

## Outils

Jean-Baptiste Boyer<sup>1</sup>, Antoine De Beco<sup>2</sup>, Hélène de Champs-Léger<sup>3</sup>, Philippe Cornet<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Interne en médecine générale à Sorbonne-Université

jeanbaboyer@gmail.com

<sup>2</sup>Médecin généraliste, chargé de cours à Sorbonne-Université

<sup>3</sup>Médecin généraliste, coordinatrice de la PASS de l'Hôtel-Dieu à Paris

<sup>4</sup>Médecin généraliste, professeur des Universités, Sorbonne-Université

Tirés à part : JB. Boyer

### Résumé

Créée par la loi du 29 juillet 1998, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) a pour mission de lutter contre l'exclusion en favorisant l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Elle s'insère dans un dispositif plus large de lutte contre la pauvreté. Les PASS travaillent en étroite collaboration avec les intervenants sanitaires, sociaux ou agissant dans le domaine de la précarité au sens large. L'activité peut se réduire à des consultations de médecine générale ou d'autres spécialités, mais aussi se déployer de façon plus transversale en intégrant des services sociaux afin de répondre aux besoins plus globaux de ses usagers.

#### • Mots clés

accès aux soins ; soins aux personnes nécessiteuses.

#### Abstract. Consultations within a permanent access to health care. A human and singular experience

Created by the law of 29 July 1998, the Permanent Access to Health Care (PASS) mission is to fight against exclusion by promoting access to care for the poorest people. It is part of a broader system of fight against poverty. The organizers of the PASS work in close collaboration with health and social workers or those working in the field of precariousness in the broad sense. The activity can be reduced to consultations of general medicine or other specialties, but it can also be developed in a more transversal way by integrating social services in order to answer to the more general needs of its users.

#### • Key words

access to Health Care; care; indigent.

DOI: 10.1684/med.2018.285



# Les consultations au sein d'une permanence d'accès aux soins de santé

## Une expérience humaine et singulière

À la Permanence d'accès aux soins de l'Hôtel-Dieu de Paris, l'orientation est impulsée par sa coordinatrice, le Dr de Champs Léger, qui a tissé des liens importants avec le réseau associatif local. En 2016, 7 982 consultations de médecine générale y ont été réalisées, avec environ 28 % de patients en CMUc, 30 % de patients en AME, et 20 % de patients sans prise en charge. Les patients sont pour leur grande majorité des migrants. Ils viennent de Côte d'Ivoire, de Guinée, du Mali, du Nigéria, du Soudan, de Somalie, de Syrie, d'Afghanistan, du Pakistan... C'est un véritable melting pot. C'est en son sein que j'effectue (J.B. Boyer) un stage d'interne en médecine générale. Les consultations nécessitent une bonne dose d'adaptation tant du point de vue médical – par la diversité des pathologies, de l'importance du dépistage et de la prévention – que social, par l'absence de couverture sociale de la plupart et par la grande précarité de beaucoup des patients. Plus encore, j'y ai découvert les limites de ma fonction de médecin, et mon désarroi face à la grande précarité. Parce qu'elle montre au mieux ce que peut être une médecine centrée sur le patient, sur ses valeurs et sur les miennes [1], j'ai souhaité illustrer ces concepts au travers mon expérience.



### Des étrangers malades, des maladies étrangères

Monsieur C consulte pour une gale. C'est un jeune homme de 25 ans, d'origine soudanaise. Il ne parle qu'arabe, mais est accompagné par un ami qui connaît quelques mots d'anglais. Il est arrivé en France il y a quelques semaines, après 9 mois de parcours migratoire. Le motif de consultation est simple, et laisse du temps pour se consacrer à un examen plus poussé. Comme beaucoup, il a connu les tortures dans les prisons libyennes pendant plusieurs mois. Il en garde un contage tuberculeux probable et surtout un important syndrome de stress post-traumatique, marqué par des insomnies et des reviviscences. Il a une boiterie douloureuse, séquellaire d'une fracture du tibia non traitée dans l'enfance.

Ce patient est emblématique du travail médical de la PASS. L'épidémiologie [2] est marquée par une forte prévalence des maladies infectieuses (VIH, VHB, VHC) souvent liées à la précarité (tuberculose, gale, puces de lit, poux de corps) ou au pays d'origine (parasitoses digestives, bilharziose urinaire). Mais aussi des pathologies liées aux conditions de vie et de voyage (constipation, lithiases urinaires, plaies, fractures), ainsi que des pathologies chroniques non équilibrées (asthme, hypertension sévère, diabète multi compliqué) chez des patients nomades par définition.

Toutefois la pathologie la plus fréquemment rencontrée reste le syndrome de stress post traumatique, du fait des violences subies dans le pays d'origine ou – quasi systématiquement – durant le parcours migratoire.

Pour beaucoup de ces patients, ces consultations sont l'occasion de mettre à jour le calendrier vaccinal, de leur proposer un dépistage et de les éduquer pour certaines pathologies : MST, tuberculose, contraception, frottis cervico-vaginal.

## Des problèmes sociaux : Monsieur C n'a bien sûr aucune sécurité sociale et ne peut pas payer ses traitements à la pharmacie

Après avoir rencontré l'assistant social, il a pu recevoir des médicaments délivrés gratuitement par la pharmacie hospitalière. Malheureusement, il vit à la rue, dans un camp proche du Centre de Premier Accueil de la Chapelle. Il n'a aucun lot d'affaires de rechange et n'a qu'un seul sac de couchage. Le risque est donc grand pour que le traitement échoue. Nous lui fournissons quelques vêtements et des affaires de toilette que nous avons en réserve.

La prise en charge sociale est l'un des piliers du cahier des charges des PASS. Pour ce faire, l'équipe médicale travaille en étroite collaboration avec deux assistants sociaux. Il faut donc se familiariser avec les problèmes fréquents : situation régulière ou irrégulière, les démarches de régularisation notamment la demande de titre de séjour pour soins, ou les demandes d'asile, le statut de réfugié, la procédure Dublin.

De ces situations découlent les différentes couvertures sociales et les démarches d'ouverture de droits : Aide médicale d'état en cas de situation irrégulière, CMU-C/ PUMA en cas de situation régulière, possibilité de soins gratuits sur l'hôpital grâce au dispositif « PASS » pour les patients ne relevant pas de ces aides sociales, et n'ayant aucune capacité de payer leurs soins.

Comme avec Monsieur C, la précarité complique considérablement le soin : rien ne sert d'expliquer des règles diététiques à un hypertendu ou un constipé s'il ne mange pas tous les jours et ne peut pas choisir ses repas ; Impossible encore de demander à quelqu'un qui vit dehors de garder une plaie propre... ou comment faire avec l'impossibilité de se fournir certains traitements non disponibles à la pharmacie de l'hôpital (attelles, béquilles) ? Comment discuter de l'observance alors que l'avenir se réduit le plus souvent au lendemain ?

Mais la plus grande difficulté réside dans l'adaptation au système de soins. Les interventions multiples (médecin, assistant social, examens complémentaires) entraînent à chaque fois le risque de rupture de soins à cause de rendez-vous ratés : « *je n'ai pas pu venir, j'étais à la préfecture* » ; de problèmes de transport : « *j'ai été attrapé par un contrôleur dans le métro* » ; ou simplement d'incompréhensions à l'accueil : « *ah bah faut parler français, monsieur* ». Difficile aussi pour ces patients de garder une notion du temps – et donc

des rendez-vous – puisqu'ils n'ont souvent aucun référentiel.

Les accompagner dans leurs prises de rendez-vous, leur montrer où aller, où attendre, trier leurs papiers... demande une énergie considérable. Mais on aura vu plusieurs fois revenir des patients n'ayant fait aucun des examens demandés, n'ayant pris aucun des rendez-vous, uniquement parce qu'ils n'avaient pas su où se rendre, ni se faire comprendre. Les accompagner, accepter les retards ou les rendez-vous ratés est le béaba de leur prise en charge.

## La culture dans le soin : l'éloge de la communication

Madame B me dit avoir 18 ans et venir du Nigeria. Elle est arrivée en France via un réseau de prostitution. Elle parle un anglais pidgin avec un fort accent. Elle consulte car elle se sent fatiguée, qu'elle a mal à la tête et même à l'ensemble du corps, et qu'elle sent son corps chaud. Elle s'énerve rapidement lorsque j'essaie d'interroger chaque symptôme. Je finis par comprendre qu'elle souhaite en fait uniquement réaliser un test de grossesse.

Bien au-delà de la langue, la culture influe sur la manière de communiquer avec le médecin, de parler de sa maladie, de comprendre son corps. Dès la présentation des motifs de consultations, certains patients exposent un grand nombre de plaintes. Ce sont souvent de petits maux : « *Docteur, j'ai mal ici, j'ai mal là, je sens des gargouillis ici, j'ai eu un bouton une fois là, j'ai l'œil qui me gratte...* ».

Faut-il tous les aborder ? Prendre du temps pour chacun d'eux ? Au risque de se sentir débordé ? Un patient m'avait expliqué que, pour lui, accéder à un médecin était un privilège. Il faut alors tout montrer au docteur afin qu'il « *jette un coup d'œil* ». Ces patients ne souhaitent en fait qu'un rapide examen du médecin pour s'assurer que « *tout va bien* ».

Le motif de Madame B est lui caractéristique de la manière de demander un test de grossesse pour beaucoup de femmes d'Afrique de l'Ouest. Après les motifs, c'est l'anamnèse et la recherche des antécédents qui est souvent plus difficile. À la question « *Avez-vous déjà eu des maladies auparavant ?* » la plupart des patients ne répond que par rapport à leur problème actuel et oublie de signaler des maladies qui ne seraient pas directement reliées : « *Non c'est la première fois que j'ai ce problème !* ». C'est en demandant à plusieurs reprises « *Vous avez déjà été à l'hôpital ?* » et en interrogeant chaque cicatrice lors de l'examen clinique que l'on découvre leurs antécédents... L'anamnèse devient riche en rebondissements et on découvre souvent après plusieurs consultations certains éléments cruciaux, faute de ne pas avoir su poser les bonnes questions.

Monsieur B a 26 ans et vient de Côte d'Ivoire. Il est logé par « la famille ». Il se plaint d'étranges symptômes digestifs que j'essaie péniblement de faire entrer dans le cadre nosologique habituel : – « Docteur, ça monte et ça descend dans mon ventre ! – Ah ? Vous voulez dire que vous avez des gaz ? – Non non, ça monte et ça descend. – Ah ! Vous voulez dire que vous êtes constipé ? – Non non ! ça monte et ça descend ! – Ah. Bon. Donc ça monte et ça descend. – Oui docteur, voilà. – Et ça vous fait mal ? – Non docteur, ça fait glouglouglou ».

Avec un peu d'expérience et surtout de curiosité, on apprend ce nouveau langage du corps qui diffère de notre façon de nous raconter.

La priorisation des pathologies n'est pas non plus la même : Monsieur B par exemple, a le VIH. Pourtant, il restera uniquement préoccupé par ses gargouillis : « Docteur, j'ai des vers dans mon ventre ! ». Cela s'explique en partie par les représentations et les enjeux des maladies qui ne sont culturellement pas les mêmes. En Côte d'Ivoire, avoir le VIH est synonyme d'exclusion. Si les proches de Monsieur B. l'apprennent, il peut être mis à la rue, ce qui explique le refus fréquent de dépistage ou de soins.

Ce choc de culture est parfois provocateur de tension et d'exaspération. On peut se sentir berné par un patient qui ne délivre une information capitale qu'après plusieurs consultations. On peut être lassé des demandes diverses qui nous semblent accessoires. On peut n'avoir aucune maladie à raccrocher à des symptômes incompréhensibles, ou encore ne pas comprendre certaines réactions à l'annonce d'un diagnostic.

Il faut savoir rester ouvert et comprendre que le patient en souffrance emprunte forcément à sa culture et ses valeurs quand il s'agit de s'exprimer. Ce qui change ici c'est que cette culture et ces valeurs nous sont la plupart du temps inconnues.

## Une nouvelle relation médecin-malade : un étrange docteur...

La mode actuelle tend vers une médecine de moins en moins paternaliste. On m'a appris à prendre en compte l'avis du patient, à comprendre sa vision de la maladie et à négocier des décisions conjointes. Mon impression est qu'avec beaucoup de nos patients, ce modèle ne fonctionne pas très bien. Une grande difficulté pour moi, a été d'apprendre à changer de posture.

Toujours avec Monsieur B, à la suite de l'introduction de la trithérapie anti rétrovirale :

– « Je sais que ça fait beaucoup de médicaments, est-ce que tu es tout de même d'accord pour les prendre ?  
– Ah docteur, si tu me dis que je dois les prendre, je les prends !

– *Oui mais parfois je sais que c'est difficile de prendre des médicaments tous les jours, t'en penses quoi ? Ça va aller ?*

– *C'est toi le docteur ».*

Monsieur B est surpris qu'on lui demande son avis sur une prise en charge, sur un traitement. La question ne porte pas du tout et n'atteint pas l'effet recherché. Qu'ils prennent ou pas le traitement, il semble inconcevable à certains patients de donner leur avis sur la décision du médecin.

Persister dans la négociation peut même être interprété comme un manque de compétence. « Docteur, c'est toi qui sais, hein, moi je ne sais pas ! ». Ils sont souvent en attente d'un médecin sûr de lui et plutôt directif. En persistant dans ce mode de relation, certains perdent alors confiance dans le « Docteur » et n'adhèrent pas à la prise en charge.

J'ai dû peu à peu m'adapter à cette nouvelle posture afin de gagner l'adhésion thérapeutique indispensable. J'endors désormais si nécessaire, ce rôle de « docteur – sachant – il faut que », tout en restant ouvert à la discussion si le patient semble en avoir besoin.

La relation médecin-malade devient un jeu de rôle. Savoir changer de posture permet de faire écho à l'image que le patient se fait du soignant. Cela participe grandement à l'efficacité des soins délivrés.

## Une étrange douleur pour soi, l'exercice de la misère

Madame J est jeune prostituée, originaire du Nigéria, enceinte de 5 mois. Elle dormait à la rue pour fuir son réseau de prostitution. Nous avons dans l'équipe une jeune stagiaire d'une école de commerce. Elles ont ensemble appelé le 115 pendant plus de deux heures pour finalement s'entendre répondre qu'il n'y aurait pas de place pour ce soir et qu'il faudrait rappeler le lendemain à partir de 6h30 du matin. Nous lui avons fourni quelques vêtements chauds et elle a dormi – comme beaucoup – dans le hall d'accueil des urgences.

Bien sûr, nos patients sont dans des situations sociales difficiles : Là-bas, ils ont souvent fui la misère, la guerre, les violences ou la famine. Ils avaient en tête une vie rêvée, l'Eldorado, en Europe. Ils ont eu un parcours migratoire difficile : abandon des proches, passage par les prison libyennes, traversée de la Méditerranée, bastonnades par la police aux frontières [3]. Ici, ils vivent le plus souvent dans des conditions effroyables : à la rue, sans ressources, parfois sans nourriture... Ils sont confrontés à la complexité des administrations, et des démarches pour obtenir des aides... Devant une telle misère, je trouve normal de vouloir aider au maximum. Nous avons un stock de vêtements/savons/affaires de toilette, mais il est très rapidement épuisé. Nous n'avons

souvent plus rien à leur donner. Ces situations génèrent un sentiment d'impuissance et de frustration terrible. Puis de culpabilité, de honte. À terme, des mécanismes de défense se sont mis en place.

– J'ai commencé par me sentir épuisé et perdre espoir devant une misère sans cesse renouvelée. Un sentiment d'abattement puissant qui m'a fait perdre l'envie d'aider. Puis j'ai ressenti de la colère : « *Non et non ! Je ne peux pas faire de certificat pour que vous ne dormiez pas à la rue !* ». Face à des demandes légitimes, qui me confrontaient sans cesse à mes limites, il devenait plus simple d'accuser le demandeur. Enfin j'ai pu parfois déshumaniser le patient. En lui retirant le statut d'être humain, je n'avais plus de honte à le voir subir tant d'épreuves sans réagir. On peut devenir indifférent à sa détresse, se « blinder ».

Il m'a fallu du temps, de la réflexion et beaucoup de partage pour transformer mon ressenti : je ne peux évidemment pas m'occuper de l'ensemble de la misère sociale de ces patients, je n'ai pas de honte personnelle à avoir. Je ne suis pas responsable, mais je peux faire du mieux que je peux. Je tente désormais de m'occuper de la misère médicale. En parallèle, je continue d'interroger leurs conditions de vie et je donne, quand j'en ai, des vêtements, du savon, l'adresse des Restos du cœur ou de France Terre d'Asile. . .

Cette réflexion ne résiste pas à tous les patients. Certaines situations continuent de me bouleverser. Je reste vigilant à ne pas porter trop de misère sur mes épaules. Au risque de m'effondrer et de ne plus en porter du tout.

## Perspectives : la médecine transculturelle

Les différences de cultures ont conduit à développer le courant de l'ethnopsychiatrie et de la médecine transculturelle, essentiellement dans le champ de la souffrance psychique. MR Roso, psychiatre, dirige « La maison de Solenn », qui accueille les adolescents en souffrance à l'hôpital Bichat. Elle explique son travail dans un article pour l'Association Internationale d'Ethnopsychanalyse [4]. Revenons sur quelques points qui ont éclairé mon expérience.

Premièrement l'apport de l'interprète est pour elle fondamental. Il a accès à « *la connaissance culturelle partagée* » qui permet de s'exprimer par sous-entendus et par implicites, ce qui est fondamental lorsqu'on aborde des sujets difficiles – la sexualité, les relations intimes entre les femmes et les hommes, voire entre les parents et les enfants mais aussi, en France, tout ce qui touche au « sacré... ». C'est un rôle actif d'interprétation du discours, dépassant la simple traduction mot à mot.

Ses techniques d'entretiens s'adaptent aussi : « *toutes les questions doivent être pensées, surtout les questions directes sur l'intimité, l'intérieur de la maison, la vie de couple, le privé. . . mais aussi les questions sur des aspects culturels pensés comme allant de soi pour les patients tels que la polygamie, les rites. . . [..]* Toutes ces questions sont

*souvent vécues comme violentes, intrusives, déplacées, saugrenues mais aussi parfois impolies car elles ne respectent pas les règles culturelles de l'échange [..] ... Les questions sont souvent de trop et plutôt que de poser des questions, il est plus utile de proposer ses propres représentations pour permettre qu'un récit se déroule au rythme du patient ».*

Elle insiste ensuite sur la notion de « contre-transfert culturel » : « *qu'évoquent en moi l'ensemble des codes et croyances dont le patient me parle ? Suis-je capable de me décentrer pour éviter un jugement qui pourrait nuire à la relation de soins ? Sans l'analyse de ce contre-transfert culturel, on risque des passages à l'acte agressifs, affectifs, racistes. . . Ainsi, telle femme thérapeute qui n'arrive pas à entrer en interaction avec tel homme maghrébin avec qui elle est en conflit immédiatement – c'est l'image de la femme qui est d'abord en jeu dans cette relation et la place culturelle qui lui revient ».*

En opérant un décentrage culturel, cela permet d'ouvrir le champ des hypothèses diagnostiques : « *le décentrage culturel qui nous contraint à suspendre un diagnostic souvent trop prompt lorsqu'il est fait à partir de nos catégories diagnostiques occidentales – confusion entre du matériel culturel comme l'envoûtement et un délire, non perception d'un affect mélancolique sous un discours culturel centré par la sorcellerie ».*

Pour ce qui est des différences dans l'expression des maux, c'est le psychiatre et anthropologue R Rechtman, dans le magazine *Hommes et Migrations*, qui nous éclaire. Il parle de différences dans les « idioms of distress » : « *C'est par exemple, dans le cas de certaines communautés turques d'Iran, la détresse cardiaque, qui traduit, par le biais de l'expression littérale d'une plainte cardiaque, un ensemble de frustrations plus générales, notamment des conflits conjugaux et familiaux, qui ne peuvent s'exprimer que sous cette métaphore* » [5].

Chaque culture possède son propre système de code, et l'on ne peut attendre d'un patient qu'il utilise les codes d'une culture qu'il ne connaît pas. Il faut donc essayer de trouver un canal de communication qui fonctionne et garder l'esprit ouvert à une autre culture. « *Le rôle de médecin est [..] d'acquérir un niveau de connaissance minimal afin d'éviter le dogme qui parle de deux mondes qui cohabitent sans jamais se rencontrer [..] N'imposons surtout pas au patient de nous ressembler pour le soigner* » [6].

C'est peut-être dans le champ de la clinique fondée sur les valeurs [7] qu'il est possible d'accueillir l'autre dans sa différence sans s'enfermer dans une perspective exclusivement transculturelle. Chaque individu est porteur de son système de références.

## Ou le risque de l'ethnocentrisme

Il faut toutefois rester vigilant à ne pas tout expliquer par des différences de culture. Nous construisons aussi un ensemble de représentations du patient étranger,

que l'on applique facilement à l'ensemble des patients « différents ». Ce calque nous permet d'expliquer à peu de frais l'ensemble des réactions jugées anormales, sans interroger plus loin la complexité intrinsèque du patient, et nos propres difficultés relationnelles [8].

« C'est une chose de reconnaître que toutes les cultures possèdent des systèmes symboliques homogènes. Mais c'est une tout autre chose d'en déduire que ces systèmes symboliques ont une influence ou une incidence sur la clinique » [5].

Ainsi cette patiente qui n'a pris aucun des médicaments prescrits par un collègue. Non pas parce qu'elle n'avait pas bien compris le médecin, non plus parce qu'elle n'avait pas saisi la gravité de sa maladie, ni parce qu'elle souhaitait aller consulter un marabout. Le courant n'était simplement pas bien passé avec le médecin précédent, elle n'avait pas eu confiance en lui et avait donc préféré prendre un deuxième avis.

La dimension culturelle ne doit servir qu'à enrichir la compréhension de l'autre, sans le réduire aux stéréotypes que nous avons nous-mêmes culturellement construits.

## En conclusion, un lieu d'échange

Ces consultations sont avant tout un lieu d'échange et d'apprentissage. Toutes ces rencontres sont une occasion inespérée de s'ouvrir sur le monde et de suivre au plus près certains problèmes d'actualité.

C'est ainsi qu'on apprend les réseaux de prostituées au Nigéria et les rites vaudou qui scellent leur dette et les empêchent de s'enfuir, les luttes des partis en Guinée et le massacre du 28 septembre 2009, l'existence des microbes



### Pour la pratique

- Chez les migrants les représentations et les enjeux des maladies ne sont culturellement pas les mêmes.
- Le patient en souffrance emprunte forcément à sa culture et ses valeurs quand il s'agit de s'exprimer.
- C'est dans le champ de la clinique fondée sur les valeurs qu'il est possible d'accueillir l'autre dans sa différence sans s'enfermer pour autant dans une perspective exclusivement transculturelle. Chaque individu est porteur de son système de références.
- Savoir changer de posture permet de faire écho à l'image que le patient se fait du soignant. Cela participe grandement à l'efficacité des soins délivrés.

en Côte d'Ivoire, celle des réseaux pour venir se faire soigner « gratuitement » en France, les Talibans en Afghanistan et au Pakistan et les menaces qui pèsent sur ceux qui ont coopéré avec l'armée américaine, la Libye aux mains des milices et le sort qui y est réservé aux migrants, la traversée de la Méditerranée.

Plus proche de nous, on découvre aussi le sort réservé aux migrants en France, terre d'asile. Enfin nous découvrons en nous la difficulté à voir d'aussi près autant de misère et nos capacités à y faire face dignement.

~Liens d'intérêts : J.B. Boyer a travaillé en tant qu'interne à la PASS. Les autres auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

### RÉFÉRENCES

1. Reach G. Une théorie du soin. Souci et amour face à la maladie. Médecine et sciences humaines. Paris : Les belles lettres ; 2010.
2. Safon MO. La santé des migrants. Pôle Documentation de l'Irdes. 2016. <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf>.
3. Gaudé L. Eldorado. Arles : Actes Sud ; 2007.
4. Moro MR. Comprendre et soigner. La consultation d'Avicenne : un dispositif métissé et cosmopolite. Bobigny : Association Internationale d'EthnoPsychanalyse ; 2016. [http://www.transculturel.eu/Comprendre-et-soigner-La-consultation-transculturelle-un-dispositif-metisse-et-cosmopolite\\_a85.html](http://www.transculturel.eu/Comprendre-et-soigner-La-consultation-transculturelle-un-dispositif-metisse-et-cosmopolite_a85.html).

5. Rechtman R. De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries. Hommes & Migrations. 2000 ; 1225 (1) : 46-61.
6. Federici L. La Prise En Charge Des Patients Migrants En Médecine Générale : Soigner Mieux En Connaissant plus. [Thèse de doctorat, Médecine]. Paris : Université Pierre et Marie Curie ; 2013.
7. Fulford BKWM, Peile E, Caroll H. La clinique fondée sur les valeurs. De la science aux personnes. Trad. Plagnol A, Pachoud B. Doin éd., 2017.
8. Kotobi L. Le malade dans sa différence : les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital. Hommes & Migrations. 2000 ; 1225 (1) : 62-72..