

Rencontre Régionale 2017

RESAMI

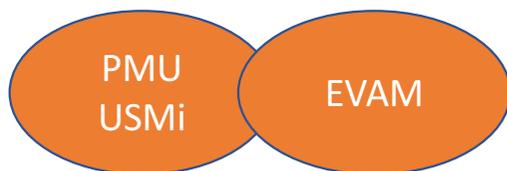
Grützi Ani sogomen Καλημέρα
Mirë dita Bon giorno Bonjour Good morning
Dobardan בוק רטוב Gamarjoba
السلام عليكم Buenos días
Gouten Tag 你好 Bom dia
Ndeewo Vanakam Добрый день

Menu de la soirée:

- Le RESAMI
- Cas clinique
- Discussion clinique
- Quelques notions théoriques.
- Questions diverses.
- Apéro...

Le RESAMI en bref

- Le **RE**seau de **SA**nté et **MI**gration (RESAMI) est le réseau médico-sanitaire mis en place pour les bénéficiaires de l'Établissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM) dans le canton de Vaud.
- La Policlinique médicale universitaire (PMU) a reçu le mandat du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) et du Département de l'économie et du sport (DECS) de gérer et coordonner le RESAMI en étroite collaboration avec l'EVAM.



PARTENAIRES EXTERNES

- MPRs : adultes et pédiatres
- Spécialistes somatiques et psychiatriques.
- Services d'urgences somatiques et psychiatriques.
- Pharmacies.
- Ergothérapeutes.
- Associations bénévoles.
- ...

Le MPR face à un patient complexe ... (1)

DoN R. Lipsitt et al. « Medically Unexplained Symptoms: Barriers to effective treatment when nothing is the matter ». Harvard Medical School and Cambridge Health Alliance. Vol 23, Number 6, Novembre / December 2015.

- Groupe de travail initié il y a 20 ans.
- Analyse de plus de 100 ans de pratique clinique.
- Review détaillé de la littérature.

Conclusions:

- Grande prévalence de patients avec des symptômes « inexplicables ». Chez les MPRs, mais aussi chez les spécialistes (autour de 30%).
- Cout élevé en ressources : temps et argent. Jusqu'à 9 fois plus, et 10% du budget de la santé aux EUA.
- Faible efficacité des traitements, faible satisfaction des MPRs et des patients.

La Question :

- Qu'est-ce qui marche le mieux ?

Guide-lines pour le MPR face à un patient avec des symptômes inexplicables ⁽¹⁾

- Valider les symptômes du patient et respecter les explications données.
- S'appliquer dans l'entretien, réduire le temps d'exploration somatique.
- Faire des bilans réguliers, sans attendre que les symptômes augmentent.
- Limiter les recherches interminables d'une origine organique.
- Traiter les comorbidités psychiatriques.
- Être rassurant avec discrétion, avant de connaître les résultats des investigations.
- Résister à l'envie de tout « psychologiser ».
- Explorer l'histoire psychosociale progressivement.
- Limiter les tentatives de trouver des explications « incroyables » aux problèmes décrits par le patient.
- Normaliser les symptômes et l'incertitude (« d'autres personnes ont aussi ces problèmes ...»)
- Limiter l'orientation vers des spécialistes.
- Limiter les prescriptions médicamenteuses, mais envisager les traitements psychopharmacologiques appropriés.
- Se concentrer sur la relation patient – médecin, plus que sur le traitement « zélé » de tout symptôme.

« Care » vs « Cure »

⁽¹⁾ DoN R. Lipsitt et al. « Medically Unexplained Symptoms: Barriers to effective treatment when nothing is the matter ». Harvard Medical School and Cambridge Health Alliance. Vol 23, Number 6, Novembre / December 2015.

Quelques pistes pour le cas clinique...

- « Care » vs « Cure ».
- Interdisciplinarité (Une manière de travailler entre professionnels).
- Intégration Soma-Psy-Social (Une manière de comprendre).
- Co-construire (Une manière de travailler avec le patient).
- Prendre en considération les aspects culturels.

Vignette clinique RESAMI – *complexité*

Dr Pierre Gubler – MPR

Afin de garantir le secret médical, nous avons enlevé la vignette clinique.

Besoin de « Care » vs « Cure »

La plupart de fois les requérants d'asile souffrent de:

- Nostalgie
- Solitude
- Pertes de points de repère
- Incertitude face à l'avenir
- Deuils

Besoin de « Care » vs « Cure »

La plupart de fois les requérants d'asile ont BESOIN de :

- L'aider à donner du sens à ce qu'il vit. Se relier à soi, à ceux qui l'entourent et à son histoire.
- Lui apporter des points de repère.
- L'accompagner dans le processus de deuils.

-
- Parfois les souffrances peuvent évoluer vers des troubles psychiques
 - Parfois le trouble psychique existait déjà au pays
 - Seulement dans ces cas, un traitement psychiatrique sera nécessaire, chez le MPR ou chez le « Psy ».

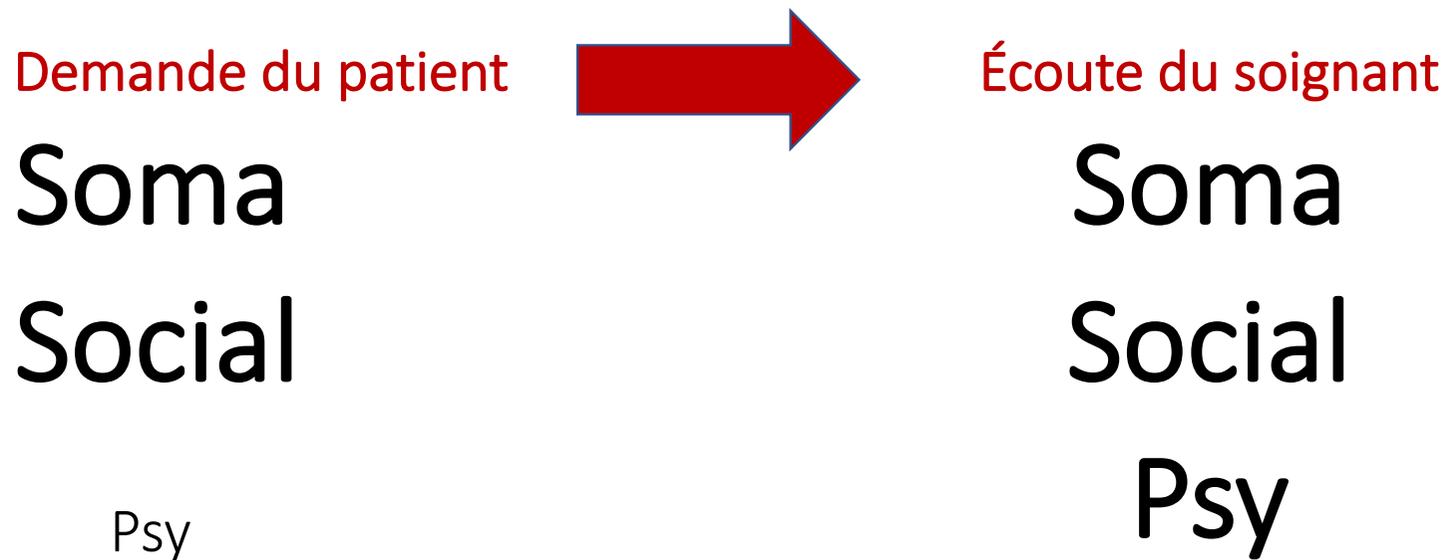
Besoin en Interdisciplinarité

Connaître: Qui travaille et Quelles sont ses compétences.

Communiquer: Quoi, à Qui, Quand et Comment.

Coordination: Terrain et Stratégique.

Besoin en integration soma-psy-social



Besoin en intégration soma-psy-social

De la Psychosomatisation à la Psychosociosomatisation

Comment comprendre ?

Le corps "exprime" ce que la psyché ne parvient pas à penser et à « mettre en mots », car :

- **Vécu émotionnel trop intense**
- **Références culturelles, croyances, langue différent**
- **(1) Système d'évaluation du droit d'asile:** se focalise sur
 - des « preuves » inscrites sur le corps
 - des preuves documentées sur papier
- Le patient se focalise sur les aspects administratifs et somatiques, devenant un symptôme, mais aussi une défense.

Comment faire ?

- Le professionnel doit initier le travail de penser et mettre en mot, tout en assurant un cadre de pris en charge soutenant et sécurisant.
- Travail en interdisciplinarité et envisager la création d'équipes interdisciplinaires.

(1) Élise Pestre, « Instrumentalizing the Refugee's Body Through Evidence » Recherches en psychanalyse 2012

Besoin de Co-construire

Guide de questionnement Culturel de Kleinman

- Quel est votre problème ? Quel nom lui donnez-vous ?
- Quelles sont les causes de votre problème, d'après vous ?
- Pourquoi votre problème a-t-il commencé à ce moment précis ?
- Comment votre problème se manifeste-t-il?
- Quelle est la sévérité de votre problème ? Croyez-vous qu'il va durer longtemps?
- Que craignez-vous le plus de ce problème ?
- Quelles sont les conséquences de votre problème sur votre vie?
- Quels traitements pensez-vous que vous devriez recevoir?
- Quels résultats attendez-vous du traitement ?

Kleinman A. *Patients and healer in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry.*, 1980

Conclusions: Les 10 questions à se poser.

1. Quelles sont mes craintes et préjugés face au patient migrant ?
2. Qu'est-ce que le patient connaît et pense de la psychiatrie ?
3. Quelles sont ses représentations de sa souffrance/maladie ? (Psychiques, Physiques, spirituelles,...)
4. Comment la souffrance se manifeste selon SA culture ?
5. Suis-je sûr que j'ai bien diagnostiqué ?
6. Quel traitement pense-t-il qu'il lui faut ? (Psychique, physique, spirituel, communautaire...)
7. Quelle représentation a le patient de la relation avec le professionnel de la santé ?
8. Quels enjeux ont la langue maternelle et la langue acquise dans la compréhension et la communication ?
9. Quel rôle joue l'interprète ?
10. Avec qui d'autre je vais devoir collaborer ?

J. Sanchis, K. Tzarzas et R. Marion-Veyron. « Les approches psychiatriques transculturelles dans les soins de premier recours : Une approche pragmatique pour des rencontres complexes » Article en attente de publication. 2017

UN POUR

TOUS

TOUS

POUR UN

MERCI !

