir, mais j'ouvre toujours ce volet là. Sans perdre ma rigueur organique, je la complète. (Médecin 4)

Un intervenant rappelle l'importance de travailler avec une équipe pluri-disciplinaire comprenant un médecin: seul praticien qui réalisera l'examen clinique accusant des souffrances et de l'ampleur des difficultés parcourues.

C'est là que c'est important d'avoir une équipe mixte médico-psychologique. Mais s'il y a un seul soignant, le mieux c'est que ce soit un médecin par il faut examiner les gens. Ne fussent que pour objectiver. (...) S'il me dit qu'il a été torturé à l'électricité et qu'on voit dans son dos, une trace blanche, 2 traces rouges et une trace blanche, tu peux tout de suite reconnaître la torture et quelque chose s'établit. Le patient entend que tu sais de quoi il parle et que tu le reconnais. (Médecin 1)

Toutefois un médecin généraliste rappelle le fait que tous les médecins n'ont pas cet éveil à la recherche d'une cause psychologique aux plaintes du patient. De fait, l'ensemble des praticiens auditionnés ont l'habitude de travailler avec cette patientèle et ils ont tous été ou sont membres d'une association. L'interviewé exprime que les médecins les moins sensibilisés sont les médecins spécialistes. La médecine technique peut entretenir cette souffrance en multipliant les examens complémentaires chez le patient qui n'en a, en fait, pas besoin. Ce qu'il a besoin c'est une prise en charge globale, encadrée, psychologique.

Ce genre de patients, se retrouvent pris dans des circuits de médecines spécialisées où on fait plus de dégâts que de bien car on les surmédicalise. Ce n'est pas cela qui va les aider. (Médecin 3)

On peut se demander pourquoi tous ces symptômes n'arrivent pas à être exprimés par le patient et quel est le sens de ceux-ci. Comme expliqué par un médecin interviewé, c'est parce que tout ce qui est lié à la parole, nécessite une métabolisation cérébrale importante. On passe d'abord au stade de sensation puis au stade d'analyse pour arriver au stade de représentation et enfin à la sélection de vocabulaire adéquat. La plupart du temps, les patients restent bloqués au stade de sensation voire d'analyse en raison des modifications cérébrales anatomiques et/ou fonctionnelles provoquées par le traumatisme. Du coup, c'est

le corps qui va s'exprimer dans des situations qu'il n'arrive pas à représenter. La plupart des interviewés sont conscients de cette connexion entre le corps et l'esprit.

Mais cela fait partie du tableau, c'est important. La somatisation aussi. On est souvent confrontés à des plaintes comme des maux de têtes, des douleurs lombaires, des douleurs abdominales,.. Il y a une forte somatisation qui se fait. Il faut essayer de faire le lien entre ça et ce qu'ils ont vécu. (Médecin 3)

Toutefois, l'un d'entre eux exprime que c'est parfois plus compliqué pour le patient que pour le médecin de faire le lien entre les traumatismes vécus et les plaintes somatiques que ceux-ci ont occasionnés. De fait, ces plaintes somatiques peuvent être un mécanisme de défense pour éviter d'avoir des flashes ou des reviviscentes du traumatisme. Il est donc nécessaire d'être prudent dans l'annonce du diagnostic au patient au risque de briser cette carapace.

Parfois ils ne font pas le lien eux-mêmes et là c'est plus difficile. Car, quelque part, faire le lien avec le traumatisme qu'ils ont vécu c'est réveiller le traumatisme. Alors que c'est justement cela que certains évitent. (Médecin 3)

Un médecin évoque une solution qui est également la force de notre métier: le suivi. En tant que médecin généraliste, on a également l'occasion de voir le patient pour autre chose que ces plaintes somatiques. Le temps nous permet de comprendre le fonctionnement du patient et de faire potentiellement des liens entre des plaintes et des traumatismes antérieures. Certains médecins généralistes évoquent le fait qu'ils ont parfois recours aux examens complémentaires pour exclure une pathologie organique mais également pour rassurer le patient.

Au niveau de la prise en charge médicamenteuse, les avis sont divergents. La plupart des médecins privilégient l'approche classique de soigner les symptômes consécutifs de l'état de stress post-traumatique.

Pour les troubles du sommeil, on distingue 3 approches différentes. Un médecin privilégie des hypnotiques à courte durée d'action (Lormétazépan). Un autre l'association d'un hypnotique à longue durée d'action (Alprazolam) et d'un antipsychotique (Dominal). Mais la plupart d'entre eux préfèrent utiliser le côté hypnotique de certains antidépresseurs comme le Trazodone ou la Mirtazapine, molécule induisant moins de dépendance physique. Pour les angoisses, un médecin utilise des hypnotiques à longue durée d'action pas trop myorelaxante comme l'Alprazolam. Pour les symptômes de dépression, la plupart des

médecins généralistes utilisent des antidépresseurs si symptômes de dépression moyenne à sévère. Les molécules les plus souvent utilisées sont les SSRI de type Escitalopram ou Sertraline. Dans certains rares cas, les symptômes de reviviscence et de dissociation de l'ESPT peuvent mener à de la psychose. Certains médecins ont déjà prescrit des neuroleptiques comme de l'Haldol ou du Nozinan pour calmer ces symptômes.

Toutefois, tous les médecins sont d'accord sur le fait qu'il n'y a pas de recette miracle médicamenteuse et que la prise en charge psychologique, si le patient est d'accord, est bien plus efficace.

6.2.3.2 *Prise en charge psychologique*

Comme expliqué ci-dessus, l'ensemble des praticiens sont convaincus de la nécessité de mettre en place une prise en charge psychologique. A la suite du diagnostic, le médecin généraliste va donc orienter ces patients vers une psychologue ou un service de santé mentale.

Un intervenant mentionne qu'il y a plusieurs possibilités pour référer le patient : si le celui-ci est demandeur d'asile, il a accès à des consultations psychologiques. En effet un forfait psychologique est prévu pour chaque patient de 2x60€/mois [2]. Toutefois, tous les demandeurs d'asile n'acceptent pas toujours de faire appel aux psychologues par peur de stigmatisation de sa communauté. Il faut, dans ce cas, faire preuve de patience et d'arguments convaincants.

Pour les patients en situation irrégulière, la situation est plus complexe. Selon un médecin interviewé, les soins médicaux et les médicaments peuvent être pris en charge par l'AMU. Pour la prise en charge psychologique, il est rare que les CPAS acceptent le renouvellement et la continuité des soins psychologiques. Les prises en charge sont donc de courte durée. Si c'est le cas, le suivi reste compliqué par le fait qu'il est difficile de trouver un psychologue acceptant de travailler avec interprète et les démarches administratives sont lourdes. Un autre problème pour ces patients en situation irrégulière est que la plupart des centres de santé mentaux - surtout ceux dédiés aux migrants (Ulysse, D'ici et d'ailleurs) - sont surchargés. Certains médecins interviewés usent de leurs contacts dans leurs communes

pour tenter de trouver une place dans un service de santé mentale. Mais l'ensemble des médecins expriment que la situation est très complexe et qu'il n'y a que peu de places.

Les personnes interviewées m'ont donc aidée à la réalisation d'un annuaire synthétisant les associations ou les services de santé mentale pouvant encadrer psychologiquement le patient sans titre de séjour sur notre territoire et ceci gratuitement (Cfr Annexe 6). Cet annuaire peut également être utile pour les demandeurs d'asiles dont le forfait psychologique est insuffisant.

6.2.3.3 *Prise en charge administrative*

L'ensemble des médecins généralistes interviewés relatent que la prise en charge au niveau administratif des patients migrants en demande d'asile et en situation irrégulière sur le territoire est extrêmement complexe. C'est d'ailleurs le point le plus compliqué dans la prise en charge. Cela est lié au fait qu'il y a un énorme problème d'harmonisation entre les CPAS des différentes communes Bruxelloises concernant l'AMU. Les médicaments remboursés, les formulaires de réquisitoire différent, .. Il y a également un gros problème de communication entre les communes. Par exemple, si un individu réalise ses démarches administratives grâce à une assistante sociale et un médecin dans la commune du SAMU Social auquel il est hébergé, il doit généralement tout recommencer si il change de commune, ce qui est fréquent pour les patients migrants sans-abris. L'équipe administrative de Médecins du Monde est d'ailleurs en train d'élaborer des recommandations pour réformer et harmoniser la législation entre les CPAS.

Mais l'accès aux soins en Belgique est quelque chose de très compliqué. Si on est pas dans les cases pour avoir une mutuelle, si on a pas de moyen du tout, c'est la croix et la bannière. (...) Pour les migrants, c'est une difficulté supplémentaire. La prise en charge administrative est lourde et le rôle des assistantes sociales est énorme. (Médecin 2)

Généralement, les médecins trouvent que c'est assez facile d'obtenir l'AMU pour les patients sauf une praticienne qui dit devoir parfois batailler. Toutefois, l'ensemble des médecins interviewés trouvent que la durée de ces cartes médicales est beaucoup trop courte et doit constamment être renouvelée – ce qui rend le suivi médical ou psychologique compliqué (cfr ci-dessus). Certains médecins parlent du fait que les durées de l'AMU ont été diminuées dans les différentes communes au fil des années.

Après hum.. qu'est-ce qu'ils font dès qu'ils obtiennent la carte médicale? C'est souvent des cartes pour un mois, il faut limite la renouveler quand on l'a. C'est administrativement difficile à comprendre. Donc si ils ont l'AMU pour un souci ponctuel, ils iront voir le médecin ou pas.. Mais si c'est pour un suivi psy, c'est tellement difficile à avoir,.. (Médecin 2)

On constate également que les praticiens bruxellois ne sont presque plus amenés à réaliser des certificats médicaux selon l'article 9ter - certificats qui ont pour but d'autoriser le séjour des patients pour raisons médicales - car elles ne sont pratiquement plus acceptées. En effet, actuellement le CGRA regarde sur le site du ministère de la santé du pays d'origine si la pathologie est traitable. Si c'est le cas, le 9ter sera rejeté. Toutefois, la maladie est traitable mais à quel prix ? Le patient sera expulsé et incapable de poursuivre son traitement dans son pays d'origine.

6.2.3.4 Prise en charge sociale

Pour prendre en charge l'individu dans sa globalité et lui redonner une identité, il faut ramener l'individu à un niveau d'humanité. C'est une question de priorité, il est difficile de sensibiliser le patient à prendre en charge ses troubles psychiques si il n'a pas un toit sur la tête ni de quoi manger. C'est le rôle des assistantes sociales mais également du médecin généraliste d'orienter vers des infrastructures disponibles.

Le premier traitement du stress post-traumatique c'est mettre à l'abri. Il s'agit de retirer de la tête que cela puisse recommencer. (...) Là, au moins, les gens ils ont une ou deux nuits plus en paix, dans un lit, dans une maison. Ils savent que les flics ne viendront pas les chercher. Ils ont une salle de bains, peuvent se laver, retrouver une certaine dignité. Tu vois, quand tu as passé 15 jours dans la rue, tu pues hein.. C'est ramener les gens à un niveau d'humanité. (Médecin 1)

6.2.4 Catégorie n°4 Freins à la prise en charge

Les médecins généralistes ont mis en évidence des *freins*, des difficultés, rencontrées lors des consultations. Ces éléments freinent le diagnostic ainsi qu'une possible prise en charge de l'état de stress post-traumatique du migrant. La complexité de démarches administratives a déjà été discutée ci-dessus.

Les difficultés qui ressortent du matériel sont:

- L'obstacle linguistique
- Les consultations chronophages
- Une formation insuffisante
- Les addictions

6.2.4.1 L'obstacle linguistique

Tous les médecins interrogés ont mentionné la barrière de la langue comme obstacle à la prise en charge du patient migrant. Un médecin semble être moins impacté par cet obstacle.

3 types de possibilités sont utilisées pour les praticiens pour le surmonter:

L'application Google Translate est utilisée par l'ensemble des médecins. Celle-ci est extrêmement intéressante mais reste limitée essentiellement à la prise en charge de plaintes factuelles, organiques. Car il est difficile d'avoir accès au ressenti du patient, si il n'en éprouve pas le besoin. D'autres ont mentionné utiliser des membres de la famille ou un ami du patient pour l'aide à la traduction. Toutefois, les patients ne sont pas toujours à l'aise de discuter de certaines plaintes ou symptômes avec une personne connue.

Il y a aussi des ressources locales, mais il faut être extrêmement prudent, notamment dans le domaine du stress post-traumatique. Par exemple une dame qui a des problèmes pulmonaires et qui ne parle qu'arabe, tu peux demander à sa petite fille de traduire. Si c'est un problème gynéco, sexuel ou un trauma, il vaut mieux un tiers neutre. (Médecin 1)

Enfin, certains médecins expliquent utiliser des services d'interprétariat comme le SETIS, BruxellesAccueil ou des interprètes employés d'association. Toutefois, on remarque que ceux-ci sont utilisés essentiellement par les médecins membres d'associations (Médecins du Monde) ou de services publics (Exil). De fait, comme expliqué par un interlocuteur, le SETIS est accessible uniquement pour les médecins généralistes travaillant pour un service public, au forfait ou associatif. BruxellesAccueil est quant à lui un service payant. Les médecins généralistes bruxellois n'ont donc pas accès à ces plateformes d'interprétariat gratuitement.

Un médecin généraliste interviewé mentionne également que si on travaille avec des interprètes pour des problèmes non factuels, on peut être biaisé par l'interprétation de celui-ci.

Quand il s'agit du ressenti, des émotions, c'est beaucoup plus difficile lorsqu'on passe par un interprète. Car l'interprète va traduire ce qu'il a ressenti aussi. C'est un gros obstacle, effectivement. (Médecin 3)

6.2.4.2 Les consultations chronophage

La prise en charge des patients migrants avec des troubles psychiques sont des consultations qui prennent du temps, selon l'ensemble des interviewés. C'est essentiellement lié au fait qu'il est nécessaire d'être patient afin de créer un lien thérapeutique solide à la révélation des traumatismes. Deuxièmement, la barrière linguistique crée des freins à la bonne compréhension du problème actuel du patient. Les médecins travaillant dans des associations savent prendre le temps, ce qui est plus compliqué pour ceux travaillant en ambulatoire ou hospitalier.

6.2.4.3 Une formation insuffisante

L'ensemble des médecins expliquent que la formation universitaire comporte des lacunes à deux niveaux: les pathologies spécifiques de la population migrante ainsi que les pathologies somatiques découlant d'un problème psychique comme l'ESPT.

Un répondant explique que généralement les praticiens bruxellois sont trop fixés sur la médecine organique et technique. Des examens complémentaires sont fréquemment demandés chez ce type de patient atteint d'ESPT car on manque de connaissances sur l'impact du stress sur l'organisme. La plupart des médecins disent se former « sur le tas » et c'est via l'accumulation des prises en charge qu'ils deviennent des spécialistes dans le diagnostic et la prise en charge de cette pathologie.

Des médecins qui travaillent sur les communes de Molenbeek, Anderlecht. Moi je dirais bien qu'ils sont spécialistes même s'ils ne le savent pas. Ils ont une telle façon de parler des patients, une telle compréhension du fait qu'il faut travailler avec des avocats, des

interprètes, qu'il y a des obstacles culturels que moi je leur mettrais bien l'étiquette de spécialiste. Ils effectuent un travail global et prudent. (Médecin 6)

Ou via des conférences sur le sujet donné par les associations d'aide aux migrants.

La plupart encourage l'intégration de ces formations dans le cursus universitaire de médecine.

6.2.4.4 Les addictions

Malheureusement, énormément de migrants atteints de troubles psychiques sont sujets à des addictions. Addictions développées essentiellement sur le chemin migratoire.

Toute la route migratoire avec toute la violence : les camps, les passeurs, la drogue, .. Ils arrivent quasi tous toxicomanes avec des produits bizarres comme Lyrica, Rivotril, Tramadol.. On les accroche, en leur donnant un petit Lyrica car ça va détendre. (Médecin 1)

Toutefois, on remarque également que la prise en charge médicale dans les pays d'accueil peuvent induire des addictions. Comme expliqué plus haut, les médecins moins éveillés aux plaintes psycho-somatiques peuvent avoir recours à des médicaments ayant un gros pouvoir addictif, pour traiter les plaintes de l'ESPT. Bien que ces traitements peuvent soulager le patient dans un premier temps, ils ne régleront pas la cause du problème et une dépendance à la molécule va se créer.

En dehors, dans le milieu hospitalier par exemple. Je suis parfois effrayé car je rencontre des migrants qui ont été référés vers des services de neurologie. Ils ressortent de là avec des médicaments comme le Lyrica, qui est une drogue de rue. Ils sont pris là-dedans. Il y a des dépendances qui s'installent. On en voit beaucoup sous Lyrica, sous anti-douleur pour douleur chronique. (Médecin 3)

On remarque qu'un petit nombre de médecins généralistes interviewés utilisent des molécules connues pour induire une accoutumance rapide (anxiolytiques) pour traiter l'ESPT. L'essentiel des interviewés tentent d'utiliser des molécules provoquant une moindre dépendance ou ont recours à des thérapies alternatives (psycho-corporelle par exemple) pour soulager le patient.

Dans l'annuaire réalisé (cfr Annexe 6), une rubrique a été dédiée aux services disponibles prenant en charge les patients sans papiers ayant des addictions.

7 Discussion

Les résultats de cette étude qualitative sont divisés en 4 catégories dévoilant le vécu du médecin généraliste face au diagnostic et à la prise en charge de l'ESPT du migrant. Ces catégories suivent l'ordre chronologique d'une consultation, c'est-à-dire suivant la méthode SOAP (Subjectif-Objectif-Analyse-Plan) comme expliqué dans de nombreux manuels de médecine.

L'éveil empathique représente la partie Subjective de cette méthode, autrement dit, l'anamnèse. Il est nécessaire que le praticien soit *éveillé* à la possibilité d'un ESPT chez ces patients vulnérables. Lors de la consultation, le praticien va donc parallèlement, être sensible à la plainte pour laquelle le patient consulte tout étant attentif à de potentiels symptômes de trouble psychique. 3 propriétés ont été développées permettant une anamnèse éveillée à ces plaintes « cachées »: (1°) la sensibilisation à cette pathologie fréquente, (2°) le fait de se rendre accessible, (3°) la faculté d'arriver à délier les langues tout en se protégeant.

La reconnaissance via l'objectivité évoque logiquement la partie Objective qui est l'examen clinique. L'examen clinique est à la fois un devoir professionnel mais surtout une manière de faire exister le patient. De fait, il permet de comprendre les traumatismes physiques et psychiques - via les symptômes psycho-somatiques- qu'il a pu traverser.

Ces 2 catégories permettront au praticien de poser un diagnostic, l'état de stress post-traumatique, qui constitue l'Analyse de la consultation.

Avoir plusieurs cordes à son arc constitue, le Plan de la consultation ou la prise en charge pluri-disciplinaire. Après avoir exclu toute pathologie organique et diagnostiqué un ESPT chez le patient migrant, le médecin doit s'entourer de plusieurs acteurs au risque de mal soigner le patient ou de s'épuiser. Deux acteurs sont primordiaux: le psychologue qui va tenter de soulager la souffrance mentale occasionnée par les traumatismes et l'assistante sociale qui va soutenir le médecin au niveau administratif et tenter de mettre le patient en sécurité.

Finalement, les *freins à la prise en charge* évoquent les difficultés auxquelles seront confrontés le soignant dans sa prise en charge. Ces difficultés seront rediscutées ci-dessous.

Au regard de ces résultats, la discussion sera divisée en 2 parties. « *Ce qui est* » représente la synthèse des difficultés auxquelles sont confrontées les 3 acteurs principaux de prise en charge du migrant - médecin généraliste, psychologue et assistante sociale. Et « *Ce qui devrait être* », que l'on tentera d'énoncer en confrontant les difficultés à la recherche de la littérature.

7.1 Ce qui est

7.1.1 Médecin généraliste

Le médecin généraliste prenant en charge les migrants souffrant d'ESPT est confronté à plusieurs problématiques comme mentionné ci-dessus dans les Résultats.

L'ensemble des médecins interviewés estiment qu'ils ont reçu *une formation inadéquate* par rapport aux pathologies spécifiques de la population migrante ainsi qu'aux pathologies somatiques découlant d'un problème psychique.

Un second problème est la communication. Au niveau des *barrières linguistiques*, un seul des médecins généralistes interviewé semblent être satisfait des moyens mis en place en termes de traduction en Belgique. Toutefois celui-ci a accès aux plateformes officiels gratuites d'interprétariat (SETIS essentiellement) ce qui n'est pas le cas des médecins ne faisant pas partie de services publics, au forfait ou associatifs. Pourtant dans son étude, Priebe [9] démontre que les coûts liés à l'incompréhension (examens complémentaires non nécessaires ou déjà réalisés, diagnostics erronés) dépassent le coût de l'utilisation d'un interprète.

Un deuxième point intéressant en termes de communication est qu'aucun médecin n'a mentionné la difficulté de la *barrière culturelle*. De fait, la représentation de la santé, les modes d'expressions ou la validité transculturelle du diagnostic peuvent être sources de problèmes. De plus, bon nombre de pays n'ont pas de première ligne dans leurs systèmes de santé. Des primo-arrivants peuvent donc ne pas connaître ni comprendre la possibilité de se rendre chez un médecin traitant de première ligne pour exprimer leurs plaintes.

On remarque également que certains médecins interviewés ont une *mauvaise connaissance des ressources disponibles* pour prendre en charge le migrant souffrant d'ESPT à Bruxelles. Les ONG généralement connues sont le GAMS et Constat. L'ensemble des médecins interviewés expriment le besoin d'un site internet ou d'une ressource synthétisant l'ensemble des possibilités de centres de soins pour les patients migrants souffrant d'ESPT. Ils mentionnent également un manque de communication et de maillage entre les structures disponibles.

Enfin, une problématique majeure du médecin généraliste face à ces prises en charge est la *lourdeur administrative*. Cette difficulté sera développée ci-dessous.

7.1.2 Services d'aide psychologique

Un premier problème au niveau du soutien psychologique est *le manque de dépistage de ces troubles psychiques*. Les problèmes de santé mentale sont généralement un sujet tabou par la population migrante. De fait, ils sont généralement tus ou sous-diagnostiqués car rarement le motif de consultation. De fait, ce sont généralement les troubles somatiques engendrés qui mettent le soignant sur la piste d'un syndrome de stress post-traumatique. Il existe pourtant des questionnaires de dépistage intuitif dans la littérature.

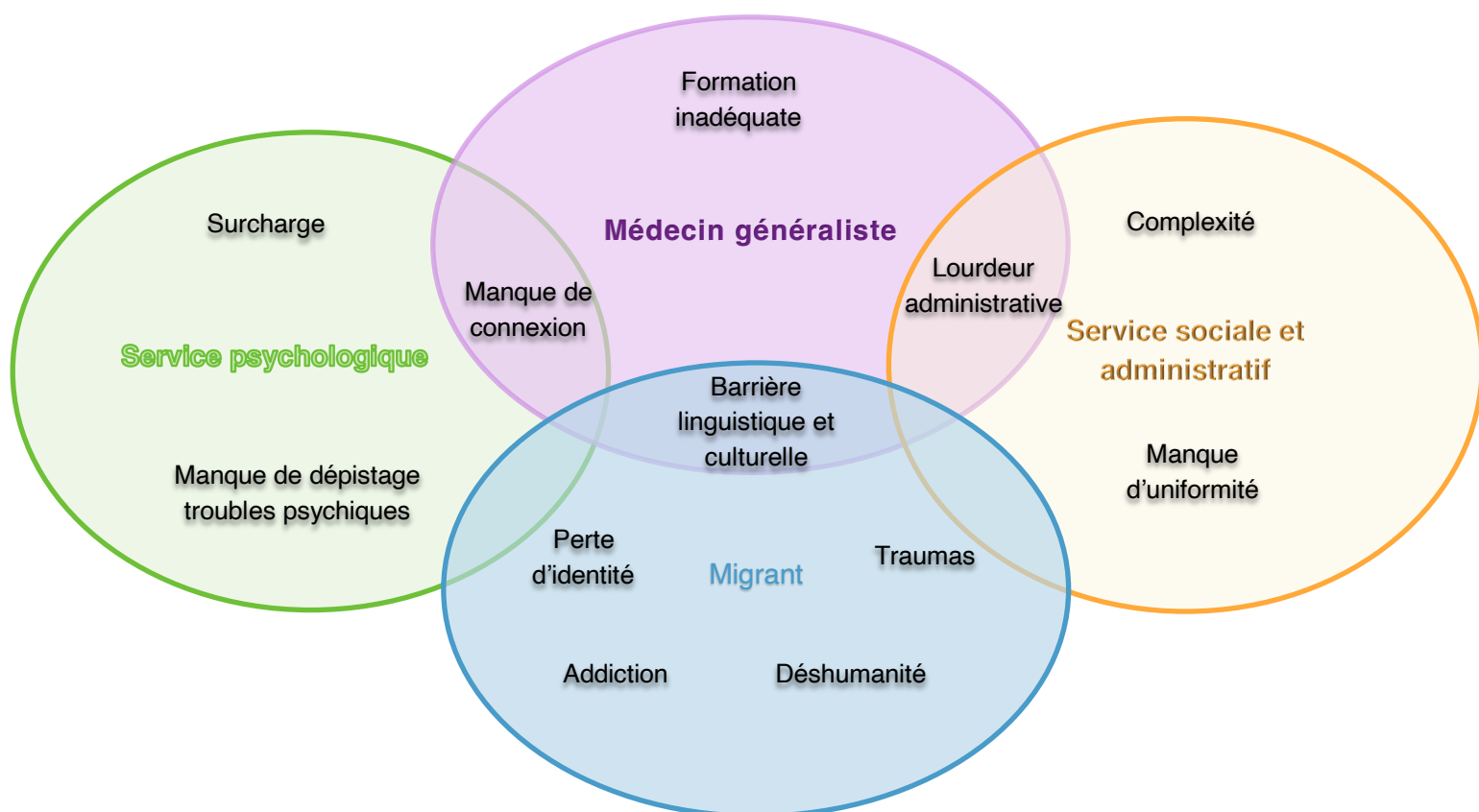
Un second problème est un *déficit de maillage entre les différentes structures et une surcharge dans les centres de santé mentale*. Cela résulte fréquemment à une prise en charge se limitant à une prescription médicamenteuse par le médecin généraliste sans propositions d'accompagnement psychothérapeutique. Pour des personnes souffrant de traumatismes psychiques, accueillir la parole et reconnaître leur souffrance est déjà un acte thérapeutique. L'approche psychologique doit ainsi être privilégiée aux traitements psychotropes, même si ceux-ci sont parfois nécessaires, temporairement et à dose minimale, pour calmer les crises d'angoisses et favoriser l'émergence de la parole. Le traitement par médicaments antidépresseurs est indiqué en cas de dépression moyenne à sévère confirmée, invalidante, mais n'est pas justifié dans les états de tristesse non pathologiques [6], [7], [9], [15], [16].

Pour tenter d'améliorer les connexions entre les différentes structures, un annuaire (cfr Annexe 6) a été réalisé grâce à l'aide de ma promotrice et des médecins interviewés.

7.1.3 Services d'aide sociale et administrative

Les *démarches administratives complexes* rendent le travail de l'assistante sociale et du médecin généraliste compliqué. Les difficultés auxquelles font face les soignants interviewés sont semblables à celles déjà recensées dans le projet ETHEALTH (cfr Annexe 3). Ce projet a été créé en 2011 visant à mettre en évidence des recommandations de bonnes pratiques dans les Service de Santé des personnes en situation irrégulière. En 2020, cette liste a été réactualisée démontrant que peu d'amélioration avaient été effectuées. L'ensemble des huit recommandations du projet ETHEALTH restent pertinentes au jour d'aujourd'hui – au regard de notre interview.

Figure 2 : Diagramme de Venn « Ce qui est »



7.2 Ce qui devrait être – pistes de recommandations

7.2.1 Médecin généraliste

Certains pays européens tentent de développer des formations pour pallier à ce manque de connaissance des médecins généralistes. Comme l'Association Allemande de psychiatrie qui, avec l'Académie nationale des sciences Leopoldina développent actuellement une formation continue pour les MG sur les problèmes de santé potentiels et les symptômes psychologiques d'ESPT dans la population migrante et réfugiée (cfr Annexe 4). Une intervention éducative fondée sur des preuves scientifiques d'une demi-journée est constituée de 8 modules. L'objectif est de l'incorporer durant l'assistantat des étudiants allemands de médecine générale. Cette formation continue aborde les thèmes [17] :

- Passé traumatique et causes migratoires influençant l'ESPT
- Symptômes clefs de l'ESPT
- Prise en charge inter-professionnel des symptômes d'ESPT chez le migrant/réfugié
- Perspectives d'avenir des soins de santé du migrant/réfugié
- Résumé et questions/clés de la formation continue

En, Belgique, l'ULB a mis en place un cours en master 3 sur les « Violences sociétales » dans lequel on parle des violences subies par les migrants et les conséquences de celles-ci. Selon mes recherches l'ULiège et l'UCL ne disposent pas de ces cours dans leurs cursus.

Au niveau de la barrière linguistique, il est nécessaire que les médecins de première ligne ai accès à un service de traduction gratuit et efficace. Concernant les barrières culturelles, le SPF santé et l'INAMI ont créé l'application Intercult permettant d'obtenir gratuitement des médiateurs culturels et par vidéoconférence. Il est intéressant de constater qu'aucun médecins interviewés n'utilisent cette plateforme bien qu'elle permettrait l'amélioration de la communication via la traduction. Elle apporterait également une plus-value sur la prévention des conflits liés à des malentendus culturels du système de soins de santé. Il serait intéressant de comprendre pourquoi les médecins généralistes n'y ont pas recours.

Le collège impérial de Londres a quant à lui développé des recommandations de bonne pratique sur la prise en charge des patients migrants atteints de troubles psychiques [18].

Ce qu'il faut demander :

1. **Déterminer s'il existe des facteurs de risque d'ESPT.** Posez des questions délicates sur les événements qui ont précédé sa migration et le déroulement du chemin migratoire.
2. **Explorer les conséquences de l'ESPT.** Posez des questions sur les symptômes de l'ESPT :
 - De reviviscence : cauchemars, flash-backs, souvenirs intrusifs accompagnés de peur ou d'une horreur intense.
 - D'évitement : de pensées, de souvenirs, d'activités.
 - D'hyperexcitation ou sentiment accru de menace : inquiétude, vigilance excessive face au danger, réaction forte à des bruits, difficulté à fonctionner dans le quotidien.
3. **Evaluer la gravité des symptômes :** impact sur le comportement sociale et professionnelle. Questionnement sur le sommeil, l'appétit, le plaisir des activités et la communication avec autrui.
4. **Evaluer la présence et la gravité des troubles psychologiques secondaires :** dépression, anxiété, psychose.

Ce qu'il faut faire :

1. **Evaluer le risque de préjudice sur eux-même ou sur les autres en posant la question :** « Dans ces situations, certaines personnes pensent à mettre fin à leur vie, l'avez-vous envisagé ? ».
2. **Evaluer l'impact sur les autres :** évaluer si la personnes à des enfants ou personnes vulnérables à charge et si elles présentent un traumatisme similaire.
3. **Evaluer et prendre en charge toute blessure physique concomitante** qui pourrait être lié à la torture.
4. **Questionner sur l'accès aux services d'aide :** sociale, santé, hébergement et juridique.
5. **Suivi en médecine de première ligne :** gestion continue des problèmes psychiques et physique

7.2.2 Prise en charge psychologique

Aucun médecin généraliste ni bureaux de primo-arrivants n'utilisent des questionnaires d'identification précoce des personnes susceptibles d'avoir subi des expériences traumatiques. Pourtant, le questionnaire PROTECT (cfr Annexe 5) conçu en 2018 par des ONG sous l'initiative de l'UE est un excellent outil pour dépister ces demandeurs d'asiles

vulnérables. Il est nécessaire de l'utiliser dans les 7 à 10 jours de l'arrivée dans le pays d'accueil après une période de repos. Toutefois, parfois les expériences traumatiques se manifestent tardivement. Il donc est conseillé de le répéter une seconde fois si des troubles psychologiques s'installent.

7.2.3 Prise en charge sociale et administrative

Il est urgent que les politiques entendent la nécessité d'une réforme de la prise en charge du patient migrant suivant les recommandations ETHEALTH 2020 (cfr Annexe 3). Les mesures les plus urgentes selon notre étude sont uniformiser les démarches par rapport à l'AMU et favoriser l'accès à des soins de santé mentale de qualité.

7.2.4 Solution potentiel : création de centres pluri-disciplinaires

Un projet pilote a été mis en place à Amsterdam aux Pays-Bas permettant d'améliorer la prise en charge des patients migrants sans titre de séjour souffrant d'ESPT [19].

Ce programme est destiné aux patients âgés de 18 à 65 ans avec un diagnostic primaire d'ESPT. La durée de ce traitement est fixée à un an. Les patients sont orientés par des médecins généralistes vers ce centre pluri-disciplinaire. L'objectif du programme est d'offrir une thérapie focalisée sur le traumatisme (TFT) basée sur des preuves scientifiques et motivée par une perspective de droit de l'homme et d'éthique médicale. La durée du traitement est limitée pour convaincre les autorités de ne pas extraditer le patient selon le règlement de Dublin. Durant l'ensemble de la prise en charge, les patients discutent régulièrement de leurs conditions de vie et sociale ainsi que leurs perspectives juridiques.

Le programme est divisé en trois phases :

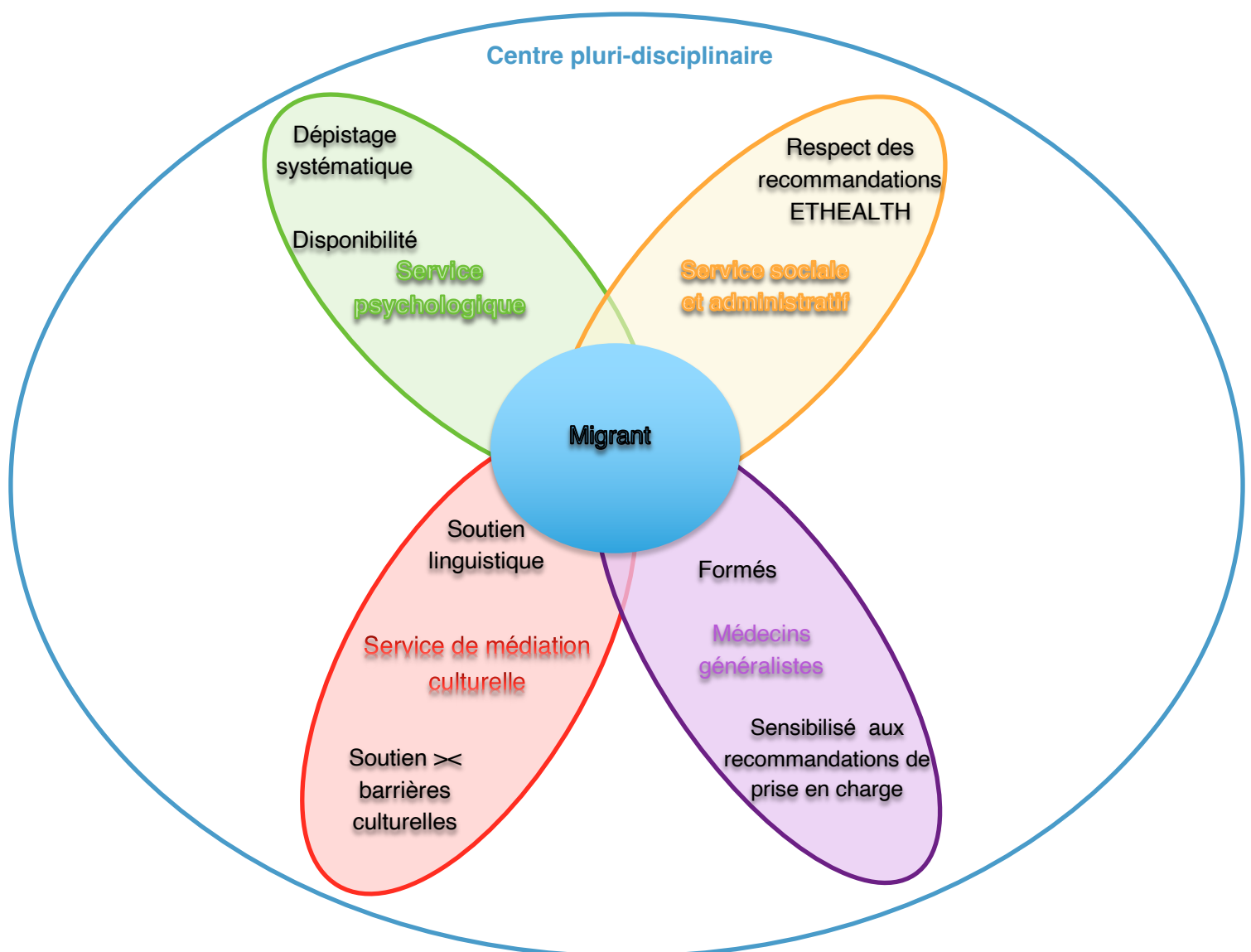
1. Phase de stabilisation : séance de psychoéducation (10 séances) permettant de créer un climat de sécurité ainsi qu'un lien thérapeutique. Cette phase est nécessaire pour le bon déroulement de la TFT.
2. Phase de TFT : traitement de réduction des symptômes via la thérapie psychothérapeutique NET (Narrative Exposure Therapy).

3. Phase d'orientation : l'objectif est de faire prendre conscience au patient sa propre capacité d'action et d'envisager des options pour l'avenir.

Grâce à cette thérapie , en 2015, sur 54 personnes ont pu suivre cette thérapie : 11 d'entre eux ont pu avoir accès à la nationalité néerlandaise, 8 ont obtenu un séjour temporaire pour raison médicale, 19 ont acceptés d'être aidé pour un retour volontaire dans leur pays. Pour 16 d'entre eux, le futur convenu est apparu impraticable.

Une étude observationnelle est encore en cours, permettant d'étudier la réduction de symptômes d'ESPT chez ces patients ayant suivi cette formation.

Figure 3 : Diagramme de Venn « Ce qu'il devrait être »



8 Limites et perspectives de recherche

Ce travail comporte des limites mais au vu de l'actualité récente, il est pertinent de mettre en lumière cette problématique de trouble de santé mentale chez le migrant.

La première limite résulte d'une absence de triangulation entre les différents intervenants de la prise en charge. En effet trianguler l'expérience des médecins généralistes avec celle d'autres soignants impliqués dans le traitement (psychologue et assistante sociale) et celle des patients migrants pourrait compléter le travail. Cela n'a pas été possible vu les contraintes de temps et les limites du TFE.

Une deuxième limite est que le nombre de médecins interrogés n'a pas permis la saturation des données pour deux raisons. La première est que la taille de l'échantillon réduite ne permet pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble des médecins généralistes. La deuxième est liée à la stratégie d'échantillonnage. L'ensemble des praticiens interviewés sont tous membre d'associations travaillant avec les patients migrants qui les sensibilisent au dépistage et à la prise en charge des troubles psychiques chez ces patients.

La troisième limite de ce travail est l'absence d'une tierce personne expérimentée pour superviser l'analyse et la vérification des catégories.

Au niveau des perspectives, ce travail a comme but premier de sensibiliser les médecins généralistes à la prévalence élevée de l'état de stress post-traumatique chez les migrants et les conséquences somatiques de cette pathologie. L'objectif est de ne pas tomber dans le piège d'une médecine technique potentiellement iatrogène et délétère pour le patient. Vu le manque de maillage entre les différentes structures, l'annuaire développer peut être une aide au médecin généraliste comme au patient migrant (*cfr Annexe 6*).

Enfin, au regard de l'étude et de la littérature sur le sujet il semble nécessaire d'inclure des formations supplémentaires accessible au praticien ainsi que soutenir les centre pluri-disciplinaires déjà présents ou en développer des supplémentaires. Je pense qu'il serait judicieux de s'inspirer de certaines initiatives déjà développées dans certains pays Européens voisins qui semblent très prometteuses.

9 Conclusion

Ce travail prend une dimension particulière dans le contexte actuel de guerre en Ukraine occasionnant une arrivée massive de réfugiés souffrant potentiellement d'ESPT. L'état belge leur donne droit à une protection immédiate et temporaire permettant l'accès aux services de santé. Ce n'est malheureusement pas le cas pour ceux arrivés en Belgique via l'immigration illégale. C'est sur cette seconde population que mon travail s'est principalement porté.

Les conclusions de cette étude montrent les éléments suivants :

- déficit de formation. Lors du parcours académique ou/et dans le cadre des formations continues, les praticiens sont insuffisamment formés pour détecter les symptômes de l'ESPT. Au regard de la recherche de littérature, les initiatives prises en Allemagne (Leopoldina) semblent être une piste intéressante à suivre.
- déficit d'information. Je pense qu'il serait nécessaire que, via les canaux de communication mis en place (SSMG, KCE,...), des articles soient publiés afin d'informer et sensibiliser aux bonnes pratiques l'ensemble des généralistes.
- nécessité d'une approche globale et pluri-disciplinaire. D'après les témoignages, les meilleurs résultats sont ceux obtenus lorsqu'on inscrit le patient dans un réseau de soins. Celui-ci inclut différents intervenants : psychologue, assistante sociale et médiateur interculturel. Afin de renforcer le maillage entre les différents organismes déjà présents à Bruxelles, j'ai réalisé un annuaire. J'espère que cet outil sera utile pour mes confrères et les aidera à réaliser la prise en charge la plus optimale possible.

En conclusion : formation, information et approche optimisée sont mes pistes d'améliorations dans le cadre de la prise en charge du migrant souffrant d'ESPT.

10 Bibliographie

- 1) Perruchoud R. **Glossaire de la migration** [Web page]. 2007. Available from : http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_9_fr.pdf (consulté le 11/12/2021)
- 2) Van Liempt C. « **Soigner un demandeur d’asile : que doit savoir un médecin généraliste ?** » (2021, 30 juillet). SSMG, 30 juillet 2021.
- 3) Tassin L. **La crise de l’accueil**. La Découverte, 2019 :165-181.
- 4) L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. **Aperçu statistique**. [Web page]. 2019. Available from : <https://www.unhcr.org/fr/aperçu-statistique.html> (consulté le 11/12/2021)
- 5) European Asylum Support Office. (2021, Octobre). **Latest asylum trends**. [Web page]. 2021. Available from : <https://www.easo.europa.eu/latest-asylum-trends> (consulté le 12/12/2021)
- 6) Médecins Sans Frontières. “**Une fuite sans fin. Soins en santé mentale au Hub Humanitaire de Bruxelles** ». [Web page]. 2018. Available from : <https://press.msf-azg.be/rapport-msf-sur-les-migrants-au-hub-humanitaire-a-bruxelles--une-fuite-sans-fin> (consulté le 22/01/22)
- 7) Gunes C, de Ridder P. **Exil, violences institutionnelles et santé mentale**. Rev Santé conjugulée 2018, 90 : 21-23.
- 8) American Psychiatric Association. **DSM-5 : Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux**. Paris : Elsevier Masson, 2012 :250-261.
- 9) Priebe S, Giacco D, and El-Nagib R. “**Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region**”. [Web page]. 2016. Available from : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf?ua=1 (consulté le 12/01/22)
- 10) Decleire L. « **Sortie du guide : Femmes, Excision et Exil : Quel accompagnement possible?** » [Web page]. 2015. Available from : https://www.youtube.com/watch?v=MfXO4_Zab6E (consulté le 13/02/2022)
- 11) Uphoff E, Purgato M, Churchill R, and Barbui C. **An overview of systematic reviews on mental health promotion, prevention, and treatment of common mental disorders for refugees, asylum seekers, and internally displaced persons**. 2019. Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013458>
- 12) Agrali S, Morel E, and Vuillard J. **Souffrance psychique des exilés, une urgence de santé publique**. Paris : Edition Médecins du Monde, 2018: 10-16.

- 13) Van Campenhoudt L, Marquet J, and Quivy R. **Manuel de recherche en sciences sociales**. 5e éd. Malakoff: Dunod; 2017. 384 p
- 14) Paillé P, and Mucchielli A. **L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales**. 5e éd. Armand Colin. 2021.
- 15) Teunissen E, Sherally J, van den Muijsenbergh M, Dowrick C, and van Weel-Baumgarten E, van Weel C. **Mental health problems of undocumented migrants (UMs) in the Netherlands : a qualitative exploration of help-seeking behaviour and experiences with primary care : Table 1**. BMJ. 4(11), e005738.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005738>
- 16) Lolk M, Byberg S, Carlsson J, and Norredam M. **Somatic comorbidity among migrants with posttraumatic stress disorder and depression – a prospective cohort study**. BMC Psychiatry, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1149-2>
- 17) Jobst S, Windeisen M, Wuensch A., Meng M, and Kugler C. **Supporting migrants and refugees with posttraumatic stress disorder : development, pilot implementation, and pilot evaluation of a continuing interprofessional education for healthcare providers**. BMC Medical Education, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12909-020-02220-3>
- 18) Bains M, Shortall C, Manzuangani T, Katona C, and Russell K. **Identifying post-traumatic stress disorder in forced migrants**. BMJ, 16(08).
<https://doi.org/10.1136/bmj.k1608>
- 19) Lahuis A, Scholte W, Aarts R, and Kleber R. **Undocumented asylum seekers with posttraumatic stress disorder in the Netherlands**. European Journal of Psychotraumatology. 2019. 10(1), 1605281.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1605281>

11 Annexes

11.1 Guide d'entretien

Guide d'entretien: « Quelle est l'expérience des médecins généralistes bruxellois sur la prise en charge du syndrome post-traumatique chez le migrant? »

Bonjour, mon TFE vise à étudier le vécu des médecins généralistes bruxellois sur la prise en charge des troubles de santé mentale chez le migrant et principalement du syndrome post-traumatique (PTSD).

Cet entretien est anonyme et confidentiel. L'objectif n'est pas de vous juger ou évaluer vos compétences.

Cet entretien sera enregistré via l'application « voix recorder » puis effacer à la suite de la retranscription.

Ai-je votre consentement?

Merci d'avance pour cet entretien.

Thème	Sous-thème	Questions et sous-questions	Objectifs
Pratique du Médecin	Expérience	- Depuis combien d'années pratiquez-vous la médecine générale?	Connaitre le parcours professionnel du médecin
	Type de pratique	- Quelle type de pratique avez-vous? Pratique solo? Maison médicale?	
	Type de patientèle	- Quelle est votre type de patientèle? Plutôt favorisée, défavorisée? - A combien estimez-vous le pourcentage de patient migrant dans votre patientèle?	
	Autres endroits	- Travaillez-vous également pour une association?	
	Formation	- Avez-vous suivi une ou des formations supplémentaire?	
Etat des lieux de l'état de stress post-traumatique chez le migrant	Fréquence	- Avez-vous soigné beaucoup de patient en état de stress post-traumatique? - Pour vous, quelle est la fréquence de cette pathologie dans la population migrante?	Evaluer la fréquence de l'état de stress post-traumatique chez le migrant

Thème	Sous-thème	Questions et sous-questions	Objectifs
	Facteurs de vulnérabilités	- Pour vous, est-ce que le patient migrant a plus de chance de développer des troubles psychiques dont le syndrome post-traumatique? - Pour quels raisons? Quels sont les facteurs de vulnérabilités?	Evaluer les facteurs de vulnérabilités du migrant face à cette pathologie
	Méthode/ critères diagnostiques	- Qu'est ce qui vous oriente vers une pathologie post-traumatique? Comment la diagnostiquez-vous? - On remarque dans la littérature que la syndrome post-traumatique est très fréquemment associé à des symptômes somatiques. Qu'en pensez-vous? Est-ce que cela induit des difficultés de diagnostic?	Méthode diagnostique de l'état de stress post-traumatique
	Traitement	- Proposez-vous une prise en charge médicamenteuse à ce type de patient? Si oui, laquelle? - Proposez-vous une prise en charge non médicamenteuse? Si oui, laquelle? - Avez-vous un exemple clinique d'un patient rencontré atteint d'un syndrome post-traumatique? Qu'avez-vous préconisé comme prise en charge?	Evaluer la prise en charge de l'état de stress post-traumatique chez le migrant - création d'une procédure standardisée
	Compétences personnelles	- Pour vous, quels sont les qualités et les connaissances nécessaires d'un professionnel médical pour prendre en charge les migrants en état de stress post-traumatique?	Evaluer les compétences personnelles nécessaires au clinicien pour une prise en charge adéquate
	Ressources disponibles	- Orientez-vous ces patients ou les prenez vous vous-même en charge? - Connaissez-vous des organismes bruxellois adaptés à la prise en charge de ce type de pathologie? Si oui, lesquelles? - Comment connaissez-vous ces organismes? - Orientez-vous ces patients vers des organismes adaptés en fonction de leurs vulnérabilités?	Création d'un annuaire de centres spécialisés adaptés

Thème	Sous-thème	Questions et sous-questions	Objectifs
Difficultés de prise en charge	Difficultés face à la communication	- Etes-vous confrontés à des difficultés ou des obstacles en terme de communication?	Mise en évidence des difficultés rencontrées par le soignant
	Difficulté face aux connaissances médicales	- Pensez-vous que notre formation actuelle théorique de médecine générale nous transmet des connaissances suffisantes pour la prise en charge de cette pathologie? Une formation supplémentaire est-elle nécessaire?	
	Difficultés face aux structures relais	- Eprenevez-vous des difficultés à référer le patient vers des organismes adaptés? Si oui, lesquelles?	
	Difficultés face aux démarches administratives	- Etes-vous confrontés à des obstacles d'ordre administratif impactant la prise en charge du patient?	
Pistes à améliorer	Pistes d'améliorations	- Quels seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge des troubles psychiques chez le migrant et principalement l'état de stress post-traumatique? - Quel serait, pour vous, la prise en charge idéale médico-psycho-sociale de cette pathologie?	Mise en évidence des améliorations de la prise en charge de l'état de stress post-traumatique et création d'une procédure standardisée
Avez-vous quelque chose à ajouter?			

11.2 Formulaire de consentement et d'anonymisation

Je certifie,

Accepte de prendre part au projet sous les conditions suivantes:

- Ce projet vise à étudier le vécu des médecins généralistes bruxellois sur la prise en charge des troubles de santé mentale chez le migrant et principalement de l'état de stress post-traumatique. (ESPT). Les entretiens semi-dirigés seront réalisés avec des informateurs clés.
- L'entrevue sera d'une durée approximative de 45 minutes. Les questions aborderont la prise en charge de l'ESPT chez le migrant par les médecins généralistes. Les différents organismes existants à Bruxelles prenant en charge ce type de pathologie. Les améliorations à réaliser pour une prise en charge plus efficace.
- L'entrevue accordée et les informations qui en découleront ne seront utilisées qu'aux seules fins définies par le projet.
- L'entrevue sera enregistrée. Cet enregistrement sera détruit dès que la retranscription aura été réalisée.
- Toutes les informations des entretiens seront traitées de façon à protéger la confidentialité des sources. De ce fait, aucun nom ne sera cité et les éléments permettant d'identifier les interviewés ne figureront pas ou seront modifiés.
- Toutes les informations seront détruites à la fin du projet.

Signature du répondant:

Signature de l'interviewer :

Date :

Personne à joindre en cas de questions. Camille Delatte (0485053695).

11.3 Rapport ETHEALTH 2020

	Recommandations	Actions prioritaires	Ministre(s) compétent(s)
1.	Simplifier et uniformiser les démarches par rapport à l'Aide Médicale Urgente pour les personnes sans titre de séjour légal (AMU)	Généraliser l'usage de la carte médicale octroyant un accès aux soins pour une période définie. Ouvrir les droits à l'aide médicale urgente par ménage et non par individu.	Ministre/ Secrétaire d'Etat en charge de l'Intégration sociale
2.	Développer la collecte des données socio-sanitaires des MME (Migrants et Minorités Ethniques)	Réaliser une collecte des données socio-sanitaires dans les soins de santé pour les personnes reprises dans le système d'assurance maladie invalidité obligatoire. Réaliser une collecte des données socio-sanitaires dans les soins de santé pour les personnes non reprises dans le système d'assurance obligatoire comme les demandeurs d'asile, les personnes sans titre de séjour et les personnes en transit.	Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Ministres des entités fédérées en charge de l'Action sociale et de la Santé
3.	Favoriser l'accès à des soins de santé mentale de qualité	Encourager et financer le travail avec des interprètes/médiateurs à chaque étape du processus de soins en santé mentale, également pour les soins non résidentiels (par exemple dans le cadre du projet 107). Intégrer les prestations de santé mentale dans les forfaits en 1ère ligne.	Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Ministres des entités fédérées en charge de la santé mentale
4.	Encourager le travail avec des interprètes/médiateurs interculturels dans les services de santé quand une barrière linguistique et/ou culturelle est présente	Soutenir la gratuité des services d'interprètes/médiateurs interculturels dans tout le système des soins de santé en ce compris la prévention et la promotion de la santé en	Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Ministres des entités fédérées en charge de l'action sociale et de la santé

		pérennisant et en élargissant l'enveloppe budgétaire. Inclure le travail avec des interprètes/médiateurs interculturels dans la formation continue des professionnels de la santé et du social ainsi que dans la gestion des services de santé.	
5.	Intégrer les demandeurs d'asile et les personnes en situation irrégulière sur le territoire dans le système d'assurance maladie invalidité obligatoire	Intégrer toutes les personnes résidant sur le territoire belge dans le système d'assurance obligatoire sous la responsabilité de l'INAMI afin d'éviter des systèmes d'assurabilité parallèles. Avoir une procédure unique d'accès aux soins de santé pour toute la population présente sur le territoire belge favorisée par l'octroi d'une carte ID ou une autre forme de carte d'identification compatible avec la banque de données e-health.	Ministre / Secrétaire d'Etat en charge de l'Intégration Sociale Ministre des Affaires sociales et de la Santé
6.	Favoriser l'accès des MME à la prévention et à la promotion de la santé	Soutenir les projets locaux de prévention développés en partenariat avec les communautés dans les maisons médicales et les associations de terrain et les intégrer dans les soins de 1ère ligne. Offrir des messages et des campagnes de prévention et de promotion de la santé culturellement sensibles et réalisés en collaboration avec des	Ministres compétents en matière de Prévention et de Promotion de la santé des Entités Fédérées

		représentants des groupes ciblés.	
7.	Former les professionnels de santé en compétences culturelles	Intégrer les compétences culturelles dans les cursus des professionnels de santé. Diversifier les lieux de formation pratique (stages en centre d'accueil, service de proximité, ...), l'évaluation des acquis et en encourageant les expériences interculturelles (Erasmus/stages à l'étranger).	Ministres chargés de l'enseignement supérieur des entités fédérées Ministre des Affaires Sociales et de la Santé
8.	Développer la prise en charge des groupes vulnérables	Développer une approche centrée sur la santé et ses déterminants pour les femmes enceintes en grande précarité et leurs bébés. Développer une approche intégrée et intersectorielle pour l'accompagnements des MENAS (mineurs non accompagnés).	Ministres compétents des entités fédérées Ministre des Affaires Sociales et de la Santé

11.4 Formation continue sur l'ESPT chez le migrant et le réfugié

Sommaire de la formation continue donnée à l'Université Leopoldina à Halle-sur-Saxe en Allemagne.

Table 3 Final version structure and content overview of the CIPE curriculum intervention (step 4)

From: [Supporting migrants and refugees with posttraumatic stress disorder: development, pilot implementation, and pilot evaluation of a continuing interprofessional education for healthcare providers](#)

Module	Topic(s)	Educational method	Duration (minutes)
1	Welcome/Formal introduction	–	10
2	Thematic introduction	discussion, experience exchange	20–30
3	Background information on trauma, PTSD & flight/migration	lectures, video	50–60
–	Break 1	–	30
4	Handling symptoms of PTSD	lecture, brochure (pocket card), video	45–60
5	Interprofessional handling of symptoms of PTSD in refugees/migrants	self-directed learning, group work, experience exchange, presentation	45
–	Break 2	–	15–20
6	Outlook on further aspects of healthcare of refugees/migrants	lecture	30
7	Summary of key issues of the CIPE	experience exchange, discussion; handout	15–20
8	Feedback and Farewell	–	15–20

CIPE Continuing interprofessional education, *PTSD* Posttraumatic stress disorder

11.5 Questionnaire PROTECT

Processus de reconnaissance et d'Orientation des victimes de Tortures dans les pays Européens afin de faciliter l'Accompagnement et l'Accès aux soins

Questionnaire et remarques en vue de l'identification précoce des demandeurs d'asile ayant subi des expériences traumatiques

PROTECT
Processus de reconnaissance et d'orientation des victimes de torture dans les pays européens afin de faciliter l'accompagnement et l'accès aux soins

En cas de risque « moyen » et « élevé », le demandeur d'asile devrait consulter un spécialiste afin de passer des examens médicaux et psychologiques. Un risque « faible » n'exclut pas la possibilité que le demandeur d'asile ait subi des expériences traumatiques. Les symptômes peuvent apparaître plus tard. Une autre détection devrait être menée à bien.

Autres remarques (par exemple : la personne pleure, ne montre aucune réaction, donne l'impression d'être absente... / difficultés liées à la compréhension des questions / conditions particulières de l'entretien...) :

Ces observations doivent être partagées avec la personne.

Nom du demandeur d'asile :

Date de naissance :

Pays d'origine :

Date :

J'accepte qu'une copie de ce questionnaire soit gardée par l'organisation de l'intervieweur et soit utilisée pour un usage statistique (signature)

Organisation (tampon si possible)

Une fois complété, une copie de ce questionnaire doit être remise au demandeur d'asile avec la recommandation de le présenter chaque fois qu'il/elle rencontre un professionnel de santé, un conseiller juridique ou un agent de l'administration.

Questions		Oui	Non
« souvent » signifie plus qu'à l'accoutumée et source de souffrance			
1	Avez-vous souvent des problèmes pour vous endormir ?		
2	Faites-vous souvent des cauchemars ?		
3	Avez-vous régulièrement des maux de tête ?		
4	Avez-vous d'autres douleurs physiques ?		
5	Vous mettez-vous facilement en colère ?		
6	Repensez-vous souvent à des événements passés douloureux ?		
7	Vous sentez-vous souvent effrayé ou angoissé ?		
8	Vous arrive-t-il souvent d'oublier des choses dans votre vie quotidienne ?		
9	Avez-vous l'impression d'avoir perdu tout intérêt pour les choses quotidiennes ?		
10	Avez-vous souvent des problèmes de concentration ?		
Nombre de réponses répondues par «oui» →			

Évaluation :
Cocher la case correspondante afin d'indiquer le niveau de risque de traumatisme

0-3	4-7	8-10
Risque faible	Risque moyen	Risque élevé

11.6 Annuaire

Centres d'accueil spécialisés dans la prise en charge des troubles de santé mentale de la personne sans titre de séjour à Bruxelles



Prise en charge psychologique (équipe de psychologue et parfois psychiatre)



Prise en charge médicale et infirmière



Prise en charge sociale et administrative

Centre pluri-disciplinaire prenant en charge les troubles psychiques et spécialisé dans le PTSD

✧ HUB humanitaire



⇒ Consultations psychologiques et médicales via MSF sans RDV tous les jours de 13 à 17h sauf le mercredi.

- Avenue du Port 100 à 1000 Bruxelles

Centres pluri-disciplinaires prenant en charge les troubles psychiques

✧ CASO



⇒ Centre d'accueil, de soins et d'orientation pour les personnes vulnérables de Médecin du Monde. Sur RDV uniquement.

- Rue botanique 75 à 1210 Sint-Josse-ten-Noode
- +32 2 225 43 00
- info@medecindumonde.be

✧ Le lien



⇒ Centre d'aide psycho-sociale spécialisé pour les patients arabe. Sur RDV uniquement.

- Boulevard Belgica 11 à 1080 Molenbeek-Saint-Jean
- +32 2 280 41 03 ou +32 2 280 13 34
- Centresocial.lelien.molenbeek@hotmail.com

✧ Convivial



⇒ Centre d'aide psycho-sociale pour les réfugiés et les primo-arrivant

- Rue du Charroi 35 à 1190 Forrest
- +32 2 503 43 46
- Info@convivial.be

Service de santé mentale spécialisé dans la prise en charge des migrants

✧ Exil



⇒ Sur RDV uniquement. S'adresse aux réfugiés et demandeurs d'asile.

- Avenue de la Couronne 282 à 1050 Ixelles
- +32 2 534 53 30
- info@exil.be

✧ Ulysse



⇒ Permanence consultations psychologiques sans RDV du lundi au vendredi de 14 à 16h

- Rue de l'Ermitage 52 à 1050 Ixelles
- +32 2 533 06 70
- Accueil@ulysses-sm.be

✧ D'ici et d'ailleurs



⇒ Sur RDV uniquement

- Rue Brunfaut 18B à 1080 Molenbeek
- +32 2 414 98 98 ou +32 2 414 98 97
- info@dieda.be

Services de santé mentale acceptant les patients sans-papiers

✕ Le Méridien



⇒ Sur RDV uniquement

- Rue du Méridien 68 à 1210 Sint-Josse-ten-Noode
- +32 2 218 56 08
- secretariat@ssmlemeridien.be

✕ Chapelle aux Champs



⇒ Sur RDV uniquement

- Clos Chapelle-aux-Champs 30 boîte 3026 à 1200 Woluwé-Saint-Lambert
- +32 2 764 31 20 ou +32 2 764 31 43
- Chapelle.aux.champs@apsyucl.be

✕ Entr'Aide des Marolles



⇒ Permanence sans RDV tous les jours (voir site internet)

- Rue des Tanneurs 169 à 1000 Bruxelles
- +32 2 510 0180
- entraide@entraide-marolles.be

✕ La Gerbe



⇒ Permanence sans RDV tous les jours de 9h à 16h30

- Rue Thiéfry 45 à 1030 Schaerbeek
- +32 2 2215 18 79
- Secretariat@lagerbe.be

Service d'aide aux victimes de tortures ou d'autres traitements inhumains et dégradants dans le pays d'origine

✕ Constat



⇒ Réalisation d'un examen médical et psychologique approfondi du patient dans le but d'aide à la procédure d'asile. Sur RDV uniquement

- Rue Jules Vieujant 9 à 1080 Molenbeek-Saint-Jean
- constats@gmail.com

Services d'aide prenant en charge la violence vis à vis des femmes santé mentale ♀

✕ Woman'Do



⇒ Planning familiale spécialisé pour les femmes excisées. Sur RDV uniquement

- Drève de la Brise 28 à 1170 Boistfort
- +32 471 225 936
- info@womando.be

✕ GAMS



⇒ Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines. Consultations sur RDV.

- Rue Gabrielle Petit, 6 à 1080 Bruxelles
- +32 2 219 43 40
- info@gams.be

✕ SOS Viol



⇒ Groupe d'aide aux personnes victimes de violence sexuelle. Permanence sans RDV du lundi au vendredi de 9h à 17h30.

- Rue Conraerts 23 à 1060 Saint-Gilles
- +32 800 98 100
- info@sosviol.be

Services d'aide prenant en charge les troubles psychiques des enfants

✕ Solentra



⇒ Soutien psychologique aux jeunes réfugiés et à leurs familles. Uniquement sur RDV.

- Saintelette Square 17 à 1000 Bruxelles
- Solentra@uzbrussel.be

✧ Le KaPP

⇒ Service de psychiatrie infanto-juvénile de l'UCL. Enfants jusqu'à 13 ans. Uniquement sur RDV.

- Avenue Hippocrate 10 à 1200 Woluwé-Saint-Lambert
- +32 2 7642382
- Lekapp-saintluc@uclouvain.be

Services d'aide prenant en charge les travailleurs du sexe

✧ Espace P



⇒ Permanence du lundi au vendredi de 9h30 à 17h.

- Rue des Plantes 116 à 1030 Schaerbeek
- +32 2 219 98 74 ou +32 471 73 40 90
- bruxelles@espacep.be

✧ Alias



⇒ Service d'aide accompagnant des personnes Trans concernées par la prostitution et le travail du sexe. Permanence médicale le mardi de 18 à 21h et le jeudi de 14 à 17h.

- Rue du Marché au Charbon 33 à 1000 Bruxelles
- +32 484 80 47
- contact@alias.brussels

Service d'aide les troubles psychiques de la communauté LGBTQ



✧ Plan F



⇒ Centre de planning familiale LGBTQI friendly. Uniquement sur RDV.

- Rue des Guildes 22 à 1000 Bruxelles
- +32 2 230 04 62

Services d'aide prenant en charge les usagers de drogues

✧ La MASS



⇒ Prise en charge des usagers de drogues. Uniquement sur RDV.

- Rue de Woeringen 16 à 1000 Bruxelles
- +32 2 505 32 90
- contact@mass-bxl.be

✧ Le projet LAMA



⇒ Prise en charge des patients avec tous types d'assuétudes : drogues, médicaments et alcool. Uniquement sur RDV.

- Rue Américaine 211-213 à 1050 Ixelles
- +32 2 640 50 20
- Info@projetlama.be

✧ Le R.A.T (Réseau d'Aide aux Toxicomanes)



⇒ Prise en charge des patients avec tous types d'assuétudes : drogues, médicaments et alcool. Uniquement sur RDV.

- Rue Jourdan 151 à 1060 Saint-Gilles
- +32 2 534 87 41
- Rat.asbl@gmail.com

✧ Infor Drogues



⇒ Prise en charge psycho-sociale du patient avec tous types d'assuétudes : drogues, médicaments et alcool. Permanence téléphonique + consultation psychologique sur RDV.

- Rue du Marteau 19 à 1000 Bruxelles
- +32 2 227 52 52
- courrier@infordrogues.be

11.7 Retranscription des interviews:

Annexe 7.1 Interview du premier médecin (MG1)

Enquêtrice: Pour rappel, la question de recherche de ce travail de fin d'étude s'intitule « Quelle est l'expérience des médecins généralistes sur la prise en charge de l'état de stress post-traumatique chez le migrant? ». Cet interview sera divisé en 3 parties: dans la première partie nous parlerons un peu de vous, la deuxième partie de l'état de stress post-traumatique chez le migrant, la troisième partie des difficultés auxquelles font face les médecins généralistes et on discutera des possibilités d'améliorations pour conclure. Du coup, pendant combien de temps avez-vous professé la médecine générale?

MG1: Vraiment la médecine générale, 40 ans. J'avais fait pas mal de soins infirmiers avant et, de plus, j'ai continué des pratiques différentes après ma retraite.

Enquêtrice: Donc, vous avez travaillé dans une maison médicale ?

MG1: Oui, j'ai également fait 12 ans d'hôpital. J'ai fait la médecine interne, en fait. Mais je pouvais faire le soir, des consultations de médecine générale, dans une maison médicale. A un moment donné, j'ai dû choisir car je m'occupais des soins intensifs à l'hôpital Molière. J'ai beaucoup hésité mais finalement j'ai choisi la médecine générale, ce que je n'ai jamais regretté [sourire].

Enquêtrice: Est-ce que vous travaillez avec une patientèle favorisée ou défavorisée?

MG1: Plutôt défavorisée. J'ai eu 2 maisons médicales, la première c'était à Molenbeek. C'était défavorisé, dans les années « fastes », les années 70. La migration était demandée vu qu'on manquait de main d'oeuvre, ce qui fait que l'intégration était très très facile. Et c'était Molenbeek dans un quartier très monolithique, beaucoup de migration maghrébine. C'est devenu Molenbeek maintenant mais je veux dire, c'était déjà une grosse concentration de migrants mais qui avait été demandée pour travailler en Belgique. J'ai travaillé ensuite à Forest. Un quartier assez pauvre, même si moins que Molenbeek. Puis Forest a pris tellement d'extension, j'étais dans le bas de Saint-Gilles, qui était aussi défavorisé avec une population plus variée. J'avais de tout, je pense que j'avais 180 nationalités différentes. Des belges, pas mal de migrants, des sans-papiers..

Enquêtrice: En terme de pourcentage, vous diriez que vous aviez combien de % de migrants ?

MG1: De migrant, tu veux dire des migrants illégaux? De première ou de deuxième génération?

Enquêtrice: Alors, des personnes sans papiers: demandeurs d'asile ou en irrégularité sur le territoire.

MG1: Le temps que j'étais à la maison médicale, entre 5-10%. Bruxelles concentre la grosse majorité des sans-papiers de Belgique. Entre 60 et 100 000, presque 1/10 de la population. Comme nous, nous acceptons ce type de patient, vu que j'ai travaillé 20 ans à l'acte et 20 ans au forfait. Nous étions l'une des premières

maisons médicales à essayer le système de financement forfaitaire, cela nous donnait un budget global. Nous n'avons jamais refusé de soigner ni aide médicale urgente ni Fedasil ni même des gens sans papiers, sans rien, sans couverture sociale. Donc fatalement, ça se sait et nous recevions pas mal de patients sans papiers. Il y avait quelques SDF belges mais la majorité des sans-papiers c'est des migrants illégaux, qui ont été refusés, qui n'ont pas de couverture sociale.

Enquêtrice: Est-ce que vous avez soigné beaucoup de migrants en état de stress post-traumatique?

MG1: Ah oui.. C'est d'autant plus vrai aujourd'hui car dans le passé, même s'ils étaient illégaux, il y avait moins de contrôle, moins de chasse systématique. C'est pas que les besoins ont diminué. C'est toujours les mêmes secteurs: l'horeca, le bâtiment et les transports. Ce sont des professions dont on a beaucoup besoin, qui permettent de payer en noir. Au jour d'aujourd'hui, avec les routes de la migration qui sont bien organisées, avec les passeurs, les trafics, la présence de la drogue, tous ces camps que l'Europe met à ses frontières.. Je dirais que quasiment tous ceux qui sont ici, ont un état de stress post-traumatique. Ce n'est peut-être pas la définition qu'on en a fait initialement, en même temps si tu vois la définition du DSM-5, ces gens rassemblent plein de critères, quasiment tous. De plus, depuis ma pension, j'ai beaucoup travaillé chez Médecins du Monde. C'est par définition des gens qui n'ont pas de couverture sociale car, pour les autres, on essaye de les orienter vers des zones où il peuvent avoir une prise en charge normale. Mais ça tu le sais, vu que tu travailles aussi pour MdM. De plus, depuis ma pension, je travaille dans les centres fermés où là ce n'est que des migrants refoulés. Donc en général ils ont l'ordre de quitter le territoire. Ils attendent sans savoir, ça peut être demain ou dans 6 mois, de les mettre dans l'avion. Ces gens sont tous choqués, tous, tous, tous. Ceux qu'on voit chez MdM, parfois ils parviennent à trouver l'inclusion sociétale mais il y ont quand même des chocs.

Enquêtrice: Donc, pour vous, notre société d'aujourd'hui entretient cet état de stress post-traumatique?

MG1: Bah oui.. La société, le monde. Car c'est un problème mondial, ce n'est pas spécialement la Belgique qui est plus mauvaise. Dans les centres fermés, il y a une violence du fait que c'est fermé. Il y a des clôtures de 3 mètres de haut, des gardiens en uniforme. On impose une vie communautaire à des gens qui ne se connaissent pas, de cultures et de nationalités différentes, donc il y a de la violence. C'est très dur. Mais bon, c'est propre, la nourriture ça va, les soins médicaux ça va.. Donc la Belgique n'est pas pire que d'autres pays, mais tout le système fait que, depuis ce qu'ils ont vécu dans leurs pays, du fait qu'ils sont partis. Toute la route migratoire avec toute la violence, les camps, les passeurs, la drogue, car ils arrivent quasi tous toxicomanes avec des produits bizarres comme Lyrica, Rivotril, Tramadol.. Des trucs bizarres qu'on ne voyait pas avant.. On les accroche, il y a des mafias dans les camps, on les accroche en leur donnant un petit Lyrica car ça va détendre.

C'est le problème de la migration en général qui est quand même un droit international: c'est écrit dans la déclaration des droits de l'homme. On a le droit de migrer. Mais le pays d'accueil reste maître de son immigration. Donc il y a immigration et émigration. L'émigration est totalement libre. Mais les pays d'accueil ont le droit de dire: on prend ou on ne prend pas selon certains critères. Donc le problème c'est l'immigration

et la Belgique s'aligne sur l'Europe. En fait les frontières belges n'existent pas en tant que telles. Les frontières, ce sont celles de l'Europe.

Enquêtrice: Quels sont, pour vous, les facteurs de vulnérabilités de ces personnes migrantes à développer ce stress post-traumatique?

MG1: « Post-traumatique », ça veut dire qu'il y a eu un trauma. Il y a très peu de facteurs de risque. Ce n'est pas comme le diabétique, qui est trop gros, qui bouffe mal, qui a des antécédents familiaux. Toi, tu es bien dans ta peau, imagine qu'en sortant d'ici il y a un braquage en face, il y a une balle qui passe à 20cm de ta tête. Ou n'importe quelle situation semblable... Tu es capable de développer, même si tu as une bonne résilience, tu es capable de développer une stress post-traumatique. Il y a très peu de facteurs de risque et peut-être même moins chez les migrants car ceux qui parviennent à quitter leurs pays sont des gens qui ont une certaine énergie. Ce ne sont pas les plus pauvres, pas les illettrés, qui vont, par exemple, quitter l'Afghanistan. Il faut planifier son voyage, décider où aller, rassembler de l'argent, trouver un passeur, passer des montagnes,... Il y a beaucoup de gens qui vont en Libye, passent la Méditerranée puis se débrouillent. Ce sont des gens qui se débrouillent. Ils sont assez solides.

C'est tout ce qu'ils vivent et la répétition. A un moment donné, ils sont marqués par la répétition des traumas. En parlant de prévention, on anticipe peut-être un peu, mais le premier traitement du stress post-traumatique c'est de se mettre à l'abri. C'est retiré de la tête que ça puisse recommencer. Comme c'est des réminiscences, les gens revivent ce qu'ils ont vécu dans leurs sommeils, dans leurs cauchemars. Si ils ont été, par exemple, violentés, violés (même des hommes), dans ces camps en Grèce de rétentions (appelés hotspots). Dans ces camps, on fait le premier tri, où on prend leurs empreintes, c'est la Loi de Dublin. Ils sont enregistrés mais ils peuvent passer dans semaines ou des mois dans ces camps qui sont surpeuplés. Pas assez de toilettes, pas assez de nourriture, trafic, violence,... Quasiment toutes les femmes (au moins 50%) sont violées. Quand ils passent à travers ça et qu'on les remet en centres fermés en Belgique, qui est aussi une prison, ils revivent le trauma.

Le centre fermé est une usine à PTSD. Il n'y a pas de mise en distance de ce qu'ils ont vécu, du coup, ils revivent tout le temps les choses. C'est ça les facteurs de risque, c'est qu'on ne parvient pas à leur donner de la sécurité. C'est vrai que la migration, en soit, est un facteur traumatique. Personne n'a envie de quitter son pays, c'est là que tu es né, tu as ta famille, tes racines,...

Maintenant tu as plein de causes à l'émigration: politique, religieuse, écologique (le désert avance au Soudan par exemple,...). Rien que le départ est un trauma, avec l'espoir de quelque chose. D'aider ceux qui restent, d'envoyer de l'argent,... Mais c'est toujours la désillusion. Cette immigration qualifiée d'illégale n'aboutit que dans de très très rares cas à une possibilité d'intégration, de reconnaissance,... Maintenant un peu plus avec l'Afghanistan et les Talibans, on s'en rend compte enfin, mais cette notion de violence est là depuis longtemps.

Enquêtrice: Et comment vous diagnostiquez cette pathologie?

MG1: L'anamnèse, comme souvent dans les pathologies mentales. Il n'y a aucun test diagnostique, biologique. Malgré tout, même si je n'aime pas trop le DSM, c'est utile car il y a des critères d'inclusions. C'est le seul intérêt du DSM, c'est de parler de la même chose. Au niveau médico-légal, l'important c'est de pouvoir rédiger des documents « opposables », c'est à dire dont les avocats peuvent faire quelque chose à l'office des étrangers, au CGRA,.. Si tu te réfères à une classification internationale, c'est mieux. Moi ce que je fais, c'est que je recopie les 6 critères du PTSD et je mets en rouge ceux qui sont remplis par le patient. Pour pouvoir parler un langage commun et pouvoir rédiger les documents qui soient recevables par les autorités publiques, il faut que ce soit vraiment une expertise. Car si tu fais que décrire, c'est l'équivalent d'une anamnèse et ce n'est pas considéré comme scientifique.

Exemple: *a vécu lui même le traumatisme (dans un camp de prisonnier), a subi..*

Il y a aussi des protocoles mais ça c'est plutôt pour les constats de tortures, c'est le protocole d'Istanbul. Et là tu peux rappeler par ex torture par Falanga - c'est flagellé la pointe des pointes des pieds pendant des minutes, heures-. Ça fait horriblement mal, ça cicatrise, mais ça laisse des douleurs neuropathiques. Ce type de torture est reconnue clairement comme une cause de stress post-traumatique.

Il faut connaître le contexte: le PTSD n'est pas le même chez le migrant que chez un employé de banque. Car, pour ce dernier, une équipe psychologique s'amène, il est mis en sécurité, on le met en incapacité de travail, il est pris en charge par un psychologue qui permet d'essayer de transcender le trauma.. Je ne dis pas que c'est rien, mais là au moins il y a un chemin balisé et on a des moyens pour aider ces gens. Les migrants ils ne sont pas aidés.

Enquêtrice: Dans la revue de la littérature et nous le voyons beaucoup dans les consultations, il y a beaucoup de plaintes somatiques liées au PTSD.

MG1: Oui, tout à fait, c'est un des critères.

Enquêtrice: Est-ce pour vous une barrière au diagnostic?

MG1: Non, non, non. C'est là que c'est important d'avoir une équipe mixte médico-psychologique. Mais si il y a un seul soignant, le mieux c'est que ce soit un médecin parce qu'il faut examiner les gens. Ne fusse que pour objectiver. C'est exactement comme dans les invalidités, ce qui important c'est que les gens soient reconnus dans ce qui sont ou ce qu'il sont vécus. Un psychologue ne va jamais faire déshabiller un patient par exemple. S'il me dit qu'il a été torturé à l'électricité et qu'on voit dans son dos, une trace blanche, 2 traces rouges et une trace blanche, tu peux tout de suite reconnaître la torture et quelque chose s'établit. Le patient entend que tu sais de quoi il parle et que tu le reconnais. S'il dit qu'il a mal au ventre, il faut l'examiner. Il y a pleins de critères de plaintes fonctionnelles qui n'ont aucun substrat somatique. Ce qui est embêtant.

Enquêtrice: Au niveau du traitement..?

MG1: La première chose c'est mettre en sécurité, ce qui n'est pas toujours facile. Pouvoir déposer sa plainte et expliquer, utiliser la parole. En sachant, que si ce n'est que expliquer et répéter, par exemple à l'office des

étrangers: ils sont reconvoqués, doivent répéter plusieurs fois le traumatisme, c'est faire revivre ce traumatisme. Surtout qu'en face d'eux, il y a des gens qui essaient de montrer des incohérences. Hors, cela fait partie du PTSD, une confusion mentale, une certaine amnésie. Donc il y aura des trous dans leurs récits, ou des incohérences, des contradictions. Et c'est normal! Car cela fait partie de la pathologie. Mais pour le médecin de l'office des étrangers, c'est la preuve qu'ils mentent. Il ne sont pas crus, ce qui est encore pire. On les accuse de mentir ou d'en remettre une couche pour avoir droit à l'asile.. [Silence].

Enquêtrice: Au niveau de la prise en charge, on peut commencer par la prise en charge médicamenteuse: quand prescrivez-vous des médicaments?

MG1: Il y a toujours un problème de l'overlap entre dépression et syndrome de stress post-traumatique. Les troubles du sommeil, les plaintes fonctionnelles, .. Dans le PTSD, il y a en plus le trauma ce qui est un élément discriminant. Au niveau médicamenteux, c'est l'approche classique: s'il y a des troubles du sommeil sans équivalent dépressif, c'est plutôt des hypnotiques à courte durée d'action. Eventuellement à plus longue durée si tu as un état d'angoisse persistant. Essayer de prendre quelque chose pas trop myorelaxant comme alprazolam. Si tu as l'impression, et là de nouveau je pense qu'il faut prendre des éléments nosographiques tel que le DSM, qu'il y a une dépression, pas légère mais moyenne à sévère, on peut donner des antidépresseurs. Il n'y a pas de traitement spécifique médicamenteux, cela n'existe pas. Même quand tu as des délires, il y en a certains qui donnent des neuroleptiques le soir, surtout si le sommeil est très agité avec des images très angoissantes ou des reviviscentes horribles. Dans ce cas là tu peux donner un petit peu d'Haldol ou de Nozinan, un neuroleptique très sédatif à petite dose.

Enquêtrice: Et au niveau non médicamenteux.. ? Il y a la parole, la psychothérapie..?

MG1: C'est vrai qu'il y a des approches cognitivo-comportementales. De nouveau on est forcé par les circonstances. Se lancer dans des thérapies de type analytique est très très longs. Dans ces thérapies analytiques, il faut essayer de comprendre.. [Silence] ce qui fait que en ayant vécu certaines choses, toi tu l'as transcendé de cette façon là et que tu arrives à ce que tu es aujourd'hui. C'est comprendre le sens des choses. C'est pas que tu es coupable mais quelque part tu es partie prenante, si tu veux. Même de ton histoire familiale. Il y a des histoires très très traumatiques. Imagine, tu as 3 frères et une soeur qui ont vécu la même chose. L'un va s'en tirer de telle façon et l'autre d'une autre façon. Mais ici, la personne qui a subi ce stress post-traumatique, à part le fait qu'il y a eu la décision de partir du pays, il n'est pas partie prenante. Il a subi les choses. Qu'est ce que tu veux qu'une thérapie de la parole,.. Bon il faut quand même pouvoir raconter en confiance, que ce soit déposer quelque part. Une espèce de transaction. Le contrat entre soignant et soigné c'est ça. A priori, il y a la confiance, on raconte et on est cru. C'est consigné quelque part. Petit conseil: dis comment tu t'appelles. N'oublie jamais de te présenter. Fait comme tu fais avec tous les patients. C'est très important que le patient comprenne qu'il a en face de lui quelqu'un qui est là pour l'écouter. Il faut que s'installe une relation de confiance.

Du coup, on utilise plus les thérapies cognitivo-comportementalistes, lors duquel on reconstruit pour le déconstruire, notamment au niveau du sommeil. Apprendre des trucs aussi. C'est du comportementalisme.. Je pense que c'est une des indications où ça marche.

Il y a très peu de choses.. Il y a du rétro-feedback, de la relaxation.. Mais si tu n'as pas de climat de confiance ni de sécurité cela ne marchera pas. C'est pour cela que dans des centres fermés il n'y a rien à faire. La seule chose: c'est qu'on y va. Parfois j'ai une demande d'avocat pour un 9ter et je me rends compte qu'ils n'auront pas le 9ter. Mais rien que le fait d'y aller, de se présenter, d'écouter, .. Rien que ça, ça peut aider car ils retrouvent une identité.

Enquêtrice: Du coup, en terme d'orientation, vu qu'on est pas apte, nous les médecins généralistes, à donner ce type de psychothérapie. Les patients qui ne sont pas dans les centres fermés, vous les orientez vers où?

MG1: C'est souvent des migrants illégaux. Il y a une structure qui est spécialisée là dedans c'est MSF. Ils font énormément de missions, très peu en Belgique contrairement à Médecins du Monde. Chez MSF il y a beaucoup de missions internationales mais ils sont ici lorsqu'il y a des situations de crise humanitaire, comme avec le Hub ou au Parc Maximilien. Ils font de la santé mentale axée PTSD. Ils font du comportementalisme et de la mise à l'abri via l'hébergement. Ils participent à la plateforme citoyenne. Là, au moins, les gens ils ont 1 ou 2 nuits plus en paix, dans un lit, dans une maison. Ils savent que les flics ne viendront pas les chercher. Ils ont une salle de bains, peuvent se laver, retrouver une certaine dignité. Tu vois, quand tu as passé 15 jours dans la rue, tu pues hein.. c'est ramener les gens à un niveau d'humanité. La vie dans la rue c'est d'une violence incroyable, je te dis, 30% des femmes sont violées [Silence]. Et quasiment tous les hommes ont vécu des vols. Parce que, quand on parle de trauma, ce n'est pas qu'une violence physique. Quand tu n'as qu'un smartphone qui te raccorde au monde. On dit souvent les migrants: « ils ont un samsung Galaxy 14 », je sais pas si ça existe [Rires]. Mais ils n'ont que ça pour se raccrocher au monde et garder contact avec une famille au pays. Ou bien il y a des applications pour les migrants où en fonction de leurs localisations, on leur dit que là il y a moyen de trouver à manger, des médicaments, des soins,.. Quand on leur prend leurs GSM, ou pire, quand on leur prend et qu'on l'écrase, ça s'est un trauma terrible. On imagine pas ça. Nous on en rachète un le lendemain. Eux, ils n'ont rien.

Il y a aussi le centre Ulysse et Exil qui peuvent donner des consultations psychologiques mais ils sont moins axés sur le PTSD.

Enquêtrice: Peut-être pour terminer, au niveau du stress post-traumatique: quelles sont les qualités du praticiens pour soigner ce type de patient?

MG1: Les deux grandes qualités qui doivent animer tout médecin c'est : (1°) les compétences techniques, scientifiques, il faut savoir de quoi on parle et (2°) une grande empathie. Empathie avec tout ce que ça veut dire, gérer une relation asymétrique. Tu dois le comprendre, se mettre à sa place mais ne pas être à sa place sinon tu vas craquer ou tu vas devenir un robot. Si tout ce qu'a vécu le patient, tu le vis toi même, fatalement

tu vas avoir un stress post-traumatique toi même.. non ça serait plutôt du burn-out. Tu vas te consumer en t'identifiant à lui. Il faut être dans l'empathie et pas dans la sympathie, et pouvoir comprendre.

D'un autre côté si tu n'es que ce médecin là mais que tu n'y connais rien: tu ne sais pas ce que c'est le PTSD, tu ne sais pas ce que c'est un migrant,... ça ne sert pas à grand chose. Mais si tu n'es qu'un médecin technique sans empathie, tu peux faire la plus grande distinction en 3e master et être un mauvais médecin. A l'inverse, si tu es très chouette mais tu oublies de te recycler ou tu ne lis pas, tu induis la confiance mais cette confiance est injustifiée. J'ai un exemple d'un excellent ami, qui laissait les vaccins sur les radiateurs. C'est scandaleux ça [Yeux aux ciels]. Je pense qu'il faut bien connaître la réalité du stress post-traumatique avec les critères d'inclusions et avoir un réseau. Il y a à Bruxelles, tout un réseau, dont Constat, le GAMS (pour les femmes)... Car cela aussi c'est un trauma: les mutilations génitales. On imagine pas cette petite fille quand elle avait 7 ans, elle vivait à Conakry en Guinée et qu'à l'occasion d'un mariage ils sont partis dans la forêt. Le lendemain, sa grand-mère, a pris sa petite fille par la main et l'a conduit chez l'exciseuse. Ne tant fait pas, c'est là [Montre la gorge], et elle ne te raconte ça qu'à 25 ans. Ça ne peut pas être considéré comme un trauma au pays vu que c'est comme ça qu'on devient une vraie femme. Et le fait d'en parler peut être vu comme une trahison par rapport à la culture. Il y a tout un réseau à Bruxelles d'accueil, de prise en charge, comme le GAMS, Constat.. Qui gère les accompagnements médico-légaux. Les femmes subissent plus que les hommes et ça c'est dans le monde entier, mais il y a plus de réseau d'aide et de support pour les femmes. Je veux dire... un garçon qui a été violé, surtout si c'est un musulman (syrien, afghan) dans un camp en Grèce, avant qu'il t'en parle.. Par contre il aura mal au ventre, il sera impuissant mais cela il ne te le dira pas non plus. C'est horrible hein. Il faut beaucoup de confiance, d'empathie, cette compétence de lire entre les lignes. Si tu n'as pas une certaine sensibilité, si tu n'oses pas poser la question, tu ne sauras pas. Pourtant dans tous les problèmes gynéco, pour moi ça fait partie de l'anamnèse systématique. Il y a moyen avec des petites questions, d'avancer pas par pas. Si tu sens qu'il n'y a pas de problème, tu arrêtes, mais sinon tu continues et ce n'est qu'à la fin, à la dixième question que tu poses la question la plus sensible. Je pense qu'il n'y a pas de compétence spéciale si ce n'est qu'il faut être dans une grande empathie. Et aussi une compétence technique, scientifique, savoir ce que c'est.

Enquêtrice: Par rapport à cette compétence scientifique, comment est-ce qu'on se forme? Est-ce qu'en tant que médecin généraliste on est suffisamment formé?

MG1: Je pense que ça change [Sourire]. Quand je suis sorti en 72, je n'ose même pas te dire.. Il y a pleins de sujets dont on ne parlait même pas. Par exemple, le bouchon de cérumen, on ne m'en a jamais parlé, alors que tu en vois toutes les semaines. Mais je pense que tout ce qui concerne les publics vulnérables d'une façon très globale (précarité, maladies de la pauvreté, inégalités, migration, violences conjugales, sexuelles, etc..) est très peu abordé. Même la fin de vie. Je pense qu'on pourrait renforcer les formations existantes afin que ça fasse partie du cursus. Pas être un certificat. Maintenant on est en train de s'occuper à l'ULB de créer un certificat sur les violences interpersonnelles. Cela partira de la violence sociétale incluant les violences faites aux migrants, aux femmes, sur les enfants, sur les personnes âgées, les violences policières.. Parce qu'on se rend compte que dans le cursus de base, même dans le 3e cycle, c'est insuffisamment développé. Nous, ce qu'on

voudrait, avec l'école de santé publique et la haute école des infirmières sociales de l'ULB, c'est que ce certificat ne soit plus nécessaire mais qu'on l'intègre dans le cursus. Il y a 150 000 migrants en Belgique dont les 2/3 à Bruxelles, ça serait normal qu'on parle de la migration, y compris des causes politiques, économiques, sociétales, écologiques. Il y a très peu de cours là dessus. Sur *Global Health, One Health*, ça fait 20 ans qu'on en parle et c'est enfin grâce au coronavirus qu'on dit « ah oui, peut-être que.. » (yeux aux ciels). Santé humaine, santé animale et écosystème naturelle, culturelle, tout ça s'intrique. Mais honnêtement on avance, tu imagines pas ce que c'était [Rires].

Enquêtrice: On va peut-être parler des difficultés que nous rencontrons face à ce type de patient. Par exemple lorsque le patient n'a pas notre langue.

MG1: La aussi, il y a des tas de moyens pour se faire comprendre. Le plus simple et le plus universel [Montre son smartphone], c'est google. Ça, en général, comme le migrant à un smartphone, je lui passe mon clavier et il m'écrit. Il y a toutes les langues, c'est incroyable. Il y a le SETIS. Il y a les bureaux d'accueils, les BAP (bureaux d'accueils au primo-migrants). Il y a aussi des ressources locales, mais il faut être extrêmement prudent, notamment dans le domaine du stress post-traumatique. Par exemple une dame qui a des problèmes pulmonaires et qui ne parle que arabe tu peux demander à sa petite fille de traduire. Si c'est un problème gynéco, sexuel ou un trauma, il vaut mieux un tiers neutre. Il y a ce service de l'INAMI ou tu peux t'inscrire comme soignant et tu as accès à beaucoup de langues (beaucoup plus largement qu'avec SETIS). Car tu as 190 pays dans le monde entier mais des dizaines de milliers de langue. Là, à l'INAMI, il y a un éventail de langues parlées qui est énorme. C'est totalement gratuit. Il y a pas mal de possibilités. Dans tous ces cas là, il faut un RDV. C'est ça qui rend les choses compliquées. D'abord parce que parfois cela ne dépend pas d'eux mais aussi parce qu'ils ont vécu tellement de choses que le rapport au temps n'est pas le même. Ils arrivent 1h en retard ou en avance, mais si tu as RDV avec l'interprète à ce moment là, tu as l'air malin. Parfois dans les centres fermés, je vais avec un interprète du SETIS. En général, je trouve qu'il y a énormément de ressources.

Enquêtrice: En terme de communication non verbale, comment faites-vous pour que le patient se livre?

MG1: Je pense que ça s'apprend aussi. Heureusement maintenant, on donne des cours sur la communication. C'est tellement fondamental. Tu es des outils, le stéthoscope, le bic, l'ordinateur, .. Le langage non verbal, c'est un outil de communication. On dit toujours que ça ne s'invente pas, que certains ont des meilleurs contacts que d'autres mais cela s'apprend aussi. Laisser peser un silence, se mettre en arrière, en avant, déposer son bic, « je vous écoute », des trucs élémentaires. Répéter ce que l'autre a dit, transmettre un message d'une certaine façon.. enfin tout ce qu'on appelle la littératie. On ne parle pas d'« ictère » mais de « jaunisse ». Je pense honnêtement, que pour tout ce qu'on vient de dire, qu'on est plus loin en médecine générale que dans d'autres spécialités. Parce qu'on est plus sur le terrain. Combien de fois je vois les médecins mettre leur blouse blanche chez Médecins du Monde. C'est quand même le costume du docteur. Si tu fais un plan hiver et que tu mets une blouse blanche, je t'assure que rien que ça, il y a une distance qui se met. Si tu vas sauver une grève de la faim, si quelqu'un est couché, il faut pouvoir se mettre par terre et parler avec lui.

Enquêtrice: Du coup pour vous la blouse blanche serait un frein?

MG1: Pas systématiquement mais les circonstances de la blouse blanche éloignent, ça c'est clair. Tout comme un certain langage. Tout comme avec certains patients, un costume 3 pièces et une cravate. Il y a une question de proximité culturelle. L'accessibilité. Il y a très peu de cours sur l'accessibilité .. [Silence].

Enquêtrice: En terme de difficulté au niveau des structures relais: pour vous est-ce qu'il y a suffisamment d'organisations qui prend en charge ce type de pathologie en Belgique à Bruxelles?

MG1: Je dirais qu'il y a quand même pas mal de structures qui font parties de différents réseaux. Pour tout ce qui est santé mentale, tu as le réseau de santé mentale. Bien qu'il soit complètement surchargé. Pour les patients toxicomanes, tu as la FEDITO. Tu as les maisons médicales et pleins de médecins solo qui ont de l'empathie pour ce genre de problématique. Je pense qu'il y a une formation qui est insuffisante. Que le réseau n'est pas suffisamment maillé, que les connexions ne sont pas terribles. Même dans les CPAS, tu as des travailleurs sociaux super chouettes, qui vont faire un effort de langue, qui vont remettre en ordre des papiers,.. Je pense qu'il y a beaucoup mais qu'on gagnerais de travailler plus en synergie. Il y a pleins de petites structures qui existent, mais on ne se connaît pas assez.

Enquêtrice: Est-ce que vous trouvez, plutôt au niveau administratif, que toutes ces démarches différentes de CPAS à CPAS, nous rendent le travail difficile?

MG1: Oui, bien sûr.. Oui, Médecins du Monde travaille sur des recommandations pour essayer d'harmoniser les législations des CPAS, ne fusse qu'avoir les mêmes médicaments, le même formulaire de réquisitoire. Quand tu passes d'une commune à l'autre ne pas tout recommencer, au niveau de l'enquête sociale...

Enquêtrice: Je ne sais pas si vous faites face à d'autres difficultés?

MG1: Ne pas être tout seule, pouvoir échanger,.. Peut-être une difficulté qui vient de la formation, je pense. Toutes ces approches nécessitent de travailler en pluri-disciplinarité, sans hiérarchie de valeur. C'est clair que le médecin a un rôle fondamental mais parfois, l'infirmière, l'assistante sociale, le psychologue, l'interprète doivent travailler de façon horizontale. Or notre formation de médecin est très fort fait comme ceci: les médecins d'un côté et les paramédicaux de l'autre. Par exemple, la prescription pour les soins de plaies pour l'infirmière qui connaît mieux que nous,.. Notre formation ne nous permet pas de travailler en synergie horizontale.

Enquêtrice: Donc, le centre le plus spécialisé pour vous sur l'état de stress post-traumatique du migrant est l'ONG MSF qui se trouve actuellement au Hub Humanitaire?

MG1: Pour le moment, en tout cas, c'est là que se trouve l'expertise la plus pointue en matière de stress post-traumatique.

Enquêtrice: Et il y a de la place en suffisance?

MG1: Ah non (regard au ciel), mais ça il n'y en a jamais assez. Mais bon ils ont pas mal de moyens et ils axent la majorité de leur prise en charge sur la santé et plus spécialement sur le stress post-traumatique.

Enquêtrice: Pour conclure, quels sont les pistes à améliorer à Bruxelles pour soigner ces patients?

MG1: La première chose à faire ce sera, c'est facile à dire, modifier les politiques migratoires. Et modifier les politiques migratoires ça revient à modifier l'équilibre mondial entre le Nord et le Sud. La mondialisation, le capitalisme, c'est du néo-colonialisme. J'ai fait pas mal de missions en Afrique, il reste une exploitation incroyable en Guinée, au Congo, ils ont des ressources naturelles inouïes. Mais tout ce qu'ils font c'est de l'extraction et la plupart du temps ce sont des multinationales américaines ou chinoises qui renvoient tout au port local et s'occupent de la transformation. La valeur ajoutée est pour le pays occidentale et pas pour les locaux. Mais je me rends bien compte que ce que je dis là, c'est illusoire. Mais tant qu'il y aura ces inégalités Nord- Sud et maintenant Est-Ouest (Syrie, Iraq,...). Par exemple pour la Pologne, ce n'est pas une immigration illégale, n'empêche que la couverture sociale ne s'applique pas. Il ne peut pas avoir l'AMU vu qu'il est Européen. Ils ne sont pas illégaux mais sont sans couverture sociale car ils ont leurs mutuelles en Pologne. Ils n'ont pas le choix de se soigner via des ONG ou rentrer au pays.

Il y a plein de solutions, par exemple des « couloirs humanitaires » pour les enfants, c'est à dire des routes de migrations sûres. Avec des *hotspots* comprenant des centres de prise en charge psycho-sociaux. Ce qu'il se passe en Grèce ou en Italie, ce sont des *hotspots* de tri. Comme l'Europe est confrontée à ce qu'on considère comme un afflux migratoire, on exporte nos frontières. C'est à dire qu'on paye les Turcs, les Marocains ou Lybiens, et depuis le Brexit, ce sera maintenant avec la Manche. On exporte nos frontières et on sous-traite l'entrée, avec des conséquences d'inhumanité incroyable. On paye des turcs (6 milliards d'euros) pour qu'ils arrêtent les afghans, syriens, irakiens. Ils tirent hein. En Lybie c'est la même chose, tu as un trafic inouï. Les gardes côtes libyens sont payés par *Frontex* pour tirer sur des embarcations qui vont en Italie et même dans les eaux internationales. Il est question de payer le Maroc et l'Algérie pour qu'ils fassent la même chose. Même chose dans la manche pour arrêter les transmigrants allant en Angleterre. C'est une pratique inhumaine. Pour les enfants, les familles,...

Maintenant, il y a de plus en plus de MNA à Bruxelles. On fait des radios pour savoir leurs âges. Tu as de plus en plus de petits garçons de 13-14 ans qui se prostituent. Tu n'avais pas ça avant.

Il y a donc une solution globale mais qui je pense, est in-envisageable vu la politique mondiale. Mais on pourrait au moins rendre cette politique migratoire plus humaine. Ce qui s'est passé avec les récentes grèves de la faim,... Il a menti. Il a dit qu'on allait revoir les dossiers avec bienveillance mais ils ont tous été refusés. Parce qu'il faut rester musclé par rapport à l'opposition (yeux aux ciels). C'est vrai qu'il y a beaucoup de migrants, mais il y en aura de plus en plus. Il n'y a jamais eu autant de murs! Il y a plus de 40 000km de mur dans le monde entier. Jamais aucun mur, aussi sophistiqué soit-il, n'a empêché les gens de passer. Au delà de quitter la misère, la guerre, les gens ont besoin de bouger. D'ailleurs on sait que si on ouvrait les frontières, probablement beaucoup retourneraient. Parce que maintenant qu'ils sont en Belgique, ils ont surtout peur de

retourner au pays de peur de ne jamais pouvoir revenir. On sait que des gens viendraient travailler 2-3 ans puis repartiraient.

Enquêtrice: Et on en a besoin..

MG1: Exactement

Enquêtrice: Pour terminer: quelle serait la prise en charge idéale d'un migrant en état de stress post-traumatique?

MG1: Une prise en charge globale: qu'on prenne en compte à la fois ses problèmes physiques, psychologiques, sociaux et administratifs. Le migrant, c'est un peu comme un toxicomane, on peut revoir toute sa médecine interne. On peut prendre sa tension, ce que le psy ne peut pas.

Peut-être avoir des centres spécialisés supplémentaires comme Ulysse, Exil,.. car ceux-ci sont complètement surchargés.

Enquêtrice: Voila on a fini, merci beaucoup.

7.2 Interview du deuxième médecin (MG2)

Enquêtrice: Vous travaillez depuis combien de temps en médecine générale?

MG2: Depuis 10 ans. Je travaille au CASO actuellement, mais j'ai travaillé au Hub humanitaire. Avant la création du Hub, j'étais dans la petite camionnette de Médecins du Monde. Du coup, j'ai bien suivi l'évolution. Vu que le Hub est devenu une grosse machine de guerre, je me suis mise en retrait. Car il y avait largement assez de gens.

Enquêtrice: Quelle est la fréquence de patient migrant que vous voyez?

MG2: Sur le CASO, on a comme politique de voir les gens en 2e ligne, ça veut dire des patients qui ont une pathologie chronique. Ils rentrent dans des critères spécifiques: >65 ans, familles, MNA, pathologies chroniques, .. L'objectif du CASO est de permettre l'accès aux soins pour des patients migrants, du moins, qui souhaitent rester. On a un problème de communication, notamment pour les patients qui viennent d'Ethiopie, d'Erythrée,.. ce sont des dialectes peu représentés. Donc pour les patients qui ont accès aux soins mais qui parlent Amariks ou Érythréen, des langues où il n'y a pas d'interprétariat. Ils ont parfois accès à l'AMU, mais on continue leurs prises en charge car on a un interprète pour l'Amariks. C'est aussi pour cela, que pour le médecin généraliste en ville, il y aura des limites dans la communication. C'est aussi difficile pour le MG, pour des patients en PTSD, sachant que c'est une prise en charge psychiatrique ou du moins psychologique et le psychologue n'est pas remboursé (ou dans de très rares cas pour certains CPAS). C'est aussi la possibilité de garder des gens en consultation psychologique au CASO.

Enquêtrice: Avez-vous soigner beaucoup de patients en PTSD au CASO?

MG2: Problème, définition du PTSD.

Enquêtrice: Selon le DSM-V. C'est à dire une personne qui a subi un traumatisme et a des symptômes de reviviscence, d'hyper-réactivité,...

MG2: Ce qui se passe, c'est que pour ces personnes en migration, qui ont un parcours déjà difficile, le post-traumatique est très difficile à définir car finalement la situation ici, en Belgique reste traumatisante. Il y a les causes de départ du pays, le parcours qui est généralement semé de violence, l'arrivée en Europe qui n'est pas simple, l'administration qui est hyper complexe avec les Dublin quand on est arrivé dans certains pays. Le côté post-traumatique il est en réalité encore traumatique. On a des gens qui sont, usés et la prise en charge est plus d'accompagnement que d'un réel post-traumatisme. La plupart du temps, ce sont des gens qui ont déjà rencontré des services médicaux, sociaux et qu'un moment donné ils en ont marre de raconter leurs histoires. C'est quelque chose qui s'enkyste. Lorsqu'ils arrivent en Belgique, ce n'est pas leur premier pays et ils ont été confrontés à plusieurs solutions pour s'aider eux-mêmes. Beaucoup sont tombés dans pff.. des addictions (alcool, médicaments,...) et on arrive à devoir gérer des prises en charges complexes. C'est pour cela que le stress post-traumatique est difficile à définir.

Enquêtrice: Du coup, comment vous diagnostiquez?

MG2: Les histoires de vies qui peuvent être mises en avant. Cela dépend de la culture, il y a des gens qui parlent peu. Difficulté à communiquer, ils restent dans leurs groupes. Ce qui va être un élément c'est plutôt, le côté dépressif, soit dissociatif (entrée en psychose), un diagnostic dans un autre pays (via des photos) avec des médicaments qu'ils ne prenaient pas toujours à bon escient on va dire.. des fois il y a des médecins qui donnent facilement des anxiolytiques et montent les doses. C'est des substances qu'on retrouve sur le marché noir. C'est vrai que ce sont des produits qui aident. Quand on en prend, on se sent mieux, d'où le problème des assuétudes. Dans ce cas là on a un regard sur le passif et ça nous permet de créer un lien sur ce qui leur a posé problèmes et ce qui leur pose problème, sans spécialement reproduire la même prise en charge en redonnant les mêmes médicaments. Au CASO, on a les limites de la prescription des benzodiazépines. On les prescrit que si elles ont déjà été prescrites par un psychiatre. Ce n'est pas qu'on ne peut pas les prescrire, mais on veut éviter le bouche à oreille et devenir le lieu où on peut se ravitailler en benzo, rivotril, ..

Enquêtrice: Le PTSD est souvent liés aux symptômes somatiques, est-ce que ce n'est pas pour vous un frein sur le diagnostic?

MG2: Il est évident que c'est un tout. La *psyché* et le *soma* sont intriqués. On a des pathologies somatiques qui peuvent entraîner des dépressions. Il est certain que le mal-être psychique se manifeste aussi au niveau de notre corps. C'est une façon aussi de se défendre de ce mal-être, on l'exprime par le corps. L'expression « j'en ai pleins le dos », le mal de dos, le mal du siècle. Il ne faut pas passer à côté d'une pathologie somatique qui se

développe en défense d'une pathologie psychiatrique ou qui vient s'adosser. Par exemple, on sait qu'il a son problème psy, c'est pour ça qu'il exprime tel ou tel plaintes, mais c'est dû à son contexte psy.. Il ne faut pas oublier d'aller voir ce qu'il y a en dessous. Dans la plainte somatique, comme il y a des démarches de demandes d'asile, d'aide, il y a quelques patients qui mettent en avant des plaintes somatiques dans l'espoir d'en retirer des conséquences positives. Par exemple, j'ai vu aujourd'hui un patient qui voulait être diabétique car on lui a dit un jour qu'il était diabétique et devait prendre de la metformine. Pour lui, il a l'idée que grâce à cela il aura le 9ter. Il a une pathologie psychiatrique assez évidente dans sa façon d'être, il a un délire paranoïaque. Mais est ce que c'est lié à ce qui s'est passé dans son pays, au parcours, aux difficultés administratives en Belgique, au fait qu'il soit débouté..? Il espère pouvoir trouver de l'aide et a maintenant une conviction délirante qu'il est diabétique. C'est très difficile de l'aider car dans cette conception délirante il y a un élément factuel car on lui a expliqué qu'il pouvait obtenir de l'aide si il avait un problème physique, plus que psychologique. Certains patients peuvent arriver avec des plaintes somatiques, et par la suite on remarque des symptômes psychiatriques: parle peu, affect émoussé, ne se sent pas concerné ce qui te met la puce à l'oreille par rapport à un trouble psychiatrique. Le Hub a une partie de prise en charge psychiatrique. J'aime beaucoup travailler avec eux, car j'aime la prise en charge en équipe, car chacun peut avoir un sentiment différent face au patient. On essaye de prendre en charge le patient de manière continue au CASO grâce à notre équipe de psychologique, d'aides sociales et juridiques. Il y a également un psychiatre qui vient 1x/mois. Du coup, on peut prendre en charge les patients migrants atteints de PTSD ici même ceux avec l'AMU. Car ça reste compliqué d'avoir une prise en charge psychologique avec l'AMU.

Egalement, dans les difficultés qu'aura un médecin généraliste à passer outre la pathologie psychiatrique pour arriver à d'autres co-morbidités est que le patient psychiatrique n'a pas la même vision de son corps. Il ne va pas forcément décrire la douleur de la même façon. Par exemple, la perception de la douleur chez un patient psychotique, cela va parfois être sous la forme d'une décompensation. On va augmenter le traitement, alors qu'en donnant simplement du paracétamol; on règlera le problème. En fait ils ont une douleur physique qu'ils n'arrivent pas à exprimer comme tout à chacun dirait qu'il a mal à la tête. On peut utiliser parfois le schéma corporel pour les personnes qui ne parlent pas bien (dessiner un bonhomme) pour essayer de définir le lieu de la douleur. Les échelles sont difficiles à utiliser. Il a le biais pour un patient aussi, d'exprimer son ressenti. Cela va être un ressenti de peur, de mal-être qui va mettre sur le compte de ses symptômes psychiques. Il faut être attentif. Parfois une simple prise de sang peut montrer des choses surprenantes. On est un tout, la prise en charge doit être globale.

Enquêtrice: Travaillez-vous également avec d'autres structures?

MG2: Oui, on travaille avec le projet LAMA pour les assuétudes, malheureusement chez les migrants il y a peu de volontés de prise en charge. On travaille aussi avec le Hub, qui présente une prise en charge plus globale avec la possibilité d'avoir de l'écoute, des vêtements, des infos sociales sur le regroupement.. C'est plus un lieu de rencontres. Au Hub, il y a des équipes volantes qui essayent de repérer les gens qui ont un problème

psychologique, d'assuétudes, .. Les consultations médicales sont aussi sans rendez-vous ce qui facilite la prise en charge.

Enquêtrice: En terme du traitement du PTSD, on a parlé de la prise en charge psychologique qui peut se faire au CASO. En terme médicamenteuse, que prescrivez-vous? Vous essayez le moins possible les benzodiazépines, vous utilisez peut-être d'autres molécules?

MG2: On peut instaurer des traitements par antidépresseurs, qu'on préfère adosser à une prise en charge psychothérapique. Mais si le patient ne vient pas à ses rendez-vous psy, on peut donner des antidépresseurs. Le PTSD peut donner des troubles du sommeil. On favorise des molécules comme la Trazodone, on essaye de commencer petit pour ne pas tomber dans la médication lourde. Bon.. En tant que médecin généraliste, on a pas l'habitude de prescrire d'emblée des anti-psychotiques. Je ne le fais pas sauf si il y a quelque chose de majeur et c'est sous couvert qu'il y ait une consultation psychiatrique rapidement. Car il y a des patients dans la psychose. Le PTSD... avant qu'on parle des migrants, cela a bien été étudié chez les militaires qui ont développé des symptômes complètement délirants. Qui malheureusement s'apparentent à ce qu'on connaît dans la schizophrénies et des risques de passage à l'acte grave.

Enquêtrice: Avez-vous souvent des patients migrants qui risquent de passer à l'acte dû à des traumatismes antérieures? Que faites-vous dans ces cas là?

MG2: Pour tout patient dont on a vraiment la crainte d'un passage à l'acte, on essaye de l'orienter vers les urgences psychiatriques. On a jamais eu le cas d'une hospitalisation forcée. Mais on pourrait le faire. Au niveau du Hub, il y a eu des tentatives de suicide. Mais.. c'est dans la limite comme dans la population générale. Les personnes en migration, sont de plus en plus jeunes et sont de plus en plus fragiles. Ils sont partis de chez eux à l'adolescence. Toute cette construction s'est fait dans la douleur et c'est sûr que c'est très difficile de les prendre en charge. Je dirais que quand ils sont mineurs, ils ont plus de chance car normalement les états sont obligés de les prendre en charge. On doit leur trouver un lieu de vie, leur donner la chance d'apprendre la langue, s'intégrer. Le gros souci, c'est qu'à partir du moment où ils ont 18 ans, ils retombent dans le monde des majeurs et même s'ils sont bien intégrés, qu'ils ont une formation, parfois un travail, une vie stable, à 18 ans ils peuvent se faire renvoyer s'ils n'ont pas obtenu l'asile. Du coup ils peuvent être reconduits à la frontière. Selon la loi de Dublin, le premier pays qui a pris les empreintes, est responsable de leur accueil. Ex: Italie, Grèce,.. C'est aussi pour cela qu'il y a tellement de pays qui ferment les frontières. Car si un adulte a été pris en charge d'abord en Italie, il sera renvoyé en Italie. A ce moment, il va soit repasser la frontière ou être renvoyé dans son pays d'origine.

Enquêtrice: Quelles sont pour vous les qualités du praticien pour soigner un migrant en état de stress post-traumatique?

MG2: Le problème c'est qu'il faut du temps, ici au CASO on a le temps. Avoir une équipe, psy, assistante sociale,.. Dans toutes les pathologies de santé mentale, les interactions seront différentes en fonction aussi de ce l'on attend ou ce que l'on ressent vis-à-vis de la personne. Il y aura peut-être plus d'empathie chez l'assistante sociale que chez le médecin généraliste, la psychologue il se dira « mais je ne suis pas fou.. ». Pour un médecin solo, cela doit être difficile d'avoir des interactions.

Enquêtrice: Avez-vous des problèmes en terme de communication?

MG2: Oui, certains parlent anglais mais pas suffisamment que pouvoir réellement exprimer. C'est très difficile de travailler avec des outils comme Google. Dans ce cas il faut vraiment que le patient soit demandeur car sinon on aura pas accès... Parfois le patient va venir 3-4x pour des bobos, pas grand chose,.. ça peut nous mettre la puce à l'oreille. Dans ce cas la on peut aborder les problèmes psychologiques.

Enquêtrice: Avez-vous des problèmes en terme d'orientation?

Le problème du CASO, c'est qu'on ne prend en charge que les patients vulnérables. Certaines personnes jeunes ne peuvent pas être prises en charge au CASO car ils n'ont pas de pathologie chroniques. Ces gens là seront vu au Hub humanitaire et MSF. Le Hub les aidera à faire des démarches pour avoir l'AMU. Après hum.. qu'est ce qu'ils font de la carte médicale? C'est souvent des cartes pour un mois, il faut - à la limite - la renouveler quand on l'a. C'est administrativement difficile à comprendre. Donc si ils ont l'AMU pour un souci ponctuel, ils iront voir le médecin, ou pas.. Mais si c'est pour un suivi psy, c'est tellement difficile à avoir,.. je sais pas.

Enquêtrice: Du coup, hum.. on peut parler des problèmes administratifs, c'est un des problèmes administratifs auquel on fait face en tant que médecin généraliste le renouvellement de l'AMU.

MG2: Cela dépend des communes, à Schaerbeek, ils donnaient à un moment donné une carte médicale d'un an. Pour 1000 Bruxelles, ça a été 3 mois puis 1 mois.. Mais ça je ne m'y connais pas bien. Je pense que le Dublin casse à partir d'un an. Du coup s'ils sont sur le territoire depuis 1 an après l'OQT, ils peuvent refaire une demande d'asile pour avoir accès aux soins, .. Mais l'accès aux soins en Belgique est quelque chose de très compliqué. Si on n'est pas dans les cases pour avoir une mutuelle, si on a pas de moyen du tout, c'est « la croix et la bannière ». Chaque commune voit si c'est possible, avec des complications administratives pff, il faut aller vérifier si la personne est bien sur la commune. Si on change de commune, on doit tout recommencer. Il n'y a aucune pérennité. Pour les migrants, c'est une difficulté supplémentaire. La prise en charge administrative est lourde et le rôle des assistantes sociales est énorme.

Enquêtrice: Est-ce que pour vous, le médecin généraliste, a suffisamment de connaissances médicales pour prendre en charge ces patients?

MG2: Il est clair que la formation en psychiatrie est archi nulle. C'est vraiment la composante pauvre des médecins généralistes. Je pense que les médecins psychiatres ne se rendent pas compte de toutes les pathologies somatiques qu'on peut avoir en raison de troubles psychiques et le médecin généraliste ne sait pas comment prendre en charge un patient psychotique. En règle générale, les médecins généralistes ne sont pas formés. C'est pour cela qu'on leur reproche de donner des antidépresseurs ou des anxiolytiques car on a l'impression que c'est assez doux comme traitement. Au niveau de la prise en charge, pfiouu, si, ceux qui ont été sensibilisés par un biais ou par un autre.

Enquêtrice: On peut terminer par les pistes d'améliorations, comment peut-on améliorer la prise en charge des patients migrants en état de stress post-traumatique?

MG2: La prise en charge des migrants, aussi bien en terme de santé physique que santé mentale. L'idéal ça serait d'avoir accès à des soins de qualité. Alors.. le Hub, est ce qu'il peut ? Il semblerait que ce soit un projet de s'appuyer sur l'expérience du Hub pour mettre en place un projet efficace. Ce qui est un peu à l'heure, c'est que de toute façon un migrant n'ira pas s'adresser vers un organisme officiel. Surtout si l'idée c'est d'être trans migrant. Je ne vois pas de solution idéale. D'abord parce que ce type de migration, ... c'est un problème politique en fait. Le nombre de migrants qu'on a à accueillir en Europe, c'est une goutte d'eau. Ça ne va pas induire un tsunami de migrants de régulariser ceux qui veulent venir. Je crois que c'est au niveau politique qu'il faudrait agir, moi je suis que médecin dans mon petit coin, j'essaie d'être au maximum à l'écoute. Je pense que globalement, les médecins généralistes sont très à l'écoute et sont motivés de donner de leurs temps gratuitement, je crois qu'il y a déjà beaucoup de fait officieusement. Pour le faire officiellement, ce n'est qu'une décision politique. Car l'irrégularité de ces gens dans le pays fait que,.. à partir du moment où on a pas le droit d'être là, quelle structure créer pour quand même s'occuper des gens qui sont là !? Je n'ai pas de solution.. Déjà faire en sorte que les gens n'aient pas besoin de partir de chez eux ??

7.3 Interview du troisième médecin (MG3)

Enquêtrice: Vous êtes actuellement retraité d'une carrière en médecine générale, quelle type de pratique avez-vous eu durant votre carrière?

MG3: 2/3 de ma carrière en temps que médecin Solo à Molenbeek et les 7 dernières années en maison médicale à Ixelles.

Enquêtrice: en terme de population, quelle type de population aviez-vous?

MG3: A Molenbeek, j'étais agréé au CPAS, du coup j'avais beaucoup de personnes avec l'AMU ou avec Fedasil. A la maison médicale, on avait une convention avec Fedasil qui avait un centre juste à côté. On recevait donc les personnes de Fedasil, qui venait chez nous avec un réquisitoire et on les examinait. J'ai donc été toujours,

que ce soit à Molenbeek ou Ixelles, en contact avec des personnes migrantes, qui avaient été victimes de violences. J'ai aussi collaboré avec l'association Constat, de Molenbeek. Ils ont vraiment développé une ASBL qui est vraiment.. fin ils sont actuellement débordés, il y a des délais pour être vus. Mais ils font vraiment des expertises extrêmement pointues,.. ils suivent le protocole d'Istanbul, font des formations continues.. C'est vraiment une référence pour ce qui est de l'évaluation de séquelles de violences.

Enquêtrice: Du coup, vous avez consulté pas mal de personnes migrantes. En terme de fréquence, quelle était la fréquence de syndrome de stress post-traumatique chez le patient migrant?

MG3: C'est difficile à évaluer, j'aurais envie de dire, que de toute façon ils ont tous un syndrome post-traumatique quelque part.., a des niveaux différents. Ils ont tous des séquelles de ce qu'ils ont vécu. D'être arraché à son pays, de s'embarquer dans cette aventure de la migration qui est hyper stressante à tous les niveaux. Ils ont tous des stigmates sur le plan psychologique en tout cas. Heureusement, ils n'ont pas tous été victimes de violences physiques non plus. Mais enfin ça reste traumatisant de toute façon, euh.. Un parcours de migration. Certains en ont des séquelles importantes et d'autres très peu, d'autres ont fini par surmonter tout ça. D'autant plus, si ils ont pu obtenir une régularisation, un travail. On a de la résilience et on peut passer outre, à un moment donné.. Voila, je pense qu'ils en ont tous des souffrances qu'ils ont toujours..

Enquêtrice: C'est donc, pour vous plutôt la migration qui rend la personne vulnérable, ce parcours qui est traumatisant..?

MG3: Oui, tout a fait.

Enquêtrice: Mettez-vous en évidence d'autres facteurs de vulnérabilités?

MG3: Alors évidemment, ça c'est de façon générale.., il y a des cas particuliers. Des personnes qui ont été victimes de violences physiques et il y en a pas mal, qui ont subis des tortures, des coups.. Là, c'est encore autres choses. Ils ont des traumatismes psychologiques également. Certains ont vécu des choses très très dramatiques.

Enquêtrice: En terme de diagnostic, comment faites-vous pour diagnostiquer un PTSD chez le migrant?

MG3: En général, ce qui revient c'est des flashs ou des problèmes de sommeil (des cauchemars). Aussi, et ça c'est parfois un piège, c'est souvent contradictoire ou confus. Cela fait partie du tableau que parfois ils ne se souviennent pas des dates. Il y a une espèce d'amnésie par rapport à certaines choses. Souvent, cela leurs posent des problèmes lorsqu'on veut obtenir une régularisation pour par exemple, un motif de 9ter médicale. Lorsqu'ils sont interrogés, il y a parfois des contradictions ou des blancs mais cela fait partie du tableau cette confusion. J'ai un ami qui est psychiatre avec qui, j'ai eu beaucoup de discussion à ce sujet, qui fait pas mal d'expertise par rapport au PTSD. Il me disait qu'il y a parfois un aspect dissociatif chez ces personnes. Cela n'est pas du tout compris par le personnel qui est souvent administratif, qui enregistre leurs histoires, leurs récits.. Souvent ils sont déboutés car cela ne tient pas la route. Mais cela fait partie du tableau, c'est important. La somatisation aussi. On est souvent confrontés à des plaintes comme des maux de têtes, des douleurs

lombaires, des douleurs abdominales,.. Il y a une forte somatisation qui se fait. Il faut essayer de faire le lien entre ça et ce qu'ils ont vécu.

Enquêtrice: Le fait que le patient a des symptômes somatiques, est ce que ce n'est pas une barrière pour vous en terme de diagnostique?

MG3: On doit évidemment exclure une cause grave en première attention et ne pas tout de suite coller une étiquette. Il faut examiner la personne et faire un bilan. Quand on est avec ce public, on doit tout de même toujours penser à la cause psychologique. Parfois eux-mêmes le soumettent. Il y en a beaucoup qui demandent de voir une psychologue car ils ont fait le lien. Parfois ils ne font pas le lien eux-mêmes et là c'est plus difficile. Car, quelque part, faire le lien avec le traumatisme qu'ils ont vécu c'est réveiller le traumatisme. Alors que c'est justement cela que certains évitent. Si ils sont fixés sur une plainte somatique, comme des maux de têtes ou des maux de dos, certains ne veulent absolument,.. justement ces plaintes somatiques leurs permettent d'oublier le traumatisme. Ce n'est pas toujours évident de faire le lien. Pff, quand on est les voit une fois comme ça, ce n'est pas facile. Par exemple, ici chez Médecin du Monde, cela fait partie de l'anamnèse d'interroger le parcours, on sait rapidement s'ils ont été victimes de violence ou pas car ils l'ont dit à un bénévole ou à une assistante sociale. Le fait qu'il y ai eu une violence, il ya généralement une anamnèse ou une hétéroanamnèse qui se trouve dans le dossier. On est donc avertit assez vite qu'une personne a été victime de violence.. (silence).

Enquêtrice: Et au niveau du traitement, on peut embrayer sur cela, comment prenez-vous en charge ces patients?

MG3: Dans le cas de Médecin du Monde, on a la chance d'avoir un accès rapide et facile à un ou une psychologue. Soit au Hub avec Médecin sans Frontières. Ici, au CASO, il y a une psychologue qui peut les voir rapidement. Souvent, la plainte sur laquelle on peut agir le plus rapidement et efficacement, sont les troubles du sommeil, l'insomnie. Dans ce cas là, on peut leur prescrire de la Mirtazapine qui a l'avantage d'éviter l'accoutumance, afin d'éviter les benzodiazépines. En général, c'est ce que je fais si il y a des troubles du sommeil. Elle permet d'améliorer le sommeil et a un effet antidépresseur. Il y a d'autres techniques, comme l'EMDR. Mais ici, c'est difficilement envisageable à moins de se former à cette technique.. Mais pourquoi pas développer cela ou avoir des psychologues qui sont formés car c'est apparemment très efficace. Toutefois, je pense que c'est des traitements de deuxième ligne. En première ligne, je pense que la psychologue et rajouter, peut-être un traitement comme la mirtazapine est déjà bien. Il n'y a pas de traitement miracle non plus..

Enquêtrice: Du coup, si je comprends bien, vous avez tendance à orienter le patient vers un psychologue du CASO..?

MG3: Cela dépend, si on les voit au CASO, on peut référer le patient au CASO. Si on voit les patients en centre d'hébergement d'urgence, comme la porte d'Ulysse, ou à autre SAMU Social, on peut toujours envoyer au Hub. Ou Médecin Sans Frontières à une antenne psy.

Enquêtrice: Car si je comprends bien, le CASO est réservé aux personnes avec une vulnérabilités. Du coup, tout le monde ne peut pas venir ici.

MG3: Tout a fait, il y a des consultations médicales dans les dispositifs d'hébergement d'urgences par Mdm. Si on identifie une personne avec une vulnérabilités, par ex un diabétique. On l'envoie au CASO. Ici, on a la possibilité de faire des prises de sang et de référer à des médecins spécialistes. Ici au CASO, on suit les gens avec par exemple de l'hypertension,.. on leur donne des médicaments gratuitement,.. On a en plus des assistantes sociales qui essaient d'obtenir que ces personnes ai un accès au soins (demande AMU, prise en charge Fedasil, réquisitoire pour les spécialistes,..).

Enquêtrice: Si par exemple, je diagnostique un patient avec des plaintes somatiques du PTSD dans un dispositif d'hébergement d'urgence. Que je ne trouve rien au niveau organique et qui n'a pas de facteurs de risque de vulnérabilités. Dans ce cas là, il vaut moins renvoyer au Hub Humanitaire.

MG3: Oui, si je consulte dans un dispositif d'hébergement d'urgence quelqu'un qui vient avec des plaintes somatiques mais qu'en l'interrogeant on tombe sur des éléments qui nous font penser à un PTSD. On peut lui donner un médicament pour dormir, comme la mirtazapine. Mais on va alors directement, le référer au Hub humanitaire à MSF pour voir un psychologue ou un psychiatre. Là-bas il y a moyen d'avoir une prise en charge complète si nécessaire.

Enquêtrice: Et vous orientez vers un autre centre que ces deux là?

MG3: A priori non. Dans le réseau extérieure, comme le service de santé mentale, le problème c'est qu'ils sont débordés. Du coup on ne fait pas appel à eux.

Enquêtrice: Est ce que pour vous, on est suffisamment formé pour prendre en charge ce type de pathologie?

MG3: Non, comme en générale, tout ce qui est psy. A moins que ce soit améliorer. La formation qu'on reçoit n'est pas adéquate à ce niveau là. On est plutôt formaté médecine technique. On est pas bien formé au côté relationnelle et à la prise en charge de ce genre de symptômes. On s'orientera dans un premier temps vers des pistes physiques avec des examens.. On ne va peut-être pas être assez éveiller à penser à cet aspect de stress. Dans les milieux associatifs, ONG, .. je pense que là on est éveiller à ces pathologies car on est confrontés à ça régulièrement. En dehors, dans le milieu hospitalier par exemple, .. je suis même parfois effrayer car je rencontre parfois des migrants qui ont été référés vers des services de neurologies. Ils ressortent de là avec des médicaments comme le Lyrica, qui est une drogue de rue. Ils sont pris la dedans, il y a des dépendances qui s'installent. On en voit beaucoup sous Lyrica, sous anti-douleurs pour douleurs chronique.. C'est hyper dangereux. Ce genre de patients, se retrouvent pris dans des circuits de médecines spécialisés où on fait plus de dégâts que de biens car on les surmédicalisent. Ce n'est pas cela qui va les aider.

Enquêtrice: Du coup, vous avez fait une formation supplémentaire chez Constat?

MG3: Oui, j'ai été là-bas bien sensibilisé. J'ai été à quelques formations qu'ils organisaient. Notamment sur le stress post-traumatique. C'était vraiment intéressant. Je pense qu'il faudrait encourager des formations au stress post-traumatique. Car le PTSD ne concerne pas que les migrants. On voit bien, on en parle de plus en plus, les abus sexuels que subissent les enfants. Je pense qu'il y a 5 à 10% d'adultes qui ont vécu des abus durant leurs enfances. Ce sont des personnes qui ont des traumatismes qui réapparaissent lorsqu'ils ont 40-50 ans. Ils prennent conscience du lien entre les souffrances et l'élément traumatisant. Les traumatismes dans l'enfance peut expliquer de nombreuses souffrances d'adultes. Je n'invente rien (haha), Freud en avait déjà parlé. Je pense toujours à une pensée du Dalai-Lama: « avant de juger quelqu'un, comprenez son enfance ». C'est une clé. Souvent, on n'y pense pas, on ne s'interroge pas aux potentiels traumatismes qui nous déterminent. Avoir cet éveil à ça, ça permettrait d'aider plus de gens en faisant des liens. Si les patients sentent une ouverture, assez rapidement ils déposent ces traumatismes. Mais ils doivent se sentir en confiance, et qu'il y ai une ouverture, une écoute. Ce qui n'est pas toujours le cas.. (silence). Surtout qu'on est actuellement dans des conditions de médecins où on a pas le temps. On est pris par tout ce qui est administratif, l'ordinateur, qui coupe le lien. On ne regarde même plus le patient car on est occupé à taper. Ce qui est essentiel pour être en relation avec quelqu'un. Moi j'ai la chance d'avoir très rapidement rencontré des groupes Balint et d'avoir pu travailler cela peut toute ma carrière.

Dans le soin, en anglais c'est mieux dit qu'en français car il y a le « cure » et le « care ». Le « cure » ont le fait très bien, c'est les médicaments, les examens, les techniques,.. C'est très important. Il faut continuer à examiner les gens et ne rien banaliser. Le « care » c'est prendre soins de quelqu'un, prêter attention à la personne. Pas soigner uniquement la maladie et soigner la personne, être à son écoute. Cela permet d'avoir accès à des traumatismes par exemple, que la personne a vécu et qu'elle pourra en tout sécurité déposer.

Cela permettra, de faire des liens. La personne se sentira comprise, fera le lien entre ce qu'elle vit et ce qu'elle a vécu.

Enquêtrice: Tout à fait.. On a terminé la deuxième partie sur le PTSD. On peut parler maintenant des difficultés auxquelles font face les médecins généralistes. En terme de communication, y a t'il des difficultés, est ce que cela met des barrières, le fait que le patient n'a souvent pas la même langue que nous?

MG3: Ah oui, soit on se débrouille un peu. Certains parlent un peu anglais. On peut avoir parfois un traducteur. Ce qui est très utile lorsque c'est un problème factuel. Mais quand il s'agit du ressenti, des émotions, c'est beaucoup plus difficile lorsqu'on passe par un interprète. Car l'interprète va traduire ce qu'il a ressenti aussi. C'est un gros obstacle, effectivement.

Enquêtrice: En terme de communication non-verbale, avez-vous des trucs, des gestes pour que la personne s'ouvre, décharge ce qu'elle a vécu?

MG3: Non je ne pense pas.. C'est vrai, qu'il faut avoir une attitude calme, accessible, pas être nerveux, pas être déranger.. Essayer de créer une atmosphère bienveillante. Si la personne sent qu'on a de la bienveillance vis-à-vis d'elle et qu'on est pas un ronchon à s'énerver derrière son ordinateur. Je ne vois pas d'autres choses, mais on pourrait peut-être travailler cela.

Enquêtrice: Une autre difficulté, en terme d'orientation, vous m'avez parler du fait que c'était surcharger surtout au niveau du réseau de santé mentale. Est-ce que le patient sait-être pris en charge?

MG3: Je pense qu'au niveau du Hub, les psys font du bon travail. Mais, on ne pourra jamais prendre en charge tout le monde. D'autant que c'est un public volatile. Il y en a beaucoup qui sont des transmigrants. Ils sont ici puis disparaissent et vont en Angleterre. On ne peut pas toujours organiser un suivi qui serait nécessaire. La majorité de ces personnes devront se débrouiller avec cela. C'est une banalité mais une vérité aussi, avec le temps on fini souvent par s'adapter, surmonter. On finit par vivre avec ses cicatrices et ses blessures. On ne pourra pas prendre en charge toutes ces personnes qui ont ces situations de stress post-traumatique. Il y en a tellement..

Enquêtrice: En terme de difficulté administrative, est ce que vous faites face à certaines difficultés?

MG3: Avant, jusqu'à quelques années je faisais beaucoup de demande 9ter pour raisons médicales. Incroyable.. Il fallait tout le temps les recommencer. Maintenant cela s'est arrêté car je pense qu'il n'y a plus que 1% de ces demandes pour raisons médicales qui sont acceptées. Ils ont durcit très fort. Avant, quelqu'un avec un diabète, ça passait.. Maintenant ils regardent sur le site du ministère de la santé du pays en question. Il est mis qu'ils soignent le diabète. Evidemment on peut trouver de la metformine ou de l'insuline en RDC mais à quelle pris? On va les ré-expulser mais ils ne pourront jamais se payer ces médicaments. Aujourd'hui ce n'est donc plus accepter. Du point de vue médicale, on ne fait plus beaucoup de documents.. Parfois des migrants demandeurs d'asiles, qui ont introduits des recours, qui ont des avocats,.. demandent parfois des expertises. J'ai déjà réalisé des documents très bien faits, très bien documentés, qui sont rejetés. C'est la situation actuelle.

Enquêtrice: Pour terminer, on a déjà parler de la formation, qu'il y avait clairement des lacunes. Avez-vous entendu d'autres formations intéressantes que celles données par Constat?

MG3: Non, je ne vois pas ou on pourrait avoir d'autres formations.. Il faudrait se renseigner dans les universités. Je vois toutefois qu'il existe maintenant des formations plus psychologiques.., même si c'est insuffisant.

Enquêtrice: Enfin, avez-vous des pistes d'améliorations pour améliorer la prise en charge du patient en état de stress post-traumatique? Vous m'avez parler de l'éveil? Le fait d'être éveiller à cette dimension là.

MG3: Oui c'est très important, lorsqu'on rencontre un public, comme on le rencontre de migrant. C'est d'être toujours éveillé à cela et d'essayer de voir si il n'y a pas eu dans son parcours un élément de violence. On peut poser la question: « avez-vous été victime de violence pendant votre parcours? ». A ce moment là, la parole peut se réveiller. Mais souvent, c'est eux qui racontent leurs histoires ou qui font le lien entre leurs plaintes et ce qu'ils ont vécu. Voilà d'être éveillé.

Enquêtrice: Pour vous, une prise en charge idéale? Quelle serait-elle?

MG3: Une prise en charge pluri-disciplinaire. Qu'il y ai un volet médical. Ne pas passer à côté d'un volet organique: une anamnèse, un examen, potentiellement une approche complémentaire. Il faut une approche psychologique. Et une/un assistante sociale, pour voir où le migrant est dans son parcours, quel est son projet pour pouvoir l'aider. Car je pense que ces personnes ont essentiellement besoin de sécurité. Si on leur apporte une sécurité avec un accès à la santé, cela va dans le sens de la résilience par rapport à ce qu'ils ont vécu. Sentir de la bienveillance, de l'attention à leurs problèmes. Ce sont des personnes dont on ne s'est pas soucié durant leurs trajets de migration ou même chez eux. Ils ont souvent été victimes de maltraitances dans leurs pays d'origines pour des raisons politiques ou économiques ou autres.. C'est ça qui aide le plus les gens, la bienveillance (rire). La bienveillance est la meilleure thérapie.

Enquêtrice: Merci beaucoup! On a fini !

7.4 Interview du quatrième médecin (MG4) - via Teams

Enquêtrice: Pour rappel, la question de recherche de ce travail de fin d'étude s'intitule « Quelle est l'expérience des médecins généralistes sur la prise en charge de l'état de stress post-traumatique chez le migrant? ». J'ai choisi cette question de recherche dû à mon parcours chez Fedasil et en tant que bénévole chez Médecins du Monde au SAMU Social d'Evere. Merci encore pour le temps que vous m'accordez.

MG4: C'est avec plaisir de vous éclairer sur un point ou l'autre. C'est quelque chose qu'on rencontre très fréquemment avec des degrés divers et effectivement on a intérêt à bien connaître l'existence de cette pathologie car sinon on fait des malentendus.

Enquêtrice: Du coup vous avez soigné pas mal de personnes migrantes en PTSD?

MG4: Oui, mon histoire à moi, vu qu'on ne se connaît pas. J'ai commencé la médecine en étant 20 ans médecin généraliste en ayant toujours un intérêt pour la psychiatrie. J'avais été étudiant chercheur en psychosomatique en son temps. J'ai été amené à soigner d'abord des arméniens, j'avais fait un diagnostic de fièvre méditerranéenne chez des arméniens qui m'a valu une grande réputation. Puis en médecine scolaire, comme j'étais considéré venant de l'UCL, on me donnait le réseau catholique de Forest où il y avait une prédominance d'enfants maghrébins. J'ai donc été amené à plonger dans toutes les difficultés auxquelles font face la population musulmane. Les différences culturelles, les craintes. Et puis, j'ai décidé de faire le saut en psychiatrie à 49 ans. Là j'ai découvert l'ethnopsychiatrie. Durant les séminaires d'ethnopsy, j'ai rencontré la créatrice de l'ASBL « Woman Do », qui veut dire le chemin des femmes. C'est une ASBL qui accueille des

femmes victimes de violence en exil. J'ai donc rencontré pleins de femmes. J'ai dû apprendre la culture tchéchène, la culture tigréenne, du Cameroun. Je me suis intéressé à l'Azerbaïdjan, la population ukrainienne migrante,...J'ai donc été confronté à de nombreuses situations d'ethnopsy.

Enquêtrice: Et du coup, quelles sont pour vous les facteurs de vulnérabilités du migrant à développer un syndrome de stress post-traumatique? Est-ce que ce patient est plus susceptible qu'un autre à développer ce syndrome?

MG4: Non, on peut tous développer ça. Il y a ce qu'on appelle la résilience. Par exemple, on plonge quelqu'un dans une situation traumatique. Certains vont développer un trauma aiguë et d'autres vont résister. Cette résistance s'atténue au bout de plusieurs traumatismes et s'estompe, c'est ce qu'on appelle le syndrome du « vieux sergent ». C'est un sergent qui va à la bataille avec son peloton, ils tombent dans une embuscade, tous les soldats sont tués. Ils reviennent, il a résisté, on lui redonne un peloton, il repart. Il peut-être résistant mais au bout d'un certain nombre de fois il peut quand même s'effondrer. C'est une question d'accumulation. Chez certains, l'accumulation sera plus longue que d'autres. Mais n'importe qui peut à la fin ne plus savoir intégrer ces éléments et s'effondrer. Je pense, que les migrants ne sont pas plus vulnérables que les autres. Le fait qu'ils soient obligés de partir et tout laisser derrière eux, cela les met dans un climat de vulnérabilité. Le fait qu'ils tombent entre les mains de passeurs, des bandits, d'abuseurs, de violeurs, ils doivent se soumettre à toutes ces difficultés pour pouvoir venir en Belgique où ils ne sont pas spécialement les bienvenus. Tout cela entretient le traumatisme. Voilà.. vous êtes maintenant bien installés dans votre bureau, vous avez probablement derrière vous quelque chose d'assez solide. Mettez-vous sur les routes, avec des gens qui veulent votre peau. Vous êtes sans papier, soumis à des passeurs. Malheureusement, avec tout l'estime que je peux avoir pour vous, vous serez très vite confrontée à des situations de troubles psychiques. Je pense que les migrants ne sont pas plus fragiles que d'autres. Au contraire, ils sont plus courageux et résistants.

Enquêtrice: Vous avez rencontré pas mal de patient migrants, quelle serait la fréquence de patient atteint de PTSD?

MG4: Pas loin de 100%. Moi je ne vois pas les gens qui vont bien. Vu que je suis ethnopsychiatre, on songe à moins quand cela ne va plus. Les patients dont les infirmières, les psychologues, les médecins généralistes suffisent à la tâche, je ne les vois pas évidemment. On sait que je m'intéresse à ça.

Enquêtrice: Et comment est ce que vous faites pour diagnostiquer un PTSD?

MG4: Comme je suis amené souvent à faire des rapports pour le CGRA, je dois rester dans les critères communs compris pour eux, c'est à dire du DSM-5. C'est à dire quelqu'un qui a vécu une situation brutale: l'ayant conduit à être proche de la mort, avec risque de mort ou aux portes de la mort. Et devant lequel il s'est trouvé tout à fait démuni et impuissant. Qui fait qu'il a des symptômes d'hypervigilance post-traumatique, des reviviscences (un détail de la scène fait revivre toute la scène). Il peut avoir des mécanismes de défense comme l'occultation, l'oubli, les actes manqués, du repli sur soi, des comportements d'évitement, de la peur que sa revienne. On peut avoir des interfaces communes avec la dépression. Le patient peut avoir des symptômes de

dépression avec des envies suicidaires. J'ai réalisé une séance supervision à Liège avec une école qui forme des migrants à des métiers de manière à les intégrer. Les professeurs avaient demandé une séance de supervision psy car il y avait par exemple,.. Pour aller à Liège à ces cours il faut franchir 2 ponts sur la Sambre et sur la Meuse. Il y a une femme Camerounaise qui était terrorisée à passer ces ponts. C'est une interprétation qui était liée à ce qu'elle avait vécu mais aussi au culte de l'eau qu'il y a dans cette région d'Afrique avec le personnage de Mamou Ata. C'est un personnage aussi bien bénéfique que maléfique, qui peut vous emporter. Donc franchir une rivière aussi large, c'est vous exposer pleinement à la vengeance de Mamou Ata. Du coup, suivant ce que vous avez vécu, il est possible de développer des reviviscences traumatiques en pleine ville de Liège. Car dans la tête de la patiente on est associé à d'autres références culturelles.

Enquêtrice: J'ai remarqué qu'il y avait pas mal de patients qui présentaient des plaintes somatiques liés au PTSD. Est-ce que cela rend le diagnostic plus compliqué? Par exemple, des patientes avec des douleurs abdominales basses qui sont les symptômes somatiques d'un trouble psychique. Est-ce que c'est pour vous une difficulté en terme de diagnostic?

MG4: Non. Le corps s'exprime de plusieurs façons. Ce qui est de l'ordre de la parole, c'est un état de représentation élevé. Je peux parler de quelque chose, cela veut dire qu'il y a déjà eu tout un travail de métabolisation cérébrale: qui est passer du stade de la sensation, au stade de l'analyse, au stade de la représentation puis de la sélection du vocabulaire adéquat. Quand je peux parler d'un traumatisme, j'ai déjà fait un énorme travail. Parfois, le corps va s'exprimer dans des situations qu'il n'arrive pas à représenter. Il y a des situations qui sont innommables, que la société interdit d'exprimer ou soit même. C'est le cas des viols. De nouveau, je pense que c'est mal interprété. Quand la patiente a mal au ventre, il faut évidemment réfléchir si la patiente n'a pas ses règles, si elle n'est pas enceinte .. mais je me dis toujours ça c'est le côté organique des symptômes et j'ouvre toujours le volet symptomatique. Tiens, quel sens cela inclut que cette patiente ai mal à cet endroit là ? Je ne sais jamais quelle réponse je vais avoir, mais j'ouvre toujours ce volet là. Sans perdre ma rigueur organique, je la complète. On dirait que le corps parle par des maux de ventre et quand vous mettez votre main sur son ventre, la patiente met ses mains devant sa bouche comme si il y avait un danger. Comme ci elle avait peur que quelque chose qui n'est pas permis sorte. Je note ce que je vois, sans interprétation. Mais je garde toujours la possibilité que le corps parle.

Enquêtrice: D'accord.

MG4: Il y a aussi un mécanisme qu'il faut connaître. Ça c'est vraiment d'ordre des neurosciences. Le stockage des souvenirs passent par des phénomènes de compression de données. Les compressions de données c'est notamment l'hippocampe qui capte les souvenirs et les restituent. Lorsqu'on a des souvenirs, on a notamment des images associés à des émotions. Les émotions vont passés par le système limbique dont l'amygdale. Normalement il y a un certaine équilibre qui fait qu'on a une information mixte qui vient de l'hippocampe et de l'amygdale. Mais en cas de trauma, l'émotion peut être tellement forte qu'elle envahit l'amygdale et l'action de l'amygdale est tellement forte que l'hippocampe est écrasé. Le souvenir va être uniquement l'émotion sans image et sans mot. Vous avez des gens, on arrive à certains sujets.. Par exemple, « voila je suis parti du Mali, on

est monté dans un car, on a rencontré des militaires et là on a été arrêté », et la vous voyez la personne qui s'arrête de parler et qui s'effondre en pleurs. Elle se plie en deux, tombe par terre. Il n'y a pas un mot mais tout est là devant vous, il suffit de regarder. Elle s'exprime par son corps. Vous êtes en contact avec un souvenir extrêmement fort ou les émotions sont submergeantes. Le personnel du CGRA qui demande au patient migrant de raconter des détails de certaines histoires et que celui-ci fait une crise.. Il a de grande chance d'être débouté ! La personne devant ce patient ne comprend pas ce qu'il se passe.

Enquêtrice: Et comment est ce que vous traiter le PTSD chez vos patientes qui ont vécus des sévices?

MG4: Ce qui est bien, c'est que je ne suis pas tout seule. J'ai des collègues psychologues. Je suis le seul homme, alors que ce sont des femmes. Les psychologues travaillent beaucoup avec l'approche psycho-corporelle. Chaque patiente chez Woman Do à sa psychologue et c'est la psy qui me renvoie la patiente. Moi je peux compter sur elle et on a des supervisions en commun. Je vais avoir le sale boulot, en demandant au patient ce qu'ils ont vécus. Je les fait revivre, c'est la reviviscence. C'est le problème de l'anamnèse.. Je prends beaucoup de notes pour que ces patients n'ai pas à répéter. Je leur explique que si je veux comprendre ce qu'il s'est passé et vous aider dans cette procédure, je suis obligé de faire revivre ce traumatisme. Il n'y a pas d'autres moyens. En tant que psychiatre, on a parfois une certaine aura: « il va peut-être m'aider alors que les autres ne m'aident pas ». « Le psychologue ne peut pas prescrire mais lui peut prescrire ». Il y a une attente. Généralement la plainte majeure c'est l'insomnie. Souvent je prescris un Alprazolam 0,25 et un Dominal 80. Le problème c'est que le Dominal 80 est en rupture de stock. Le Risperdal ou la Quietapin ne marche pas de la même façon. Il y a des gens qui sont assumés par les neuroleptiques, du coup, si ils ont une tension qui le permet le Trazodone est possible aussi. Pour les femmes enceintes, je travaillerai avec le Sedistress 200 ou, en fonction du stade de la grossesse, un Atarax ou un Circadin. Evident c'est beaucoup plus faible.

Mon choix n°1 c'est Sertraline ou Escitalopram le matin et le soir Alprazolam et Dominal.

Il y a également la psychothérapie. Quelqu'un qui a vécu un trauma, c'est quelqu'un qui a été confronté à l'inhumanité. On la traité comme un objet. On lui a enlevé son identité, on lui a cassé toutes les valeurs et les références qui font qu'ils sont un être humain. Un cas extrêmement dure que j'ai entendu, c'était une femme d'origine Guinéenne, qui est remontée pour fuir une situation très compliquée. Elle a été mariée à un homme très âgé quand elle avait 14 ans. Elle est tombée amoureuse du fils de cet homme qui avait 14 ans aussi. Ils ont eu une relation. Au point, ou on ne savait pas si ses enfants étaient les petits-fils ou le père de son mari. C'est passé inaperçu jusqu'à la mort de son mari. Dans les gestes de soutien pendant l'enterrement, les gens ont compris. Il y avait un inceste dans la hiérarchie. La fille qui avait fait ça était considérée comme une sorcière. La première épouse du mari à aider cette fille à s'enfuir mais a donné instruction au passeur de la vendre comme esclave sexuelle. Cette femme est donc remontée avec les passeurs jusqu'en Lybie avec ses 2 enfants, s'est fait de nombreuses fois abusée sur le chemin. Elle s'est retrouvée en Lybie, emprisonnée avec 40 autres femmes. Ce sont des choses innommables, on ne peut même pas imaginer. Généralement dans ces prisons, on terrorise les prisonniers en faisant des exécutions publiques. Moi je suis face à une femme complètement démolie, complètement déshumanisée et pour qui la mort serait un soulagement. Il faut pouvoir reconnaître. En tant

qu'homme, je reconnais que je ne suis pas d'accord avec ce que d'autres hommes ont fait. Que je ne la vois pas comme ça. Tu insistes aussi que la culpabilité n'est pas chez eux mais chez les autres. Entendre d'un homme que la faute n'est pas chez elle, alors que culturellement en Afrique, si on se fait violé, c'est la faute de la femme, c'est qu'elle la chercher.

Entendre d'un homme que la faute, l'inhumanité dont elle a été confrontée: le mariage de force, les abus.. nommer toutes ces choses là permet d'aider à la reconstruction. Ensuite je laisse mes collègues psychologues travailler afin de sortir les souffrances avec les thérapies psycho-corporelles, ou des travaux en groupe d'éducation sexuelle, de danse,..Une femme c'est quelqu'un qui pense, qui a de l'amour, qui a de l'humeur, qui a accès à l'abstraction, qui a une religion, des valeurs,.. C'est ça un être humain. Il faut sortir d'un état d'objet et d'animalité auxquelles elles ont été confrontées. Mais on oublie jamais. On peut faire en sorte qu'on enjambe ces traumatismes, qu'on les déplace. Il y a des études qui ont montré que les survivants de la guerre de Crimée, se réveillent encore à 85 ans avec des cauchemars de ce qu'ils avaient vécu.

Enquêtrice: Donc vous travaillez avec l'ASBL Woman Do. Travaillez-vous avec d'autres ASBL?

MG4: Le GAMS, le groupement d'aide aux mutilations sexuelles. On leur renvoi des patients. C'est des gens très chouettes et très compétents, qui organisent des choses très pratico-pratiques comme des réseaux de gynécologues qui stadifient les lésions génitales. Ce rapport est fondamentale pour les demandes d'asiles. Il y a également Constat, pour les personnes qui ont subis des tortures.

7.5 Interview du cinquième médecin (MG5) - via TEAMS

MG5: Premièrement j'aimerais clarifié quelque chose. Le but de Constat est de tenter de les aider dans leurs procédures, car le rapport qu'on va établir va leur servir de preuve comme quoi ils ont été torturé. Donc on ne fait pas de suivi thérapeutique de ces personnes.

Enquêtrice: Du coup, vous faites juste une expertise médicale?

MG5: On fait quand même un petit peu plus que ça, quand on les reçoit on s'assure d'abord qu'ils sont bien encadrés notamment d'un point de vue psychologique et médical. Parce que parfois on tombe sur des personnes qui sont tellement traumatisées, qui ne savent pas répondre à nos questions. On se rend compte qu'ils n'ont pas été soignés, dans ce cas là, on va les référer pour qu'ils se fassent soigner. On a quand même notre oeil de médecin généraliste, ce n'est pas purement une expertise. C'est vrai quand même que ces expertises sont thérapeutiques en soit car ces gens nous racontent des choses qu'ils ont vécu absolument atroces, qu'ils n'ont parfois osé raconter ça à personne. A la fin, en générale, ils disent qu'ils se sentent soulagés. Donc ça a un côté thérapeutique si tu veux. Mais le but premier de l'ASBL, ce n'est pas ça. Mais là je vois que ce qui t'intéresse c'est de savoir, en tant, que médecin traitant, si on a des gens qui sont atteints de PTSD, comment les référer et les prendre en charge. Nous on a un réseau de psychologues, chez qui on réfère.

Enquêtrice: Mais comment ou est-ce que vous référez ces patients, car ce n'est pas en charge généralement dans l'AMU cette aide psychologique?

MG5: Ces gens là sont pris en charge par Fedasil, la Croix-Rouge, .. On les adresse aussi à des centres de santé mentale, si c'est des gens sans-papiers, sans AMU, sans rien, ils vont faire la gratuité car c'est des centres subsidiés. Par exemple, le centre de santé mentale Ulysse, Exil, Tabane à Liège,.. On connaît aussi des centres à Namur. Moi je suis très habituée à les diagnostiquer, j'ai un réseau pour les référer, dans cette pratique là. La pratique de Constat. Par contre dans ce qui est la médecine générale, c'est autre chose. Là je peux répondre à tes questions aussi, mais ce ne sera pas la même chose.

Enquêtrice: Oui, j'aimerais que vous me parliez de votre expérience en tant que médecin généraliste.

MG5: Ok, mon expérience c'est 35 ans. Mon type de pratique c'est maison médicale. Le type de patientèle c'est défavorisée. Pourcentage de migrant, c'est vraiment beaucoup.. Je ne sais pas te dire. 70% au moins. Est ce que je travaille pour une association, oui, Constat. Formation supplémentaire.. tu veux dire pour Constat?

Enquêtrice: Oui, en tant que dans la prise en charge du migrant.

MG5: Pour Constat, c'est sur le tas. A l'époque, quand j'ai commencé à me former, c'était il y a très longtemps, 25 ans je crois. On faisait une ou deux expertises avec un autre médecin, puis on se lançait. Maintenant à Constat, on a une petite formation théorique qu'on donne aux nouveaux médecins et ensuite ils nous accompagnent au nombre d'expertise qu'ils veulent avant de se lancer. Et puis on a aussi des interventions entre nous et des réunions à thème. Par contre en terme de médecin généraliste, j'ai fait aussi Balint pendant 2 ou 3 ans. J'ai fait la formation toxico. Sinon plutôt planning familiale et ONE. Médecine générale classe, médecine de famille dans un quartier défavorisé.

Enquêtrice: Et au niveau de stress post-traumatique, comme vous me le dites bien, il y a 2 types de patients, ceux que vous voyez dans le cadre de Constat et ceux que vous voyez en médecine générale. En médecine générale, quel serait le pourcentage de patient que vous voyez en PTSD?

MG5: On peut pas dire que c'est énorme, j'ai essayé de réfléchir et j'ai 3-4 cas en tête. Quand tu veux parler de migrant, est ce que tu peux dire que c'est des personnes d'origines étrangères? Car j'ai un exemple de femme espagnole, mais elle est née en Belgique.

Enquêtrice: Moi je veux parler surtout des personnes demandeuses d'asiles ou des personnes en situation illégales sur notre territoire qui ont recours à l'AMU. Pas vraiment les réfugiés.

MG5: Des demandeurs d'asiles en médecine générale, on en a quasiment pas. Contrairement à Constat, on a que ça. Des personnes sans-papiers sur le pays, on en a. Maintenant, quand je réfléchis, des personnes en état de stress post-traumatique sans papiers, j'en vois 3-4-5 c'est tout.

Enquêtrice: Et comment vous les prenez en charge?

MG5: Je les réfère, euh.. D'abord je les prends en charge en discutant avec eux. Je leurs prescrit des médicaments comme des antidépresseurs, du trazolan pour les aider à dormir. Si ça passe pas, j'essaye de trouver un psy. Par exemple, l'EMDR, c'est quelque chose qui marche bien dans ce cas là, si c'est pris fort à temps. Malheureusement il n'y a que 1 centre que je connaisse c'est *psycho Etterbeek* qui ne fasse ça à des prix démocratiques. Sinon.. on essaye de trouver dans des centres de santé mentale pour pouvoir les référer. Fin ça dépend de leurs moyens financiers. Mais ce n'est pas terrible ce qui est proposé, en dehors spécifiquement dont je t'ai parlé. Même si il existe des centres spécialisés là dedans. Si c'est les patients de mon cabinet, ce ne sera pas évident dû aux problèmes de moyen..

Enquêtrice: Du coup, ça serait plutôt le centre Ulysse et Exil,..

MG5: Pour ces centres là il faut que les patients soient en procédures. Une fois que les patients ont leurs papiers, bais.. Ils demandent qu'ils trouvent un psy à l'extérieur, car sinon ils ne pourront pas en avoir des nouveaux. Moi j'essaye de me débrouiller, avec le réseau que je connais. Maintenant on a un peu plus de facilité avec les séances de psy remboursée qu'on peut prescrire, mais ce n'est pas évident. Et donc aussi, on essaye de prendre en charge nous même en parlant, en discutant, en prescrivant des médicaments de faire une première prise en charge.

Enquêtrice: J'enchaîne sur la communication, est-ce que vous avez des techniques ou des mots pour aider les personnes à délier leurs langues, à comprendre ce qu'ils ont vécu comme traumatisme?

MG5: Ça va s'adapter à la personne que j'aurai devant moi. Je n'ai pas de recette toute faites. Je vais essayer d'expliquer avec un Language qui s'adapte à la personne que c'est normal ce qu'elle ressent après ce qu'elle a vécu, que ça se soigne et comment ça se soigne. Cela fait déjà du bien, pour une personne qui ne comprend pas ce qui lui arrive: « Ce que vous ressentez, qui vous paraît tout à fait bizarre, c'est normal ». C'est un mécanisme de défense d'éviter toute ce qui nous rappelle des mauvais souvenirs, de se mettre une carapace, d'être dissocié.

Enquêtrice: Et vous n'avez pas parfois des difficultés, d'en parler avec ces patients, car cela peut créer un feedback, une remémoration du traumatisme?

MG5: Mais ça j'ai l'habitude avec Constat. Je les préviens, quand ils viennent chez moi pour faire leurs expertises, la première chose que je leurs explique c'est qu'ils vont être retraumatisé et que ils sont vraiment libres. Parce que c'est une position bizarre, je les retraumatise pour les aider. C'est même pas pour les soigner, c'est pour les aider dans leurs procédures. Ce que je vais leurs demander de faire c'est un exercice horrible de me raconter dans les détails toutes les tortures qu'ils ont subis. Donc je les préviens directement de ce que ça va engendrer chez eux, qu'ils doivent me dire si ça va pas, qu'ils doivent me dire tout ce qu'ils ressent, qu'on est pas obligé et qu'on peut aller très lentement si ils le désirent. Je les préviens, je leur explique.

Enquêtrice: En terme de diagnostique, vous avez l'habitude, j'imagine que vous utilisez tout ce qui est critère du DSM.

MG5: C'est ça, oui, je ne fais pas de test. Je connais les symptômes.

Enquêtrice: Est-ce que parfois, certains symptômes somatiques, par exemple, des maux de ventres vous font penser au PTSD?

MG5: Oui, c'est vrai que quand on a quelqu'un qui vient au départ pour des trucs somatiques et qu'on ne trouve jamais rien, on pense toujours à une femme battue, à quelqu'un qui a été traumatisé d'une quelconque manière. Ça met la puce à l'oreille de voir quelqu'un qui revient sans cesse alors qu'on ne trouve jamais rien au point de vue somatique.

Enquêtrice: Pour vous, ça rend peut-être le diagnostique difficile..?

MG5: Non, ce n'est pas difficile, on a l'habitude de ça aussi. Au début, on va essayer de traiter la plainte, de faire le diagnostic. Assez vite, on va se rendre compte que la plainte ce n'est pas celle-là. Quelle en cache une autre. Parfois il faut beaucoup de temps pour que la personne parvienne à expliquer ce qu'elle vit et il faut lui laisser du temps. Je crois que ça fait partie de notre métier. Car on a la chance de voir les gens souvent et on a la chance qu'ils puissent venir nous voir pour des prétextes. « j'ai un rhume », « j'ai mal de tête ». Alors qu'en fait, ce n'est pas la même démarche que d'aller chez un psy. C'est une chance qu'ils puissent venir chez nous, pour finalement aboutir à aller chez un psy, au final. Quand on a compris ce qu'il passait. Je ne dirais pas que c'est une difficulté, je dirais que c'est plutôt une richesse de notre métier.

Enquêtrice: D'accord.. Non c'est vrai, vous avez raison. Et pour vous quelles sont les compétences en tant que médecin généraliste pour bien prendre en charge ces patients?

MG5: Ca je pense que c'est vraiment en fonction de la personne, du médecin, il y a des médecins qui sont très à l'aise avec la dermato, d'autres avec la psy, c'est individuel quoi. Tous les médecins ne sont pas à l'aise avec ça. Ce qui est important c'est que ceux qui ne sont pas à l'aise, doivent avoir alors très rapidement les moyens de référer. Et ça c'est moins facile, car chez les personnes défavorisées, c'est plus difficile.

Enquêtrice: Tout à fait, je constate que le réseau de santé mentale est complètement surchargé pour le moment.

MG5: Oui, c'est horrible pour le moment. Si tu ne connais pas des noms, euh.. C'est des listes d'attentes énormes.

Enquêtrice: En terme de formation, est ce qu'on est suffisamment formés en sortant de l'unif pour prendre en charge ces patients?

MG5: Ecoute, moi je ne sais pas répondre car j'ai été formée il y a longtemps. Mais d'après ce que disent les assistants, euh.. j'ai l'impression que c'est mieux qu'avant car il y a des modules qui se mettent en place. Notamment, sur les maltraitances/violences conjugales. Je pense que c'est mieux qu'avant mais c'est probablement insuffisant.

Enquêtrice: Peut-être en terme d'autres organismes.. je ne sais pas si vous travaillez avec d'autres organismes que Constat..?

MG5: Oui, *Exil*, *Ulysse*, le *GAMS*, le centre de santé mentale de Molenbeek qui s'appelle *D'ici et D'ailleurs*, euh.. Y'en a d'autres que j'oublie. Il y a *Le Méridien*, il y a aussi *Primavera* à Jette.. Il y a aussi les équipes mobiles comme *Tandem*. Mais ça reste insuffisant. Dans les hôpitaux, j'aime pas trop référer car les psychiatres, se sont des assistants et en fait ils changent. Au bout d'un an ils ne sont plus là, du coup les patients, ne peuvent pas être suivis par la même personne et ça c'est embêtant.

Enquêtrice: Ok.. car il y a Brugmann qui a un service d'ethnopsychiatrie.

MG5: Ah bon.. Je suis étonnée. C'est *D'ici et D'ailleurs*, qui ont lancé l'ethnopsychiatrie et le Dr Woitchik, il y a 25-30 ans. C'est un petit peu tombé en désuétude l'ethno, moi j'ai assisté à ces consultations, ça durait 2h et il y avait beaucoup d'intervenants. C'est devenu quasi impossible de faire ça car il y a une telle demande et les centres de santé mentale sont tellement débordés qu'ils n'ont plus le temps de faire des séances d'ethnopsy comme avant. C'est dommage, car ça c'était super chouette.

Enquêtrice: Bah évidemment si ça dure 2h30..

MG5: Oui, c'était des consultations qui duraient un temps fou, il y avait parfois 5 intervenants, et la famille.. C'est pas possible hein. Peut-être qu'à Brugmann ils le refont.

Enquêtrice. On peut enchaîner sur les difficultés, commençons par les difficultés en terme de communication. Comment est-ce que vous palier à ce problème?

MG5: Chez Constat on a recours aux interprètes. Au cabinet médicale, on se débrouille, on trouve toujours quelqu'un de la famille..

Enquêtrice: Et avec les personnes de la famille, est ce que les patients sont à l'aise de discuter de problèmes potentiellement psychologiques.

MG5: Bah oui ça pose un problème, ce n'est pas toujours facile, on essaye de se débrouiller mais les interprètes euh.. comme on est pas une structure.. Constat a droit aux interprètes, on a un numéro Setis, etc.. Mais en tant que médecin généraliste c'est beaucoup moins facile et oui, ce n'est pas l'idéale c'est sûre.

Enquêtrice: En terme de démarche administratives, pour les personnes que vous voyez qui n'ont de droit en Belgique, est ce que vous avez des difficultés pour les prendre en charge.

MG5: Le CPAS de Molenbeek est assez bien pour ça. Pour prendre en charge les AMU tu dois juste faire une demande de carte médicale. Sinon c'est assez facile, c'est un peu CPAS.

Enquêtrice: Est-ce que l'accès au soins est suffisant?

MG5: Oui, c'est déjà pas mal, ils ont accès à tout le réseau Iris. Par rapport au psy, évidemment ça c'est plus difficile, ils ont accès au centre de santé mentale de Molenbeek et pour le reste, non. Donc effectivement, là il y a un problème pour les AMU.

Enquêtrice: Donc ma dernière question, en terme d'améliorations globale de prise en charge du migrant en état de stress post-traumatique, qu'est ce que vous conseillez?

MG5: En terme d'amélioration globale, développer des consultations sans prix, subsidiées, car c'est clair qu'il n'y en a pas suffisamment.

Enquêtrice: Tout, a fait.. Que pensez-vous de créer un centre pour cette pathologie spécifique, plus accessible sur Bruxelles?

MG5: Je sais pas si il faut créer plusieurs centres dans une même commune plutôt qu'en avoir qu'un seul ou aider celui qui existe. Par exemple, pour avoir un psychiatre c'est beaucoup trop difficile..

Enquêtrice: Merci, on a fini.

7.6 Interview du sixième médecin (MG6) et septième médecin (MG7)

Pour rappel, la question de recherche de ce travail de fin d'étude s'intitule « Quelle est l'expérience des médecins généralistes sur la prise en charge de l'état de stress post-traumatique chez le migrant? ». Pourquoi cette question: parce que j'ai travaillé il y a 2 ans au centre Fedasil à Rixensart. Cette année, je suis bénévole chez Médecins du Monde au SAMU Social d'Evere. Durant ces consultations, je suis souvent face à des migrants en état de stress post-traumatique et je suis un peu démunie. Voilà d'où vient ma question de recherche. Pour commencer, depuis combien de temps êtes-vous médecins généralistes?

MG6: J'ai été diplômée en 1988. J'ai commencé par un an de médecine interne en hôpital dans le cadre de ma formation en tant que médecin généraliste. Puis j'ai fait un an de soins à domicile, plus palliatif avec des patients VIH et patients cancéreux pour l'ASBL Arémis. Je suis ensuite rentrée à Saint-Luc dans une équipe hospitalière qui faisait du soin et des projets de préventions et d'intégrations pendant 13 ans. En parallèle, j'ai commencé à travailler au centre Exil en 2000. J'ai ensuite quitté Saint-Luc pour aller à Saint-Pierre où la je faisais du curatif, des dépistages, du programmes de prévention et d'intégration. Ensuite j'ai quitté et actuellement, je fais de la médecine scolaire et je donne cours dans une haute école pour des assistantes sociales et je continue ici. J'ai également co-fondé l'ASBL « SOS Inceste » en 1989, qui est une association qui prend en charge des

adultes qui ont vécus des abus durant leurs enfances. Là, j'étais bénévolement sur le terrain puis au niveau de l'assemblée générale.

Enquêtrice: Et vous? (Regardant MG7) Comme ça on pose les mêmes questions.

MG7: Moi c'est un peu plus en externe. Je n'ai jamais fait d'hôpital. Depuis le début, je travaille dans 3 endroits différents: ici, dans un petit groupe médical à Molenbeek et dans un planning familial à Woluwé-Saint-Lambert.

Enquêtrice: Du coup, est ce que c'est possible de me décrire ce que fait Exil?

MG7: Cette association a été fondée par les chiliens, au moment du coup d'état du Chili. Ils ont fondé la même chose que maintenant mais qui s'appelait le COLAT (collectif latino-américain de travail psycho-social). C'était tous des médecins, des psy, des assistants sociaux qui ont fait ça ensemble. Il y avait des consultations mais surtout beaucoup d'activité communautaire. Et on a en fait toujours gardé cette philosophie mais en 1988, c'est devenu le centre Exil car cela a explosé dans le monde. Il y a eu pleins de conflits politiques et pleins de réfugiés. Donc on a décidé de s'appeler avec un nom plus ouvert sur les nationalités. On continue un peu avec cette approche. On travaille fort en équipe, on a d'ailleurs des réunions d'équipes toutes les semaines.

MG6: Et quand même avec une particularité, des centres de santé mentaux qui prennent en charge des réfugiés, c'est qu'il y a toujours eu des médecins généralistes. C'est un peu unique d'avoir des médecins généralistes à côté des psychiatres. Donc maintenant c'est: psychologue, psychiatre, médecin généraliste, de l'art-thérapie, de la fasciathérapie, .. Il y a maintenant une attention plus importante sur le psycho-corporel. Et c'est vrai que moi, ce qui me frappait, c'était les activités communautaires. Qui étaient plus marqués dans le groupe enfant-famille-jeune que dans le groupe adulte dont nous faisons partie, mais il y a toujours eu cette approche communautaire. C'est vrai qu'au niveau des certificats circonstanciés, comme ce que fait Constat, on est ici moins enclin à en faire.. A l'époque, il y avait des gros budgets de l'ONU, puis il y avait la formation de Constat, du coup il y avait cet aspect là.. Par contre, on fait beaucoup de réquisitoires, de 9ter, de demande d'AMU,.. on est plongé très fort dans tout ça. Avec l'aide des assistants sociaux, jamais de juriste, ce qui aurait été une bonne chose. Voilà, pour en revenir à ce que vous disiez sur le stress post-traumatique, moi ce qui me frappait en réfléchissant à votre questionnaire. Le modèle, c'est qu'on reçoit une demande réalisée par téléphone puis on réalise un petit protocole. Est-ce que c'est un envoyeur ou une personne qui envoie directement? En général, c'est l'envoyeur. Puis on analyse en équipe la demande, puis on va accueillir et là on est tous interchangeables, AS, médecin généralistes,.. Et on reçoit la personne. Généralement on le faisait à 2 + interprètes, cela faisait 4 personnes. Avec le covid, on est passé à une personne. Le patient, une personne et l'interprète par téléphone ou sur WhatsApp. L'idée c'est recevoir la personne avec un interprète et 2 intervenants. On a aussi co-crée une fiche d'accueil, de premier entretien. A partir de là, on essaye de voir une série de choses avec le patient, en allant pas trop dans les détails. Puis on discute en équipe de ce qu'on va proposer au patient. Et on revient vers le patient avec l'idée de ce qu'on a comme projet pour lui, à savoir, commencer par le psy, le fasciathérapeute.. Fin souvent c'est le psy. Après ça, tous ces cas on les discute en équipe avec ce qu'on appelle le « suivi ». Dans ce cas là, on essaye de voir les 2 personnes qui s'occupent du

patient. Parfois on se réunit en équipe si il y a des problèmes d'éthiques ou si c'est plus compliqué, ou si on a besoin d'éclaircissement d'autres membres de l'équipe car chacun à son réseau. MG7 à son réseau, moi j'ai mon ancien réseau VIG/infectio.. On essaye de mettre tout ça ensemble. Et alors,.. le stress post-traumatique voilà,.. c'est quelque chose qui est déjà souvent là lors du premier entretien d'accueil, ou même lors du premier coup de téléphone. Il y a souvent la question: « Est-ce que ce patient est psychotique ou est-il vraiment stressé? Ou est-t 'il stressé mais aliéné par les procédures d'accueils. Moi je dirais qu'il y a 3 catégories: il y a le patient qui est vraiment psychotique. Il y a le patient qui est tellement stressé post-traumatiquement qu'il se comporte comme si, comme ça, avec les structures d'accueils qui rapportent des comportements inquiétants, agressifs, .. Et puis il y a, évidemment, ce que vont moins nous dire les structures d'asiles mais que va soumettre le patient, c'est son aliénation, non seulement à l'accueil mais aux procédures aliénantes d'atteintes depuis 3 ans. D'être dans la même chambre que machin, d'avoir changé d'endroits,.. Le véritable stress post-traumatique ou la psychose, on l'aura un peu après. Parfois ça s'éclaire déjà lors de l'accueil, un patient réputé psychotique, se révèle en fait juste réagissant à un contexte impossible. On fait parfois 2 consultations d'accueil, quand on ne comprend pas très bien ou qu'on a besoin de continuer à analyser la demande. Voilà, c'est ce qui me venait quand vous me parliez de ça. C'est évidemment l'étiquette. Et puis par la suite, c'est évidemment les pys qui vont travailler cet aspect là, et nous l'aspect somatique. Pour autant qu'on puisse s'en occuper. Car nous, on a une position très bizarre.. En tant que médecin, on est des espèces de cas un peu bizarre car les structures d'asiles ont déjà des médecins généralistes et voient d'un mauvais oeil qu'il y ai des médecins généralistes ici. Fedasil payent déjà des gens, du coup, ils n'ont pas envie de payer pour nos consults. On est accepté maintenant car on fait de l'accueil. Mais on va parfois alors donner un regard, émettre un focus sur le somatique et soit on s'en charge nous même si il n'y a pas de médecin, soit on reviendra vers le médecin de chez Fedasil pour poser des questions, mais on marche sur des oeufs, ou des aiguilles même.. Donc le somatique, fin le psycho-somatiques,... ça à un peu changer depuis la présence du psychiatre. Car on initiait plus des traitements psychotropes que maintenant c'est plutôt le psychiatre après avoir discuté avec le psychologue. Notre place à un peu changer depuis que les psychiatres sont plus là. Qu'est ce que tu en penses?

MG7: Oui tout à fait, et je dirais même que les psychologues ne nous font pas trop confiance sur la prescription des anti-dépresseurs. J'avais se ressentit que les psychologues ne nous font pas beaucoup confiance sur la prescription des anti-dépresseurs alors que c'est quand même notre formation.

MG6: Faut quand même dire qu'on aime pas trop les médicaments ici.. On a les psychologues, qui ont leurs formations de systémiciens. Quand il y a une légitimité psychiatrique, ils sont plus enclin à accepter le médicament mais quand même, c'est pas facile.. La fasciathérapeute qui n'aime pas du tout les médicaments. Et même moi, je comprends l'approche psycho-corporelle. Il y a quand même eu des changements, car la psychiatre qui travaille avec nous, qui a toute sa légitimité car elle est ancienne dans le réseau, c'est une sage.. A lancé des séminaires intra-exil, lors duquel on parlait des médicaments et des syndromes psychiatriques. Elle a tenté de standardisé les syndromes psychiatriques.. Nous, en tant que médecin généraliste, on ne s'occupe pas trop des diagnostics. Si un patient a des symptômes psychotiques ou est psychotique, on en parle, mais ce

n'est pas vraiment la tasse de thé des gens qui sont dans la systémique. Mais avec l'arrivée de la psychiatre, ces patients sont diagnostiqués avec des critères comme le DSM-5. Elle nous a amené les catégories internationales. Les psychologues sont venus écouter et donc grâce au psychiatrique, le médicament commence à retrouver sa place.. Vous imaginez notre position (haha). Nous on vogue.. et d'un côté ça nous arrange bien parce que moi les classifications m'ont toujours parus extrêmement arbitraires et je ne sais pas vraiment si, au niveau clinique, et dans ma relation avec le patient ça intervient tant que ça. Très probablement non. Mais parfois, on voudrait que ça corresponde plus à ce qui est communément admis et ce qu'on lit dans la littérature.

Enquêtrice: Peut-être en terme de diagnostic, vu que vous n'utilisez pas trop les classifications du DSM, comment diagnostiquez-vous l'état de stress post-traumatique ?

MG6: Assez rapidement, il y a un consensus, avec tous les éléments qu'on a entendu. Et on est bien obligé de les détailler pour aider la réalisation des attestations faites par les psychiatres et par les psychologues. Car les psychologues doivent quand même déterminer leurs prises en charge par rapport à un diagnostic connu d'autorité subsistantes ou pour permettre à la personne d'avoir un statut. C'est assez rapidement posé.

MG7: Quelqu'un qui a des problèmes de sommeil, de concentration, d'irritabilité, d'évitement des situations qui leur rappellent le traumatisme,.. Vous me demandiez un pourcentage. Chez nous c'est presque 80%.

MG6: Des dissociations.. Les fameuses voix que les gens attendent. On est très prudent avec ça, surtout qu'il y a des aspects culturelles. C'est quoi une voix: c'est la voix supérieure, la voix des ancêtres, .. Parmi les primo-patients, massivement, ils sont atteints de ce syndrome.

Enquêtrice: Vous diriez que les personnes migrantes sont plus atteintes de syndrome post-traumatique?

MG6: Ceux qu'on voit. Parce nous, on nous les envoie. On a parfois des patients qui nous font la demande. Je pense à ce gamin de 18 ans qui avait tapé sur internet et qu'il s'était rendu compte qu'il avait des problèmes de santé mentale et qu'il avait fait lui-même la démarche. Je pense que c'était un afghan qui avait fait une traversée épouvantable avec une femme enceinte sur le dos. Et qui avait analysé son cas lui-même et avait fait la demande. En général les centres de demandes d'asile nous envoient les patients qu'ils n'arrivent pas à gérer tout seuls.

Enquêtrice: Ce qui m'interpelle dans ce que vous m'avez dit tout à l'heure, c'est que vous me parlez d'assistante sociale ou d'infirmière qui vous renvoie les patients mais jamais de médecin généraliste?

MG6: Vous me parlez de médecin généraliste de ville?

Enquêtrice: Pas spécialement, les médecins généralistes de ville qui acceptent l'AMU ou le médecin généraliste du centre Fedasil.

MG6: La plupart du temps c'est les assistantes sociales et l'infirmière qui nous renvoie les patients. Le médecin n'est pas beaucoup là ou n'est pas disponible. C'est l'infirmière qui fait part, ce que le médecin parfois à constaté mais on se rend compte que c'est souvent à la demande du médecin. Quand on essaye de revenir vers le médecin, il y a des centres où il n'y a pas de problèmes ou d'autres qui font un petit barrage. Qui disent que : « Non, secret médical » alors qu'on est médecin .. Par contre, là où a des contacts avec le médecin traitant, c'est lorsque le patient est depuis plus longtemps dans le circuit : son réfugié reconnu et donc son pris en charge par une maison médicale et parfois par une psychologue. Dans ce cas là, déontologiquement, on revient vers le médecin pour faire part de la prise en charge.

MG7: Par rapport à la vulnérabilité, moi je pense que oui. Il y a d'abord tout ce qu'ils ont vécu au pays, le parcours d'asile. Ici, ils perdent tous leurs repères, ils sont tout seuls. Ils sont hébergés dans des chambres multi-peuplées,...

MG6: L'attente. Les années qui passent.

MG7: Les troubles de la concentration, les flash-backs, lorsqu'ils vont au cours ils n'arrivent pas à s'accrocher. Donc ils ruminent.

MG6: Les personnes les plus révoltées, les plus agressifs de manière générale, c'est les palestiniens. Les jeunes hommes palestiniens. Aussi, parce que ça fait 4 ans que d'autres palestiniens attendaient alors que d'autres nationalités étaient pris plus tôt. Ils.. casseraient la baraque. Ils ne comprennent pas pourquoi ils n'ont pas de nouvelle du CGRA, pourquoi pas nous et bien les autres, ... Ils sont sans demande de voir un centre de santé mentale. Parfois, on ne fait que dire: « on va essayer que l'attente soit la moins difficile possible et faire en sorte que vous ne perdiez pas les plombs, que vous ne vous fassiez pas trop de mal ».

MG7: Hier, il y en a un qui a dit à la psychologue que quand il aura le statut de réfugié, il portera plainte contre l'Etat car cela faisait 5 ans qu'il attendait.

Enquêtrice: C'est vrai que lorsque je travaillais chez Fedasil, c'était avec les hommes palestiniens qu'on avait le plus de difficulté d'agressivité et de rébellion.. En terme de prise en charge, vous disiez que vous ne prescriviez pas trop de médicament. C'est plutôt le psychiatre qui s'en occupe. Si vous pouviez, résumez votre prise en charge, ce serait.. ?

MG7: On s'occupe beaucoup d'orienter: si le patient est trop loin, on s'occupe de lui trouver un centre de santé mentale plus proche. Si il ne parle pas la langue, on essaye de trouver un interprète ou un psychologue parlant la langue. Il y en a qui sont envoyés par leurs avocats, ils viennent juste pour une attestation stipulant qu'il sont traumatisés et qu'ils sont pris en charge dans le centre. On ne leur donne pas évidemment si ce n'est pas le cas..

MG6: Moi, ce que je trouve frappant, c'est qu'on voyait parfois des patients qui étaient passés par de nombreux centres d'accueil, pas spécialement des primo-arrivants. On les aidait à reconstituer leurs dossiers médicaux: d'aller rechercher dans tous les centres Fedasil, Croix-Rouge, ou dans tous les hôpitaux. Je trouvais

important de leur restituer leurs dossiers, car ils avaient parfois vécus les prises en charges sans avoir vraiment compris, .. Il y a des choses qui ne sont pas digérées. Je trouvais que c'était un des rôles du médecin: non seulement pour moi, pour bien travailler et ne pas refaire un examen déjà effectué mais aussi pour leurs expliquer tout ce qu'on avait fait, à tout ce qu'on avait penser car nous, on travaille avec des interprètes.

MG7: Ça fait partie de l'identité de mieux comprendre par quoi ils sont passés au niveau médicale.

MG6: Ça permet parfois de dire, qu'il y a eu pleins de symptômes au niveau psycho-somatique et puis lorsque les choses vont mieux, vont disparaître. C'est une manière de clôturer. De passer d'un état de malade à la santé.

Enquêtrice: Et d'ailleurs pour vous, toutes ces plaintes somatiques, est-ce que ça serait une barrière au diagnostic de l'état de stress post-traumatique? Ou justement ça vous fait TILT?

MG7: C'est vrai que dès qu'on entend maux de tête, on pense vite au PTSD.

MG6: Ceci dit, il y en a qu'on envoie faire une imagerie cérébrale. Car il y en a qui sont taxés de ceci ou cela mais ils ont peut-être quelque chose dans la tête.

MG7: D'ailleurs aussi, nous les patients alcooliques on les reçoit pas. On dit d'abord au centre d'accueil qu'ils doivent être sevrés.

MG6: Oui, les double diagnostic ils doivent bien être stabilisés: toxicos, ..

Enquêtrice: La question qu'on a pas faite pour le PTSD: quels sont les connaissances médicales nécessaire à une bonne prise en charge, est ce que vous pensez qu'on est suffisamment formé?

MG6: Non.. fin allez savoir, moi je suis sortie en 88. Je pense avoir tout appris ici. Dans mes études de médecine .. Pourtant j'allais à tous les cours à option en terme de psycho-médicale. Par contre je trouve, que à la fois c'est spécifique, à la fois ce n'est pas tant que ça. On est pas des spécialistes de ce syndrome là. On accompagne des patients qui vont vivre ce syndrome et malheureusement parfois longtemps en fonction de la façon dont on les accueille. Moi je suis souvent frappée, par des collègues qui disent que ce n'est pas leur spécialité. Mais au final.. personne n'est vraiment un spécialiste. Tout le monde est susceptible dans son coin, de créer un réseau, de se former, de se superviser. Car on renvoie à des gens à des psychiatres qui ne sont pas spécialement spécialisé dans la prise en charge du migrant.

MG7: C'est plus l'expérience qui joue..

MG6: C'est la volonté de se dire qu'on ne connaît pas vraiment, mais qu'on va s'y mettre. Je pense à des personnes qui en sont pas réputées sur ces questions là. Des médecins qui travaillent sur les communes de Molenbeek, Anderlecht.. Moi je dirais bien qu'ils sont spécialistes même si il ne le savent pas car ils ont une telle façon de parler des patients, une telle compréhension du fait qu'il faut travailler avec des avocats, des

interprètes, qu'il y a des obstacles culturels que moi je leur mettrai bien l'étiquette de spécialiste. Ils font un travail globale et prudent. Je trouve qu'on apprend à être prudent car poser un diagnostic: il est psychotique, il est dangereux,.. Je pense à un jeune qui a pris un bateau à l'âge de 11 ans, qui s'est retrouvé à Malte puis en Italie,.. On l'a chaque fois hospitalisé en psychiatre ce gamin. Il arrive en Belgique après 4 ans. Il faisait un peu peur à tout le monde, il n'avait plus confiance en personne, ne savait pas ce qu'il faisait ici. On m'avait même dit de faire attention, de ne pas être seule avec lui. Moi je n'avais pas de crainte, mais on se trompe parfois.. Le fait de s'être senti accueilli et de voir que pour un certain nombre de choses on pouvait l'aider, il ne restait plus du tout cette agressivité qui inquiétait tout le monde. C'est peut-être ça être spécialiste, d'être prudent avant de me prononcer face à un diagnostic et face à la prise en charge. Parce que c'est souvent le fait d'accueillir. Pour ça, on y est sûrement pas sensibilisé dans les études de médecine. Le fait qu'il y ait un téléphone qui réponde. Le temps qu'on prend. Ici on est pas du tout rentable. La plupart des médecins, surtout les spécialistes, sont aujourd'hui devant leur écran, ne regarde plus le patient voire ne l'ausculte plus. Moi j'explique ce que le médecin a écrit dans son rapport, on prend le temps, on est avec l'interprète, ou oufff, on est pas dans la cadence. Et le fait qu'on prenne un temps, inhabituellement long, pour l'accueil et avec un interprète. Si on parle de spécialisation, ça serait déjà énorme. Et d'être ouvert.

Enquêtrice: Du coup, on a bien parlé des qualités du soignant, est-ce qu'on vous en voyez d'autres?

MG6: Bah.. il faut soigner le soignant. Nous les médecins généralistes, on a pas le droit à des supervisions. On se soigne durant nos réunions d'équipe. Mais le fameux temps d'attente qui rend fou, ça a également un impact sur nous aussi. Parce qu'on est face à une impuissance du fait qu'on doit un peu expliquer l'inexplicable comme le fait que ça dure 5 ans. Moi ce qui m'a aidé, c'est le fait de m'être engagé politiquement dans la Ligue des Droits Humains et ça me soigne. Le fait d'être dans une dynamique plus active..

MG7: Aussi bien connaître le réseau de santé mentale. Je sais qu'il y a aussi *Ulysse, d'ici et d'ailleurs, le Méridien, Rivage*. Au niveau administratif, tu peux aller voir aussi sur le site *MediMigrant*, eux ils connaissent tout sur les attestations. *Siréas*, ça c'est un service sociale pour les migrants, ils sont très spécialisés, ils ont un service de juriste bénévole. Le *service sociale protestant*, qui est très orienté migrant..

Enquêtrice: On peut embrayer sur les difficultés dont vous faites face avec ces patients; peut-être en terme de communication. Comment faites-vous? Avez- vous des interprètes qui travaillent ici ou est-ce que vous avez recours à un service d'interprétariat?

MG6: On a une coordinatrice qui est en contact avec plusieurs services d'interprétariat. On travaille majoritairement avec *BruxellesAccueil* et le *Setis*. Ça marche bien, je ne vois pas comment font les confrères de faire de la médecine sans interprète. Maintenant avec le covid, les interprètes ne veulent plus venir sur place..

MG7: Moi j'ai remarqué quelque chose, la plupart du temps la patient préfère que l'interprète ne soit pas présent. Peut-être que cet anonymat convient au patient et à l'interprète car souvent ils se connaissent entre eux car ils font parfois partie de la même communauté. Je pense que la voix suffit, car sinon on est encombré

avec toutes les personnes dans la pièce. C'est vraiment un boulot à part entière la coordinatrice des interprètes, ça nous délègue beaucoup de travail. Il faut payer, négocier avec les services d'interprétariat,.. Il faut des moyens. Ce n'est pas évident. Ça ne doit pas être facile dans les maisons médicales,...

Enquêtrice: Peut-être en terme de communication non verbale, comment est ce que vous faite pour que le patient se sente bien, se livre..?

MG6: Serrer la main des patients, .. Moi je dirai que c'est dans le temps qu'on leur donne. Je pense aussi que les interprètes sont des médiateurs culturels aussi. Je vois que chez les patients d'Ex-URSS, ils ont recours à beaucoup de médicaments personnels ou de médicaments qu'ils réussissent à se procurer quand il y vont. Il y a une gestion de la santé et de la médecine parallèle.

MG7: Moi ce que j'ai du mal c'est pour faire les attestations, parfois je me rends compte que ce n'est pas vrai que ce dit le patient en face de moi. Et là, on a comme un rôle de flic qui doit faire la part des choses entre le vrai et le faux. Dont les palestiniens, qui racontent tous la même histoire.

Enquêtrice: Ça c'est intéressant, comment est-ce que vous faites la part des choses entre quelqu'un qui a un syndrome de stress post-traumatique, qui présente des contrindictions, des amnésies dû aux syndromes,.. Comment faites-vous la part des choses entre quelqu'un qui raconte des carabistouilles?

MG6: Tout à fait, surtout si on ne connaît pas bien la personne. Surtout qu'il y a quelque chose de iatrogène dans le système. Il y a beaucoup de personne qui devrait d'abord être accueillie, se cicatriser dans le silence par rapport à certaines choses qu'ils ont vécues et puis tout doucement pourrait revenir à des réalités épouvantables lorsqu'ils sont mieux entourés. Actuellement, ils sont tellement décortiqués, cuisinés au CGRA. Et puis quand nous on s'y met avec nos attestations,.. On se dit quand même que ce n'est pas très thérapeutique. Qu'on est même iatrogène, qu'on fait plus de mal que de bien. On essaye de ne pas en rajouter mais comme on a un souci de légitimité par rapport aux organes de l'asile.

MG7: Parfois le récit évolue car d'autres personnes leur ont dit de raconter un autre récit. Qui ont changé de nom,...

Enquêtrice: J'ai encore 2 questions pour terminer. En terme administratif, est-ce que vous avez des soucis?

MG6: Parfois on doit vachement se démener pour qu'ils ai accès à l'AMU.. On fait beaucoup de papiers. On fait aussi des 9ter, des réquisitoires.

Enquêtrice: Pour terminer, est ce que vous avez des pistes d'améliorations?

MG6: Avez vos questions, on a envie de se dire, est ce qu'il ne devrait pas avoir un site qui met tout ensemble. Il y a tellement de ressources pour les migrants que les gens ne se connaissant pas. Il y a tellement d'initiative qui ne sont pas connues. Un site globale, qui met tout des liens partout.

MG7: Moi je me disais aussi, une meilleure connaissance des services d'interprétariat et d'incorporer le psycho-corporel dans la prise en charge de Fedasil. Car ce n'est pas accepté actuellement. Fedasil ne rembourse pas les séances psycho-corporelles donné à Exil. Contrairement à d'autres centre de santé mentale qui sont subsidiés pour ces séances. Cela fait tellement du bien, d'au moins une heure se détendre.. Cela leur permet de reprendre confiance de leur capacité et de retrouver un sentiment de bien-être qui n'a pas été présent depuis parfois très longtemps.

Enquêtrice: Merci beaucoup à vous deux!

Centres d'accueil spécialisés dans la prise en charge des troubles de santé mentale de la personne sans-papiers à Bruxelles



Prise en charge psychologique (équipe de psychologue et parfois psychiatre)



Prise en charge médicale et infirmière



Prise en charge sociale et administrative

Centre pluri-disciplinaire prenant en charge les troubles psychiques et spécialisé dans le PTSD

✕ HUB humanitaire



⇒ Consultations psychologiques et médicales via MSF sans RDV tous les jours de 13 à 17h sauf le mercredi.

- Avenue du Port 100 à 1000 Bruxelles

Centres pluri-disciplinaires prenant en charge les troubles psychiques

✕ CASO



⇒ Centre d'accueil, de soins et d'orientation pour les personnes vulnérables de Médecin du Monde. Sur RDV uniquement.

- Rue botanique 75 à 1210 Sint-Josse-ten-Noode
- +32 2 225 43 00
- info@medecindumonde.be

✕ Le lien



⇒ Centre d'aide psycho-sociale spécialisé pour les patients arabe. Sur RDV uniquement.

- Boulevard Belgica 11 à 1080 Molenbeek-Saint-Jean
- +32 2 280 41 03 ou +32 2 280 13 34
- Centresocial.lelien.molenbeek@hotmail.com

✕ Convivial



⇒ Centre d'aide psycho-sociale pour les réfugiés et les primo-arrivants

- Rue du Charroi 35 à 1190 Forrest
- +32 2 503 43 46
- Info@convivial.be

Service de santé mentale spécialisé dans la prise en charge des migrants

✕ Exil



⇒ Sur RDV uniquement

- Avenue de la Couronne 282 à 1050 Ixelles
- +32 2 534 53 30
- info@exil.be

✕ Ulysse



⇒ Permanence consultations psychologiques sans RDV du lundi au vendredi de 14 à 16h

- Rue de l'Ermitage 52 à 1050 Ixelles
- +32 2 533 06 70
- Accueil@ulysses-sm.be

✕ D'ici et d'ailleurs



⇒ Sur RDV uniquement

- Rue Brunfaut 18B à 1080 Molenbeek
- +32 2 414 98 98 ou +32 2 414 98 97
- info@dieda.be

Services de santé mentale acceptant les patients sans-papiers

✕ Le Méridien

⇒ Sur RDV uniquement

- Rue du Méridien 68 à 1210 Sint-Josse-ten-Noode
- +32 2 218 56 08
- secretariat@ssmlemeridien.be

✕ Chapelle aux Champs

⇒ Sur RDV uniquement

- Clos Chapelle-aux-Champs 30 boîte 3026 à 1200 Woluwé-Saint-Lambert
- +32 2 764 31 20 ou +32 2 764 31 43
- Chapelle.aux.champs@apsyucl.be

✕ Entr'Aide des Marolles

⇒ Permanence sans RDV tous les jours (voir site internet)

- Rue des Tanneurs 169 à 1000 Bruxelles
- +32 2 510 01 80
- entraide@entraide-marolles.be

✕ La Gerbe

⇒ Permanence sans RDV tous les jours de 9h à 16h30

- Rue Thiéfry 45 à 1030 Schaerbeek
- +32 2 2 215 18 79
- Secretariat@lagerbe.be

Service d'aide aux victimes de tortures ou d'autres traitements inhumains et dégradants dans le pays d'origine

✕ Constat

⇒ Réalisation d'un examen médical et psychologique approfondi du patient dans le but d'aide à la procédure d'asile. Sur RDV uniquement

- Rue Jules Vieujant 9 à 1080 Molenbeek-Saint-Jean
- constats@gmail.com

Services d'aide prenant en charge la violence vis à vis des femmes santé mentale ♀

✕ Woman'Do

⇒ Planning familial spécialisé pour les femmes excisées. Sur RDV uniquement

- Drève de la Brise 28 à 1170 Boistfort
- +32 471 225 936
- info@womando.be

✕ GAMS

⇒ Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines. Consultations sur RDV.

- Rue Gabrielle Petit, 6 à 1080 Bruxelles
- +32 2 219 43 40
- info@gams.be

✕ SOS Viol

⇒ Groupe d'aide aux personnes victimes de violence sexuelle. Permanence sans RDV du lundi au vendredi de 9h à 17h30.

- Rue Conraerts 25 à 1060 Saint-Gilles
- +32 800 98 100
- info@sosviol.be

Services d'aide prenant en charge les troubles psychiques des enfants

✕ Solentra

⇒ Soutien psychologique aux jeunes réfugiés et à leurs familles. Uniquement sur RDV.

- Saintelette Square 17 à 1000 Bruxelles
- Solentra@uzbrussel.be

✧ Le KaPP

⇒ Service de psychiatrie infanto-juvénile de l'UCL. Enfants jusque 13 ans. Uniquement sur RDV.

- Avenue Hippocrate 10 à 1200 Woluwé-Saint-Lambert
- +32 2 7642382
- Lekapp-saintluc@uclouvain.be

Services d'aide prenant en charge les travailleurs du sexe

✧ Espace P

⇒ Permanence du lundi au vendredi de 9h30 à 17h.

- Rue des Plantes 116 à 1030 Schaerbeek
- +32 2 219 98 74 ou +32 471 73 40 90
- bruxelles@espacep.be

✧ Alias

⇒ Service d'aide accompagnant des personnes Trans concernées par la prostitution et le travail du sexe. Permanence médicale le mardi de 18 à 21h et le jeudi de 14 à 17h.

- Rue du Marché au Charbon 33 à 1000 Bruxelles
- +32 484 80 47
- contact@alias.brussels

Service d'aide les troubles psychiques de la communauté LGBTQ



✧ Plan F

⇒ Centre de planning familiale LGBTQI friendly. Uniquement sur RDV.

- Rue des Guildes 22 à 1000 Bruxelles
- +32 2 230 04 62

Services d'aide prenant en charge les usagers de drogues

✧ La MASS

⇒ Prise en charge des usagers de drogues. Uniquement sur RDV.

- Rue de Woeringen 16 à 1000 Bruxelles
- +32 2 505 32 90
- contact@mass-bxl.be

✧ Le projet LAMA

⇒ Prise en charge du patients avec tous types d'assuétudes: drogues, médicaments et alcool. Uniquement sur RDV.

- Rue Américaine 211-213 à 1050 Ixelles
- +32 2 640 50 20
- Info@projetlama.be

✧ Le R.A.T (Réseau d'Aide aux Toxicomanes)

⇒ Prise en charge du patients avec tous types d'assuétudes: drogues, médicaments et alcool. Uniquement sur RDV.

- Rue Jourdan 151 à 1060 Saint-Gilles
- +32 2 534 87 41
- Rat.asbl@gmail.com

✧ Infor Drogues

⇒ Prise en charge psycho-sociale du patient avec tout types d'assuétudes: drogues, médicaments et alcool. Permanence téléphonique + consultation psychologique sur RDV.

- Rue du Marteau 19 à 1000 Bruxelles
- +32 2 227 52 52
- courrier@infordrogues.be