

LISTE DES ABREVIATIONS

AME : Aide Médicale d'Etat
CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile
CASO : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation
CIM : Classification Internationale des Maladies
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile
CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
CPAM : Caisse Primaire de l'Assurance Maladie
CREDES : Centre de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
CRR : Commission de Recours des Réfugiés
DA : Demandeurs d'Asile
DESNOS : Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMPP : Equipe Mobile de Psychiatrie et Précarité
ESPT : Etat de Stress Post Traumatique
HTA : Hypertension Artérielle
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales
MDM : Médecins Du Monde
OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OMS Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PTSD : Post Traumatic Stress Disorder
SAPPIR : Service de soutien psychopathologique et psychosocial pour les migrants et réfugiés
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SPT : Syndrome Psycho-Traumatique
TSA : Trouble de Stress Aigu

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : ASPECTS THEORIQUES

- 1) UN ETAT DES LIEUX
- 2) LES TROUBLES PSYCHO-TRAUMATIQUES
- 3) LES PSYCHO-TRAUMATISMES CHEZ LES
DEMANDEURS D'ASILE : QUELLES PARTICULARITES ?

DEUXIEME PARTIE : METHODE ET RESULTATS

- 1) DESCRIPTION DE LA RECHERCHE PAR ENTRETIENS
SEMI-DIRIGES, METHODE QUALITATIVE.
- 2) METHODE D'ANALYSE
- 3) RESULTATS

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

J'ai commencé mon internat de médecine par une spécialité, la néphrologie. Très vite je me suis rendu compte que malgré l'intérêt que je portais à ce domaine, je m'éloignais petit à petit de la médecine que je souhaitais faire. Sans savoir exactement quel médecin précisément je voulais devenir, certaines valeurs et priorités m'étaient chères.

En effet, je souhaitais exercer un métier plus proche des sciences humaines, et plus diversifié, au détriment certes d'une certaine technicité. Être un médecin de premier recours me correspondait plus. J'ai donc choisi de me réorienter vers une médecine plus sociale, plus psychologique, qui considère l'être humain dans toute sa globalité avec la perte, il est vrai, d'une certaine performance scientifique et spécialisée, qui reste indispensable, qui est passionnante et que bien sûr je ne dénigre pas.

L'échange avec l'autre m'enrichit donc petit à petit et je souhaitais pouvoir réfléchir sur un sujet se rapportant à la psychiatrie, à la complexité de notre psychisme et de ses désordres, dans un cadre particulier, la différence culturelle.

Les autres cultures m'intéressent depuis maintenant quelque temps. J'ai pu vivre différentes expériences lors de stages à l'étranger, de voyages ou de participations à des associations humanitaires, ce qui m'a appris beaucoup et a suscité en moi la curiosité et l'envie de poursuivre dans cette voie.

C'est donc assez naturellement que d'un point de vue médical, je me suis orientée vers d'autres populations lorsque j'en ai eu l'occasion. Soigner l'autre malgré sa différence m'intéresse beaucoup.

Aussi, après un cours sur le thème « santé et précarité » dispensé par le Dr Cognard, je décide de l'accompagner lors de ses consultations au CASO (Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation) de Médecins du Monde. C'est un lieu de consultations gratuites délivrées pour tous les plus démunis, marginaux, SDF, migrants...

Ce jour-là, nous recevons en consultation un Guinéen, il vient juste d'arriver en France, ne parle pas le français et est accompagné d'un compatriote qui fait l'interprétariat. Nous sommes en 2009 et c'est dans les suites des massacres à Conakry lors d'une manifestation pacifique du peuple au stade qu'il a fui son pays, après avoir été emprisonné et torturé.

Il consulte pour des blessures et douleurs suite aux coups reçus en prison. Il demande des traitements pour la douleur principalement.

Après un examen physique succinct, et délivrance d'antalgiques, la consultation semble se terminer lorsque son compatriote nous explique autre chose : la nuit, le patient hurle et se débat, cela gêne beaucoup les autres (ils dorment dans les jardins du Mail), ils sont dans l'incompréhension de ce qui lui arrive, il semble devenir fou. Est ce qu'il nous serait possible de lui donner quelque chose pour dormir ?

A ce stade, le patient ne parle que très peu quand nous essayons d'en savoir plus. Il semble en grande souffrance morale, et les mots lui sont difficiles. Il ne souhaite pas parler, mais se dit très angoissé, c'est vrai qu'il dort peu, il a peur et se sent seul et menacé en permanence.

Finalement, à visée symptomatique nous lui donnons quelques anxiolytiques à défaut de pouvoir faire mieux, il ne consultera probablement plus, il repart « dans la nature ».

Cette consultation m'a donc beaucoup interpellée. Il m'est alors paru évident que ces personnes étaient en grande souffrance déjà par ce qu'elles ont subi dans le pays d'origine, puis par la migration avec ses obstacles et dangers, et enfin leur arrivée en France avec son lot de solitude, de nouveauté... Or, elles doivent maintenant essayer de s'intégrer, trouver un endroit où dormir, manger... enfin revivre, du moins essayer. Mais alors, comment des symptômes comme des délires, l'agressivité, des hallucinations, cauchemars... peuvent-ils s'intégrer dans cette nouvelle vie ? Il semble que ce soit à nouveau des obstacles à la poursuite de la vie, une difficulté supplémentaire que d'essayer de s'intégrer avec des troubles du comportement, qui ne peuvent être compréhensibles, ni de la part du patient, ni de la part de la communauté accueillante. Ce serait donc un facteur supplémentaire d'exclusion ?

C'est grâce à cette consultation que je décide de m'intéresser aux Syndromes Psycho-Traumatiques (SPT), et en particulier chez les demandeurs d'asile (DA), puisqu'il me semble que les symptômes ont un impact particulier sur leur qualité de vie en altérant à priori une intégration pourtant nécessaire sur une nouvelle terre d'accueil.

Je recherche donc à mieux comprendre cette pathologie, mieux appréhender les conséquences sur la qualité de vie.

Grâce au Dr N'Guyen, Praticien Hospitalier en psychiatrie au Centre Hospitalier du Mans, je participe à de nombreuses consultations dédiées aux demandeurs d'asile souffrant de troubles psychiatriques.

Ainsi, quels peuvent être les signes d'alertes accessibles aux soignants de soins primaires ? Quelle prise en charge peut être proposée ?

Quels résultats sont observés après une prise en charge thérapeutique et quelles sont les modifications sur leur quotidien ? Quel est l'intérêt de cette prise en charge ?

C'est à ces différentes questions que j'ai voulu m'intéresser, et c'est pour ces raisons que j'ai réfléchi à ce sujet de thèse.

Tout d'abord, ce sujet a-t-il un intérêt ? C'est à dire, est ce qu'il concerne une population conséquente ? Dans quelle mesure ces troubles sont-ils existants ?

En reprenant la littérature sur les syndromes psycho-traumatiques (SPT), il apparaît que la prévalence est significative dans la population générale, et d'autant plus dans certaines populations spécifiques tels que les réfugiés : Selon différentes études menées aux Etats-Unis et en Europe, on considère que les syndromes psycho-traumatiques concernent 1 à 10 % de la population générale, avec une grande variabilité dans les différents groupes de populations¹. En Europe, la prévalence des troubles post-traumatiques dans la population générale est de 1,9 % selon l'étude ESEMed¹, dans laquelle les troubles non spécifiques associés sont aussi importants qu'aux Etats-Unis.

D'après une étude menée par le COMEDE (Comité Médical pour les Exilés) en 2004 sur 17836 patients exilés ayant consultés, le taux de prévalence de psycho-traumatismes à la première consultation est de 1,12 %² et les psycho-traumatismes graves représentent 33 % des pathologies prise en charge au Comede. C'est d'ailleurs le premier motif de suivi³.

C'est par ailleurs une pathologie chronique puisque dans un tiers des cas les symptômes persistent plusieurs années.

De plus ce syndrome est rarement isolé, on retrouve des pathologies associées telles que des syndromes dépressifs, des manifestations somatiques... dans 80 % des cas.

Chez les réfugiés, on retrouve des taux élevés de SPT, et souvent persistants des années, même après l'intégration dans le pays d'accueil.

Or, en France, il y aurait 50 000 demandes d'asile (DA) par an en moyenne, avec par exemple 52 762 demandes en 2010⁴.

Selon les études menées auprès de réfugiés de différentes origines, la prévalence varie de 20 % à 86 % , avec de nombreuses comorbidités psychiatriques^{3,5-7}.

La prévalence peut être variable avec le traumatisme lui même : certains évènements ont un fort potentiel psycho-traumatologique (crimes et agressions violentes de toute nature perpétrés par l'homme, attaques terroristes, viols et agressions sexuelles (60 à 80 %))⁶

Enfin, dans l'observation du COMEDE³, les syndromes psycho-traumatiques constituent la première cause de morbidité chez les exilés, avant l'hépatite B chronique ou les maladies cardio-vasculaires.

Nous pouvons donc constater à partir de ces données épidémiologiques succinctes que c'est un trouble significativement présent dans la population générale, et que l'on ne peut méconnaître dans la population des DA, avec l'association fréquente d'autres pathologies psychiatriques et un fort risque d'évolution vers la chronicisation, ce qui pourrait être un handicap parfois considérable pour la qualité de vie de ces patients.

C'est donc une préoccupation de santé notable étant donné les lourdes conséquences sur les différents pans de la vie des sujets.

Or, la prévalence du trouble contraste avec sa sous-reconnaissance dans les soins primaires, y compris chez les sujets à haut risque d'exposition. Celle-ci est liée par exemple à la méconnaissance des troubles par les acteurs professionnels au premier plan, et donc souvent le médecin généraliste qui est le médecin de premier recours. Ainsi, le repérage d'un antécédent d'événement traumatique associé à une détresse psychologique augmenterait significativement la reconnaissance d'un SPT par les praticiens de première ligne⁸.

Ceci souligne l'intérêt de développer des stratégies de prévention secondaire et tertiaire, de repérer les sujets à risque afin de les suivre de façon adaptée.

Il semble donc important que les médecins généralistes confrontés aux populations à risque soient informés de ces troubles pour pouvoir les dépister et mettre en place une thérapeutique adaptée⁹.

« S'il est possible de dépister précocement les victimes à haut risque de développer un SPT, cela permettrait d'instaurer des thérapeutiques le plus tôt possible pour éviter l'émergence d'un trouble envahissant, chronique et handicapant. »⁸

Enfin, on le développera plus loin, il existe de nombreux facteurs de risque, qui concernent très souvent cette population. Ainsi, être sensibilisé d'une part à cette entité, d'autre part à ces facteurs aggravants est un enjeu de prévention secondaire important.

Par ailleurs, je rappellerai que l'OMS définit trois critères nécessaires pour qu'une pathologie fasse l'objet d'un dépistage : il doit s'agir d'une maladie grave, dont la prévalence est élevée, et pour laquelle il existe un traitement efficace.

Nous ne sommes pas dans le cas d'un dépistage collectif, mais il semble donc légitime de s'intéresser à ce trouble.

En ce qui concerne la population que j'ai choisie, la santé est une condition à une intégration réussie : « dans la course d'obstacles que constitue le parcours d'intégration, la découverte tardive d'une maladie grave peut constituer un handicap lourd »¹⁰, ainsi, des désordres psychiatriques entravant la santé mentale pourraient être délétères pour l'intégration. Ce qui conforte l'hypothèse qu'une prise en charge de ces troubles, si elle permet une amélioration des symptômes, favoriserait alors un meilleur vécu post migratoire. De plus, on constate déjà dans les structures existantes pour les premiers recours que ces patients adhèrent très bien à cette démarche, si la confidentialité est respectée et qu'il existe de bonnes conditions de communication.

Enfin, les traumatismes subis, les particularités épidémiologiques et l'exclusion dont ils sont victimes renforcent les effets de la maladie chronique, d'où l'intérêt d'un dépistage précoce pour une meilleure prise en charge médico-psycho-sociale si celle-ci s'avère efficace.

Aussi, d'après des critères retenus par l'OMS pour étayer la pertinence d'un dépistage des psycho-traumatismes, il faut qu'il y ait un traitement disponible et efficace. C'est l'hypothèse que je formule ce jour et que j'essaierai d'argumenter et de discuter grâce à l'exposé d'entretiens menés auprès de DA suivis pour des troubles psycho-traumatiques et bénéficiant d'un suivi psychiatrique.

Questions posées :

Parmi les migrants, nombreux souffrent de syndromes psycho-traumatiques, une prise en charge précoce et adaptée peut-elle faciliter l'intégration ? Quelle est l'impact d'un suivi sur la qualité de vie ? Quelles sont les caractéristiques de ces syndromes et quels sont les facteurs favorisants ou freinateurs à prendre en compte dans cette démarche thérapeutique ?

Dans la première partie, après avoir fait un état des lieux de la situation actuelle des migrants en France et de leur niveau de santé, je reprends la littérature concernant les syndromes psycho-traumatiques, qui sont maintenant bien définis par les différentes classifications, puis je développe les nombreuses particularités cliniques liées à cette population, qu'il faudra prendre en considération.

Dans une deuxième partie, j'expose la méthode utilisée, puis les résultats ainsi que l'analyse, pour aboutir ensuite dans une troisième partie à la discussion, dans laquelle nous pourrions reprendre les différents facteurs spécifiques intervenant dans cette prise en charge.

I – PREMIERE PARTIE : ASPECTS THEORIQUES

1. UN ETAT DES LIEUX

1.1. Les migrants en France

Pour cette partie concernant l'épidémiologie et afin de faire un état des lieux de la santé des migrants en France, j'ai utilisé comme sources le rapport d'activité annuel 2010 du COMEDE et le rapport d'activité 2010 de Médecins du Monde (Mdm). En effet, le nombre de consultations et de prise en charge de patients à travers ces deux structures sont conséquentes, et ces associations peuvent constituer des postes d'observation pertinents de la santé des migrants. Le COMEDE travaille à la promotion de la santé des exilés. Il a une grande activité de consultations.

Les demandeurs d'asile sont toutes les personnes qui demandent le statut de réfugié au titre de la convention de Genève de juillet 1951.

Le statut de réfugié est délivré par l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) ou par la CNDA (Cour Nationale du Droit d'Asile).

Ce sont donc tous des exilés, ce qui évoque le caractère contraint de la situation de migration. C'est une notion importante d'un point de vue psychologique.

On considère qu'il y a en France un million d'exilés ^{4,11}.

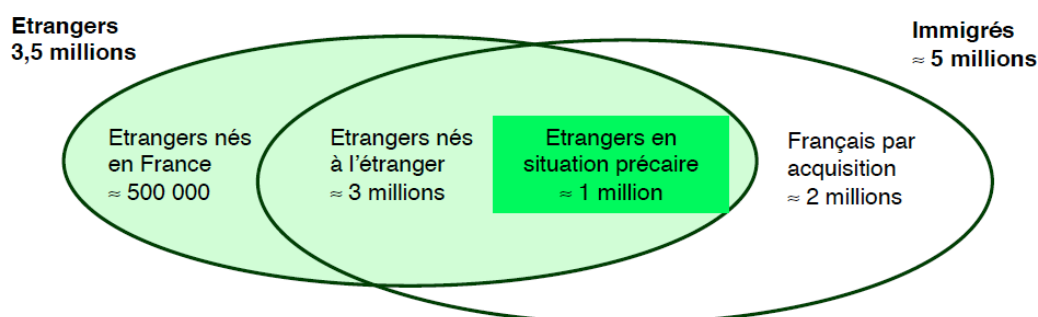


Figure 1 – Populations d'étrangers et immigrés résidant en France (Sources : Rapport DPM 2006, Insee 2006, Rapport Cici 2006)

Les étrangers en situation précaire incluent les demandeurs d'asile, les réfugiés, les étrangers venus pour une maladie, mais aussi les "sans-papiers" (aucune démarche en cours donc aucun papier transitoire d'autorisation de présence en France), et les "déboutés" (demande de statut de réfugié rejetée, donc plus de droit de rester sur le territoire)

Ils sont originaires de régions très diverses, en particulier d'Europe de l'est, d'Afrique de l'ouest, d'Afrique centrale, d'Afrique du nord et d'Asie.

En pratique, les frontières de la France sont officiellement fermées depuis 1974. Depuis, l'immigration est possible par l'intermédiaire de titre de séjour temporaire ou permanent pour raison d'asile politique et pour le regroupement territorial. Il existe aussi des autorisations transitoires pour raisons de santé, permettant l'accès à des cartes de séjours : cela reste une situation précaire.

En ce qui concerne l'asile politique, la législation qui existe depuis la convention de Genève permet à " toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité, et qui ne peut, ou du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays."⁴

La demande d'asile doit être faite par le sujet, elle est accordée par l'OFPRA. Le taux d'accord reste très faible.

Selon les derniers rapports de l'OFPRA, le nombre de demandeurs d'asiles augmente chaque année, en moyenne 20% de progression par an, avec en 2010, 52 762 demandes⁴. On considère que le taux d'admission est de 18 %. Lors d'un refus, les demandeurs peuvent faire un recours auprès de la Commission de Recours des Réfugiés (CRR).

Le dossier de demande se dépose à la préfecture, en échange duquel on remet un certificat de dépôt, qui atteste qu'une procédure est en cours et permet alors au sujet de rester sur le sol français. Le délai avant le premier entretien est en général de six à neuf mois. Pendant ce temps, le sujet n'a aucun droit de travail, ni de prestation en nature. Il peut par contre bénéficier de l'AME (Aide Médicale d'Etat) puis de la CMU (Couverture Maladie Universelle) (cf. page 21).

Ensuite le délai d'attente pour la réponse de l'OFPRA est également long. S'il y a un appel auprès du CRR, la décision finale peut être donnée au bout de quatre ou cinq ans au total. Période pendant laquelle le sujet reste en situation de précarité et de vulnérabilité.

Les structures d'accueil existantes sur le plan social sont les CASO (Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation) et les CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile). La plupart des DA sont connus de ces structures, c'est par leur intermédiaire qu'ils peuvent avoir un logement, et de nombreux travailleurs sociaux peuvent les aider pour les guider dans les différentes démarches. C'est très souvent grâce à leurs services que les sujets nécessitant des soins sont mis en contact avec les différentes structures médicales pouvant les accueillir.

Sur le plan de l'hébergement, d'après l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales) la situation est très précaire et préoccupante puisque déjà en 2002, la CNCDH (Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme) affirmait alors que "la situation actuelle ne correspond pas aux exigences élémentaires de respect des droits de l'homme". Ainsi, seul 15 % des demandeurs se voit attribuer un logement en foyer ou en hôtel. La plupart doivent donc se débrouiller seuls, dans la rue, dans des "squats".

D'autres sources telle que l'association "Forum Réfugié", mais aussi Médecins du Monde ou encore le Secours Catholique dénonce le manque de moyen et la précarité dans laquelle ces patients vivent avec des difficultés de logement qui sont récurrentes¹².

1.1. Quels droits sur le plan administratif ?

Pour mieux appréhender les tenants et les aboutissants de la prise en charge de ce problème de santé, il est important de connaître les droits des patients concernant la protection sociale. Quelles sont les conditions pour ces patients pour bénéficier de soins médicaux adaptés et y avoir accès ?

Tout titre de séjour en cours de validité attestant de la régularité de vie en France permet d'ouvrir des droits en tant que bénéficiaire de la sécurité sociale.

Le code de la sécurité sociale définit une liste de titres de séjours : par exemple, les titres de séjour avec autorisation de travail, les demandes d'asile ou de renouvellement de titre de séjour. A défaut de titre de séjour, les étrangers titulaires d'un récépissé de demande de titre de séjour, d'une convocation ou d'un rendez-vous en préfecture, sont considérés comme remplissant la condition de séjour régulier pour être affilié au titre de la « résidence » en France, c'est-à-dire au titre de la « couverture maladie universelle de base »¹³. Dans toutes ces situations, le sujet peut bénéficier de la CMU, pour laquelle un délai de présence en France de trois mois est exigé.

Dans le cas où le séjour devient irrégulier, c'est à dire sans papier attestant du droit de séjour, le maintien des droits de l'assurance maladie pour les étrangers est d'un an. Cela concerne par exemple les déboutés du droit d'asile.

Pour ceux qui n'ont jamais eu de titre de séjour, ils sont en principe exclus de l'assurance maladie.

Pour les frais de santé des personnes ne bénéficiant pas de l'assurance maladie, il existe l'AME (Aide Médicale d'Etat) « de droit commun » (à différencier de l'AME « sur décision du ministre ») : elle assure la protection des étrangers en séjour non régulier, elle leur permet de bénéficier des mêmes soins que les assurés sociaux, sans avance de frais. Elle ne concerne que les « sans papiers », sans procédure de régularisation en cours. La prise en charge est basée sur les tarifs fixés par la sécurité sociale. Deux conditions sont nécessaires : être en France depuis plus de trois mois, et pouvoir justifier d'y être dans des conditions non occasionnelles.

Si les patients sont depuis moins de trois mois en France, ils peuvent bénéficier de l'AME sur « décision du ministre », parfois appelée « aide médicale humanitaire » : sous réserve de certificat attestant que l'absence de soins entraînerait un pronostic vital ou à l'altération grave et durable de la santé^{13,14}.

Enfin, il existe le droit au séjour pour des raisons médicales : En cas de découverte de maladie grave, il est possible pour le migrant de faire une demande de droit au séjour pour raison médicale. Par ailleurs pour les demandeurs d'asile, il y a la possibilité de faire une demande concomitante (les deux demandes ensemble)¹⁵.

D'après ces éléments, on peut déjà constater que la situation de ces patients est en général précaire, source de souffrances supplémentaires, et rajoute des difficultés pour

des soins médicaux de qualités. Les contraintes de la réalité pèsent à chaque instant dans le suivi psychiatrique. En effet, ces contraintes sociales et politiques comptent beaucoup dans la souffrance psychique des patients, il s'agit donc de ne pas négliger ces deux dimensions.

1.2. Le réseau de soins qui leur est offert

1.2.1. Pour les soins de premiers recours

Il existe en France 28000 établissements de santé et médico-sociaux¹⁶ :

- Les dispositifs de santé publique, dont les Centres référents en santé mentale : Ils assurent des services de prévention gratuits et de dépistage. Ils peuvent délivrer certains médicaments (par exemple des psychotropes dans les CMP).
- Les dispositifs de soins de droit commun : cabinets médicaux, hôpitaux publics... Ils sont payants et accessibles pour les personnes bénéficiant d'une couverture sociale.

Sauf dans certaines situations d'urgence, où des soins peuvent être délivrés gratuitement : ce sont les PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) dans les hôpitaux publics. Possibilité de soins curatifs, délivrance de traitements, premiers examens complémentaires ou avis spécialisés. Si la situation se chronicise, il faut ensuite bénéficier de la CMU et reprendre un parcours de soins classique.

- Les dispositifs de soins gratuits : pour les démunis et personnes en situation d'exclusion. Ce sont par exemple les consultations de Médecins du Monde dans les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation.
- Il faut également citer le centre du COMEDE qui délivre à Paris des consultations médico-psycho-sociales, en 20 langues.

1.2.2. Pour la psychiatrie

- Les Equipes Mobiles de Psychiatrie et Précarité. (constituées d'infirmières et psychologues principalement). Une permanence par un psychiatre y est assurée. Ces équipes dépendent des hôpitaux publics.

- Les CMP, non spécifiques des exilés, mais ils délivrent des soins gratuits, avec possibilité de remise de médicaments initialement.
- Les services de psychiatrie des hôpitaux publics.
- Possible prise en charge des situations d'urgence par le 115 (pour les personnes en grande précarité.)

1.3. La santé mentale des migrants

1.3.1. Situation chez les exilés

Le COMEDE possède un centre de consultation qui lui a permis de réaliser plusieurs études et observations sur cette population, concernant son état de santé.

Tout d'abord, depuis 1984, des médecins du COMEDE proposent d'effectuer un bilan de santé à l'arrivée des migrants pour dépister les pathologies graves les plus fréquentes¹². Ils notent que la pathologie la plus représentée concerne les psychotraumatismes, le plus souvent sous forme de névroses traumatiques, dans un contexte de violence.

Dans une étude réalisée sur 21742 exilés, et donc pas seulement des demandeurs d'asile, 81 % des patients présentent une pathologie grave. (diabète, maladie cardiovasculaire, hépatites, tuberculose...). Les psycho-traumatismes y sont les plus fréquemment retrouvés avec un taux de 61 pour 1000 ^{11,17} (tableau I).

Tableau I: Taux de prévalence des pathologies graves observés au COMEDE par région et pays d'origine¹⁷

Taux pour 1000 personnes, parmi 21 742 patients accueillis en médecine 2001-2007
Les cases foncées ■ signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global

Région & Pays effectif	ANG	AST	BIL	DIA	MCV	PSY	TUB	VHB	VHC	VIH
Taux global Comede	20	14	12	29	42	61	8	51	15	13
Taux global France OMS	*	nc	**	38	nc	nc	0,09	7	8	2
Taux global Monde OMS	*	nc	**	30	nc	nc	2,4	58	31	7
Afrique centrale 5 754	24	8	2	26	71	91	13	52	24	32
Angola/Cabinda 679	38	1	3	20	54	78	24	58	38	14
Cameroun 403	15	10	2	32	80	107	8	94	44	62
Congo 677	9	9	4	35	59	92	12	53	16	28
Congo RD 3 805	27	10	1	27	78	93	12	44	23	30
Afrique du Nord 487	*	22	**	68	62	103	5	13	11	2
Algérie 399	*	22	**	65	60	108	2	2	5	2
Afrique de l'Ouest 4 979	12	23	47	19	36	57	7	121	7	16
Côte d'Ivoire 531	13	17	4	28	48	87	0	142	23	41
Guinée Conakry 656	26	6	9	17	33	134	9	116	7	16
Mali 1 030	1	41	101	23	36	17	11	158	5	11
Mauritanie 1 652	2	20	64	6	24	24	8	109	3	9
Nigeria 265	26	23	4	23	38	98	7	72	7	19
Sénégal 287	17	35	35	28	52	21	3	129	7	3
Sierra Leone 219	50	9	13	-	36	105	4	96	-	23
Asie de l'Est 217	9	14	**	19	41	32	9	79	14	-
Chine 143	-	14	**	7	21	21	14	77	-	-
Asie du Sud 6 679	32	16	**	45	32	35	6	10	7	-
Bangladesh 1 963	59	14	**	49	26	16	2	26	3	-
Inde 453	4	16	**	29	47	29	18	9	6	-
Pakistan 320	12	44	**	53	38	19	19	25	106	-
Sri Lanka 3 932	22	15	**	45	32	46	5	1	2	-
Caraïbes 522	10	5	**	40	31	59	12	25	4	16
Haïti 520	9	5	**	40	31	59	12	25	4	16
Europe de l'Est 2 418	*	4	**	7	12	61	3	36	21	<1
Moldavie 104	*	9	**	9	29	29	19	77	77	-
Russie/Tchéchénie 220	*	10	**	10	18	105	0	14	59	4
Turquie 1 768	*	3	**	7	8	58	3	39	-	-

* ANG Anguillulose intestinale, présente en zone inter-tropicale, AST Asthme persistant,
** BIL Bilharziose Urinaire, présente en Afrique et en méditerranée orientale, DIA Diabète,
MCV Maladies cardio-vasculaires, dont hypertension artérielle, PSY Psycho-traumatisme sévère,
TUB Tuberculose, VHB Hépatite B chronique, VHC Hépatite C chronique, VIH Inf.à VIH-sida

Ces résultats se confirment les années suivantes comme le montre le tableau II: ³

Tableau II- Taux de prévalence observés au COMEDE, par sexe, par région et par pays d'origine³

Taux pour 1000 personnes, parmi 17836 patients accueillis en médecine 2004-2010

Les cases foncées signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global

Région & Pays <i>effectifs Femmes - Hommes</i>	ANGUILL.		ASTHME		CANCER		DIABETE		M. CARD.		PSY. TRA.	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Taux global 4 469-13 368	6	22	14	18	9	3	49	37	95	42	188	86
Taux global France	*	*	nc	nc	nc	nc	38	38	nc	nc	nc	nc
Taux global Monde	*	*	nc	nc	nc	nc	30	30	nc	nc	nc	nc
Afrique australe 61-45	-	-	49	22	16	-	82	111	197	200	197	67
Madagascar 33-22	-	-	61	-	30	-	30	2 cas	212	5 cas	242	2 cas
Afrique centrale 1 905-2 148	10	37	10	12	9	3	37	35	123	81	196	169
Angola/Cabinda 115-241	26	58	-	9	-	-	61	33	122	66	139	158
Cameroun 193-212	10	14	10	9	26	-	73	38	234	47	93	137
Congo 244-305	-	13	16	10	16	3	25	52	123	49	238	157
Congo RD 1 275-1 290	9	44	10	14	5	4	32	32	109	96	207	179
Rwanda 38-30	-	67	26	-	-	-	53	33	79	167	237	333
Afrique de l'Est 71-200	14	-	-	10	-	-	-	-	-	10	268	110
Soudan 9-114	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	2 cas	88
Afrique du Nord 135-326	*	*	7	25	52	21	156	83	170	58	136	131
Algerie 107-237	*	*	9	17	65	21	150	89	206	59	140	105
Maroc 19-54	*	*	-	37	-	19	5 cas	74	1 cas	37	2 cas	56
Afrique de l'Ouest 966-3 370	7	14	19	34	3	3	46	24	80	46	227	93
Côte d'Ivoire 182-431	5	19	16	12	-	7	16	35	82	46	247	86
Guinée Conakry 326-708	12	28	9	6	3	3	34	18	61	34	301	220
Mali 132-631	-	-	53	68	8	3	114	19	167	43	68	22
Mauritanie 82-900	-	-	24	39	-	2	37	8	37	29	207	46
Nigeria 78-218	-	28	-	37	-	5	13	46	-	73	244	138
Senegal 51-181	-	11	39	66	-	-	78	50	137	99	118	11
Sierra Leone 32-81	62	62	-	37	-	-	-	-	94	62	219	160
Togo 29-69	-	14	1 cas	14	1 cas	-	3 cas	87	3 cas	130	8 cas	145
Asie centrale 59-199	*	*	-	5	-	5	17	-	51	15	51	55
Afghanistan 2-125	*	*	-	-	-	-	-	-	-	8	2 cas	80
Mongolie 46-52	*	*	-	19	-	19	22	-	22	38	22	-
Asie de l'Est 46-58	-	17	22	-	65	-	22	69	87	34	87	52
Chine/Tibet 28-39	-	-	1 cas	-	2 cas	-	-	51	1 cas	-	1 cas	-
Asie du Sud 655-5 351	2	30	17	15	5	1	81	51	53	32	148	42
Bangladesh 79-2 050	13	48	13	11	12	1	38	60	-	34	114	27
Inde 13-260	-	4	-	15	-	8	-	50	1 cas	73	-	38
Pakistan 10-276	-	-	-	47	-	-	-	69	-	43	-	40
Sri Lanka 552-2 757	-	23	18	14	4	1	91	43	62	25	158	54
Caribes 160-155	-	6	19	6	6	6	50	90	63	52	94	129
Haiti 159-151	-	6	19	7	6	7	50	86	63	46	94	132
Europe de l'Est 343-1 326	*	*	17	4	15	6	41	8	70	14	216	116
Arménie 38-51	*	*	1 cas	-	-	39	26	-	132	59	211	98
Géorgie 19-43	*	*	2 cas	-	-	-	-	-	2 cas	-	4 cas	93
Moldavie 18-35	*	*	1 cas	-	-	-	1 cas	-	-	57	1 cas	57
Russie/Tchetchén. 102-233	*	*	10	4	29	4	39	9	98	13	225	150
Turquie 122-867	*	*	8	5	8	3	33	8	16	9	279	111
Moyen-Orient 20-113	*	*	-	-	-	-	1 cas	-	-	62	5 cas	88

* Anguillulose intestinale, présente en zone inter-tropicale, Asthme persistant, Maladies cardio-vasculaires, dont hypertension artérielle, Psycho-traumatisme sévère

Cette observation du COMEDE auprès de 17836 patients sur leur santé mentale montre que le taux de prévalence des syndromes psycho-traumatiques chez les exilés reste élevé (112 pour 1000). On note aussi qu'il est plus élevé chez les femmes. Le tableau montre que ce taux de prévalence est toujours plus important que le taux de prévalence des autres pathologies les plus fréquemment retrouvées (diabète, infections VIH, VHB...) sauf pour les patients venant du Mali et des pays d'Afrique du Nord².

Les psycho-traumatismes graves représentent 33 % des pathologies prises en charge au COMEDE³. C'est d'ailleurs le premier motif de suivi. Mais la prévalence des troubles psycho-traumatiques chez les exilés est difficile à estimer avec exactitude. Toutes les estimations soulignent que les chiffres avancés sont sûrement sous-évalués.

Aussi, dans une étude pour réaliser un état des lieux de la situation en Europe (recherche souhaitée par la Commission Européenne), Angèle Malâtre indiquait que « d'après les statistiques fournies par les associations, 20 % des réfugiés et demandeurs d'asile dans l'union européenne sont gravement traumatisés du fait de la guerre, de la violence ou de persécutions qu'ils ont vécu dans leur pays d'origine et ont besoin d'un traitement d'assistance... »¹⁸

Importance des violences et tortures dans la population étudiée :

Dans une étude en 2005, sur 5027 patients accueillis par le COMEDE, la moitié avaient subi des violences politiques et un quart présentait des séquelles traumatiques²(tableau III) : 52% des patients avaient subi des violences, (selon la définition de l'OMS) et un quart des patients avaient subi des actes de torture (selon la définition ONU). Le risque de psycho-traumatisme retentissant sur la vie quotidienne était 2,3 fois plus élevé lorsqu'il existait un antécédent de violence, et 2,8 fois plus élevé s'il s'agissait de torture².

A noter que ces troubles, lorsqu'ils sont diagnostiqués par des professionnels, peuvent donner lieu à la délivrance de certificats médicaux destinés à la procédure de droit d'asile. Des certificats furent délivrés pour 18 % des patients, dont 10 % pour des psycho-traumatismes, avec des séquelles objectivables¹⁹ (tableau III).

Tableau III – Fréquence des antécédents de violence, de torture, de la délivrance des certificats médicaux et des psycho-traumatismes graves¹⁹

Indicateurs	Total	Principales régions d'origine								Sexe	
		AFC	AFE	AFN	AFO	AMN	ASC	ASS	EUE	F	H
ATCD Violence	52%	48%	95%	11%	35%	54%	46%	68%	58%	48%	54%
ATCD Torture	23%	22%	37%	2%	16%	9%	7%	34%	20%	17%	25%
Certificat asile	18%	12%	33%	1%	14%	11%	12%	26%	24%	12%	20%
Psycho-trauma	10%	16%	11%	13%	9%	15%	1%	5%	10%	16%	8%
effectifs	3 612	956	45	77	959	66	74	1 007	347	878	2 734

ATCD Antécédent, AFC Afrique Centrale, AFE Afrique de l'Est, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, AMN Amérique du Nord/Antilles, ASC Asie Centrale, ASS Asie du Sud, EUE Europe de l'Est.

Ensuite, en 2010, Médecins Sans Frontière proposait un suivi psychologique systématique auprès de 300 demandeurs d'asile. La plupart avaient des antécédents traumatiques, et de nombreux symptômes psychiatriques ont été observés (troubles intellectuels et cognitifs, reviviscences et cauchemars, sentiments de culpabilité, idées suicidaires...). Les diagnostics les plus fréquemment posés étaient les troubles psycho-traumatiques (30 %) ²⁰.

Aussi, d'après le CREDES (Centre de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé), il y a plus de maladies psychologiques et de toxicomanie chez les migrants que chez les français ²¹.

Par ailleurs, une enquête de l'Inpes en 2006 ¹¹, retrouve une prévalence supérieure chez les migrants en ce qui concerne les crises d'angoisse et les ESPT.

Enfin, au sein du COMEDE, on souligne le fait que les patients les plus vulnérables accueillis sont les DA. Ils sont les plus vulnérables sur le plan de la santé, souvent isolés et éloignés de leur famille dont ils ignorent en général le destin. De plus ils survivent dans une situation de grande précarité sociale et administrative ³.

1.3.2. Une autre porte d'entrée : les populations vulnérables et démunies

Quelle est la proportion de ces troubles dans la population générale des patients démunis ?

Pour illustrer cette question, je me suis inspirée des observations concernant des patients suivis par MdM qui est souvent une porte d'entrée dans les soins pour beaucoup de migrants.

Les différents résultats portent sur l'ensemble de la population suivie dans ces centres, et donc pas seulement les exilés, contrairement aux patients suivis au COMEDE. Cela explique une proportion moindre des troubles, mais qui reste très représentés, et donc à considérer : La pathologie mentale est retrouvée de façon tout à fait significative dans les différents rapports d'activité des centres de Médecin du Monde :

En 2010⁵ l'analyse des motifs de recours des patients aux centres de santé met en évidence que les troubles anxieux sont très fréquemment rapportés : huitième rang des motifs de recours (9,1%) mais 4^{ème} rang des résultats de consultations (11,5%). Ce qui laisse à penser que ces troubles sont plus fréquemment repérés par les médecins qu'exprimés par les patients. C'est un argument en faveur de la nécessité d'être sensibilisé au trouble, puisqu'il n'apparaît pas toujours comme le motif de consultation initial.

On peut aussi observer que les troubles psychiatriques sont la troisième cause de suivi à moyen et long terme après l'hypertension artérielle et le diabète, avec 16 % des suivis au long court⁵.

Ces résultats sont relativement stables depuis plusieurs années. On retrouvait par exemple en 2007 que les pathologies psychiatriques représentaient 11 % des motifs de consultations (6ème rang) et 12,8 % des résultats de consultations effectuées par les médecins. (4ème rang).

De plus, il est rapporté que dans cette population des plus démunies, ces troubles sont deux fois plus souvent mentionnés lorsque les consultants sont demandeurs d'asiles²².

Dans 72 % des cas où un trouble psychique a été identifié, une prise en charge à moyen ou long terme s'est avérée nécessaire.

Il est retrouvé à travers l'activité de ces centres de consultations que la principale problématique de santé des demandeurs d'asile est la souffrance psychique, en lien

souvent avec le vécu traumatique avant l'exil et le stress du parcours migratoire et post-migratoire²³.

Sur 2128 consultations délivrées à des demandeurs d'asile par Médecins du Monde en 2007, 17 % concernaient des troubles psychologiques (contre 12,5 % sur l'ensemble des consultations). Souvent, les patients ne consultaient pas pour des symptômes psychiatriques initialement²³.

Le rapport souligne l'importance de dépister, à l'occasion de bilan de santé, les troubles psycho-traumatiques.

Ainsi, comme le montrent ces quelques données, c'est un phénomène de santé fréquent dans la population étudiée.

Sa prise en charge est en enjeu majeur de santé public et la promotion de la santé mentale chez les exilés devrait être tout aussi prioritaire que la lutte contre le VIH ou la tuberculose. Il est donc important que les médecins, de premier recours en particulier, mais aussi tous les médecins étant confrontés de par leur activité à la population des exilés, soit sensibilisés aux SPT afin de délivrer des soins adaptés.

2. LES TROUBLES PSYCHO-TRAUMATIQUES

2.1. Historique des psycho-traumatismes^{1,24,25}

Les psycho-traumatismes apparaissent dans l'histoire de la psychiatrie au décours d'événements tragiques et évoluent avec le temps, avec quelques grandes étapes dans la construction de cette entité pathologique.

Dès l'antiquité, on retrouve déjà les premiers écrits évoquant des troubles de la personnalité survenant dans les suites de traumatismes avec par exemple Hérodote, (390 av JC) (le cas d'Epizelos) ou les observations dans les écrits d'Hippocrate (400 av JC), ou de Lucrèce (55 av JC)...

Plus tard, en 1572, Ambroise Paré rapporte une observation d'un roi assailli d'hallucinations et cauchemars dans les suites d'un massacre.

Ensuite, Pinel, en 1808 : dans « Nosographie philosophique » décrit des observations de traumatisés dans les suites de la Révolution. Et il définira pour la première fois la « névrose de la circulation et de la respiration » où il insiste sur la dimension neurovégétative et l'importance de l'anxiété réactionnelle.

À l'époque des guerres napoléoniennes on parle du « syndrome du boulet » avec Desgenettes, Percy, Larrey (médecins militaires) : il s'agit du syndrome correspondant à l'état de stupeur observé suite au coup d'air lié au passage d'un boulet juste à côté de la tête.

Les guerres du milieu du 19^{ème} siècle vont aussi être à l'origine de plusieurs descriptions d'états d'hébétude ou de désespoir des soldats face à l'horreur, ou de cas d'hystérie réactionnelle à des frayeurs (Briquet : *traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*).

Puis c'est l'époque de la découverte de l'inconscient :

En 1888 : naissance de « la névrose traumatique » avec H. Oppenheim, suite aux accidents de chemin de fer. Première description de troubles dominés par la reviviscence, des troubles neurovégétatifs, une labilité émotionnelle, de troubles phobiques, ou encore des syndromes hystériques consécutifs à ces accidents.

Il développe alors la thèse psychogénique pour expliquer ces symptômes et parle déjà de la notion d'effroi, avec ébranlement psychique « tellement intense qu'il en résulte une altération psychique durable. ».

Il note alors le contraste entre l'absence de trouble somatique et l'importance des troubles observés chez des patients ayant eu seulement un choc psychique. Il insiste donc sur la dimension causale émotionnelle, bien différente de la conception insistant sur la pathogénie commotionnelle traumatique liée à un trauma de l'encéphale : « Railway Brain ».

En 1890, Charcot à la Salpêtrière va insister sur la reconnaissance de l'origine émotionnelle de certains troubles, devant la disproportion entre l'absence de trouble physique et l'importance des pathologies des patients. Mais pour lui, cette description est à rattacher à l'hystérie, il n'existe pas encore de concept de névrose traumatique « autonome ».

Janet, en 1889, dans sa thèse « Automatisme psychologique » décrit des cas d'hystérie, de neurasthénie, liés à des chocs émotionnels. Il attribue leur psychogénèse à la « dissociation de la conscience » avec une partie de la conscience liée au souvenir du traumatisme qui va susciter des actes et cauchemars inadaptés et automatiques, alors que le reste de la conscience continue de progresser et permet les actes et pensées adaptés.

Enfin, en 1895 Freud (avec Breuer) écrit que le traumatisme joue un rôle dans la genèse des troubles mentaux (*Etudes sur l'Hystérie*). Ils proposent alors un traitement par l'hypnose à visée cathartique.

Puis il reconnaît l'autonomie de la névrose traumatique. Elle est alors différente des névroses de transfert (hystérie, phobie...) qui trouvent leur origine dans l'enfance.

Ensuite, avec la première guerre, on retrouve différents écrits sur ces symptômes : Milian, en 1915, décrit « l'hypnose des batailles » pour illustrer l'état confuso-stuporeux suite aux situations d'effroi, de frayeur dans les combats du début de la guerre. Après c'est l'apparition de « l'hystérie de guerre » puis de la « névrose de guerre » correspondant à une hyperréactivité comportementale, décrite comme forme particulière de la névrose traumatique. À ce moment, à nouveau, l'hypothèse commotionnelle pour expliquer la pathogénie, laisse la place à l'hypothèse émotionnelle.

Avec la longueur de la guerre, les psychiatres vont parler de « changement de la personnalité » avec mouvement régressif, sentiment de non-sens, de passivité, d'épuisement permanent, reviviscences, cauchemars...

C'est à ce moment que la psychanalyse commencera à être utilisée comme moyen thérapeutique. Freud proposera d'ailleurs la création de centre de psychothérapie d'inspiration analytique.

O.Fénichel, dans « *la théorie psychanalytique des névroses* » (1945), en reprenant les conceptions de Freud, détermine le tableau clinique de la névrose traumatique : symptômes de répétitions, « complications psychonévrotiques » anxiphobiques, ou hystériques et le blocage des fonctions du moi.

Avec la 2^{ème} guerre mondiale, la névrose traumatique devient le « syndrome d'épuisement » qui fait plus référence à une cause externe pour expliquer un trouble qu'à un conflit intrapsychique. C'est une réaction normale de rupture en réponse à une situation de stress extrême.

Avec la fin de la guerre et l'horreur, la déshumanisation, les camps de concentration... on décrit le « syndrome des déportés » (Targowla, en 1948) qui se caractérise par une hypermnésie émotionnelle, une asthénie, des algies diverses, des perturbations fonctionnelles, cardiaques, digestives, la présence de dyssomnie, de cauchemars et enfin une incapacité à raconter, une attitude de retrait silencieux lié à la culpabilité d'avoir survécu.

Puis c'est la période des Guerres post-coloniales (Indochine / Algérie / Vietnam) et de l'apparition du terrorisme : il y a un changement de stratégie guerrière avec attentats, otages, terrorisme... L.Crocq parle alors de la « névrose d'insécurité » ou « névrose de guérilla ».

Depuis les années 1970 apparaît en Europe et aux Etats-Unis le terrorisme, nouvelle forme de guerre. On décrit alors le « Syndrome de soumission ». On observe aussi des comportements particuliers comme l'attachement des victimes aux ravisseurs en échange de survie (ce qui rappelle le « syndrome de Stockholm »).

C'est dans les années soixante-dix avec la guerre du Vietnam, que va naître aux Etats-Unis le « Post Traumatic Stress Disorder », conséquences psychologiques présentées par les soldats du front puis par les vétérans de retour à la vie civile.

En 1980, le traumatisme est intégré dans la pathologie mentale en tant que trouble anxieux, 1^{ère} classification dans le DSM III, c'est l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) ou Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Cette terminologie insiste sur l'origine exogène du trouble, et refuse donc l'idée de névrose qui implique une psychopathologie psychanalytique.

L'ESPT est alors seulement une description des symptômes retrouvés.

Ensuite dans le DSM IV, le trouble est précisé : On différencie l'Etat de Stress Aigu : du 2^{ème} jour à un mois après le stress (qui exclut la réaction immédiate du premier jour), et l'ESPT : après un mois d'évolution. Et surtout, le DSM IV donne des critères en rapport avec le traumatisme, ce qui n'était pas pris en compte dans le DSM III.

Enfin, l'OMS avec la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies 10^{ème} version) en 1992, proposera trois diagnostics de réaction à un trauma : la réaction immédiate (deux premiers jours), puis l'état de stress post traumatique (équivalent du PTSD ou ESPT américain) et la « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ».

En France, après avoir longtemps parlé d'ESPT, d'après l'appellation américaine, on tend de plus en plus à parler de « Syndrome Psycho-Traumatique ».

En effet, le concept de trauma devient primordial, comme un phénomène d'effraction dans les défenses psychiques du sujet, mais aussi comme « une confrontation non préparée avec le réel de la mort, le trauma ne pourra être résolu, que par une psychothérapie cathartique pendant laquelle la verbalisation de l'expérience traumatique permet de réintroduire du sens là où le défaut de signifiant avait laissé place à l'indicible.»²⁵

Ainsi, il y a actuellement une remise en question des termes jusque là utilisés, et on préfère faire apparaître la notion de trauma à celle de stress. Avec les cliniciens français L.Crocq, C.Barrois, F.Lebigot on parlera donc de syndromes psycho-traumatiques.

J'expliquerais, dans la partie plus dédiée à la clinique, les différentes particularités de chaque appellation.

2.2. Théorie psychanalytique du psycho traumatisme²⁶⁻²⁹

2.2.1. Représentations métaphoriques

Une métaphore Freudienne montre bien la notion d'unité psychique et les différentes possibilités de réactions et conséquences :

Le psychisme est homogène, comme une « boule », entourée d'une membrane protectrice, correspondant à l'équilibre psychique : cette membrane, chargée d'énergie positive, repousse à l'extérieur toutes les énergies qui pourraient déstabiliser cet équilibre psychique (figure 2).

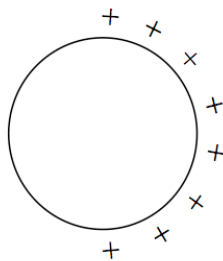


Figure 2 – L'appareil psychique, d'après ³⁰

- le stress, « pression » en anglais, va mettre cette sphère et son enveloppe protectrice en compression et entraîne donc un écrasement de l'appareil psychique, ayant pour conséquence une souffrance et la mise en place de mécanismes de défenses contre ces énergies venant de l'extérieur : c'est l'angoisse et la peur (figure 3).

C'est donc le mode d'expression du sujet face à une situation qui génère un stress, c'est un moyen de défense. Il n'y a pas de rupture de la membrane protectrice. Et cet état est réversible.

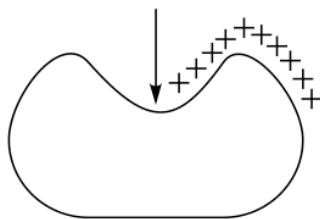


Figure 3 – Le stress, d'après ³⁰

- le trauma : la membrane protectrice est au repos, donc peu chargée d'énergie défensive. Le trauma intervient à un moment d'impréparation (Soudaineté – surprise). Il n'y a alors pas d'écrasement, mais l'image traumatique traverse à l'état brut la membrane et forme comme un corps étranger interne dans la sphère du psychisme et y reste (figure 4). Il y a effraction au cœur du psychisme, l'image est incrustée et demeure dans l'appareil psychique. Cela entraîne une désorganisation de la sphère et la naissance d'un SPT.

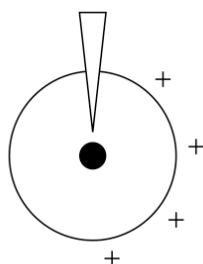


Figure 4 – Le trauma, d'après ³⁰

- le stress-traumatique : c'est la combinaison des deux modèles. C'est à dire que l'image traumatique va produire un stress et donc de l'angoisse.

2.2.2. Le traumatisme : conditions nécessaires

Toujours en s'inspirant des théories Freudiennes, pour parler de traumatisme, il faut avoir certaines conditions réunies :

Le traumatisme sous-entend la rencontre avec le « réel de la mort » : soit comme étant une menace pour le sujet lui-même, soit par l'intermédiaire du décès d'un proche du sujet, ou encore si le sujet est confronté à la vision d'une mort horrible (massacre, torture, épidémie...).

Or la mort n'existe pas dans notre inconscient, nous vivons comme si nous étions immortels. Pourtant, pour intégrer une perception nouvelle, le psychisme a besoin de réalité dans l'inconscient. Cette perception peut alors être prise en charge, transformée, intégrée, seulement s'il existe des représentations en amont dans l'inconscient.

La mort n'est pas réelle dans notre inconscient, donc normalement, il y a impossibilité d'intégration psychique.

Le SPT naît donc avec l'idée que l'enfer réel existe. C'est pourquoi c'est au décours des tragédies que le concept apparaît. Le SPT est lié à la rencontre avec le réel de la mort (Pour les grecs anciens « la mort n'existe pas », Freud : « nous savons tous que nous allons mourir, mais nous n'y croyons pas », Pr C. Barrois : « nous savons ce qu'est un cadavre, mais nous ne savons pas ce qu'est la mort ».)

Ensuite, il insiste sur la notion indispensable d'effroi. Ce qui est différent de l'angoisse ou de la peur, c'est à dire que le sujet n'a pas le temps d'avoir peur, il y a comme un « suspend de la pensée », un « arrêt sur image ». L'image traumatique pénètre alors dans l'appareil psychique et y repousse toutes les représentations qui pourraient permettre son intégration. Il y a alors une absence de support de la pensée pour l'intégration du trauma.

Une autre notion importante définissant un traumatisme, est qu'il résulte toujours d'une perception ou d'une sensation. Il n'y a pas de traumatisme par procuration (photos, discours, vidéo...) ni de traumatisme transgénérationnel. C'est une perception de la mort (la plupart du temps visuelle, mais elle peut concerner tous les sens (odeur de cadavre, sensation d'étouffer...), qui fait irruption dans le psychisme, non conditionné à la recevoir comme nous l'avons expliqué.

Enfin, deux autres caractéristiques sont nécessairement présentes, c'est la brièveté et la soudaineté: Freud a beaucoup insisté sur le facteur de surprise, lorsque la « membrane protectrice fait défaut en énergie défensive ».

2.2.3. Les effets intra-psychiques de l'effraction traumatique

2.2.3.1. Incrustation dans l'appareil psychique d'une image de la mort

L'image va refaire apparition soit dans le sommeil ou dans la vie diurne, à l'état brut. Elle entraîne à chaque fois les mêmes réactions, la même émotion (angoisse, frayeur) : ce sont les reviviscences. Le réel d'avant se surimpose à la réalité de maintenant.

Avec le temps, l'angoisse générée se chronicise et donne un fond d'anxiété permanent, et nous pouvons voir aussi se développer un attachement du sujet pour

l'horreur qu'il revit. Le patient aura donc du mal à s'en séparer et cela entraîne une ambivalence dans les soins.

Par ailleurs, l'irruption de la mort fait percevoir la vulnérabilité de l'être humain, avec la perte du sentiment d'immortalité. La mort devient alors une menace permanente, il y a un effondrement des assises narcissiques qui là encore va entraîner une anxiété, des symptômes dépressifs, des troubles des conduites, des addictions...

Cela va se traduire par le sentiment de « ne plus être comme avant », d'où la demande de « revenir comme avant », ce qui est impossible, et va donc créer l'angoisse et les symptômes dépressifs.

2.2.3.2. Déréliction

La stupeur lors du trauma avec « l'arrêt du langage et des pensées » donne le sentiment d'avoir été abandonné du monde des vivants, des communicants. Or, le langage fait l'humain. Il se crée alors le sentiment d'abandon du monde humain, pour se sentir « comme une bête ». Ce sentiment d'abandon peut ensuite persister, avec des troubles du comportement dans la relation à autrui, des troubles du caractère majeurs avec risque d'exclusion, de vivre reclus. Cela justifie tout l'intérêt des soins immédiats et post immédiats par rapport au sentiment d'avoir été abandonné par la communauté des hommes.

2.2.3.3. Culpabilité

Elle est toujours présente, et souvent difficile à accepter et à comprendre.

Les hypothèses psychanalytiques expliquent qu'il existe dans la sphère homogène du psychisme une zone interdite : « le refoulé originaire », qui correspond aux premières expressions du fœtus et du nourrisson, avant le stade de la parole, et de l'apparition du langage. Cette zone devient ensuite interdite avec l'apparition du langage. Ainsi, y revenir serait un retour vers la vie fœtale, vers le ventre maternel, ce serait une forme d'inceste. Par ailleurs cette zone contient de nombreuses émotions de jouissance pleine, par la suite interdite.

Ainsi, par sa nature d'être une expérience de néant, avec privation de la parole, le traumatisme entraîne un retour vers le « refoulé originaire », vers une zone

intrapyschique normalement inaccessible et interdite. Il y a alors transgression, procuration de jouissance et donc culpabilité.

Alors, chaque réapparition du traumatisme entraînera une forme de culpabilité, difficilement compréhensible par l'individu et l'entourage.

2.3. Evolution du terme ESPT vers le Syndrome Psycho-Traumatique

On insiste surtout sur la différence entre stress et trauma.

L'ESPT a donc d'abord remplacé le terme de névrose traumatique, qui fait référence à une origine enfantine des troubles névrotiques, donc non adapté aux symptômes résultant d'un traumatisme psychique. Mais l'évolution des termes se poursuit puisque qu'actuellement, en Europe, on parle de plus en plus de Syndrome psycho-traumatique, le terme d'ESPT avec le concept de stress ne paraît plus approprié.

Dans sa conférence sur les troubles psycho-traumatiques²⁶, C. Barrois argumente l'explication de ce terme avec l'importance de différencier stress et trauma, avec la notion d'effroi. Il reprend l'idée de fracture interne dans le psychisme lié à l'irruption du réel de la mort, le trauma renvoie brutalement à la fragilité humaine. Le mythe d'invulnérabilité s'effondre avec alors, la recherche d'un sens à tout prix pour combler cette effraction. Le trauma est une rencontre avec le néant qui prive le sujet de toute représentation. Il précise par ailleurs le caractère brutal et inattendu du trauma.

En ce qui concerne le stress, c'est une réponse adaptative, physiologique, à une sollicitation de l'environnement. C'est une réaction d'alerte, de lutte, d'adaptation. Le sujet mobilise ses ressources défensives, dont l'angoisse, et préserve ainsi son appareil psychique de l'agression.

Aussi, il apporte la notion d'absence de fragilité psychique antérieure. Le SPT ne survient pas chez des personnes prédisposées. Ainsi, il convient de ne pas toujours rechercher une cause antérieure, ou un trouble de la personnalité.

2.4. Neurobiologie ESPT

Il existe des désordres retrouvés au niveau neuro-biologique, ce qui légitime l'existence de ces troubles d'un point de vue scientifique.

On a alors une explication psychanalytique, et une origine physiopathologique.

Ces différentes découvertes sont un axe de recherche pour les thérapeutiques médicamenteuses à venir.

Je vous laisse vous référer aux articles correspondants (31,32) : je ne détaille pas ici cette approche qui est tout aussi importante, mais hors sujet.

2.5. Clinique du syndrome psychotraumatique

2.5.1. Cadre nosologique

Pour décrire les aspects cliniques des troubles psycho-traumatiques, je commence par revenir sur l'évolution des différentes classifications et par replacer un cadre nosologique.

Comme expliqué précédemment, la première classification apparaît dans le DSM III et correspond à un aspect très descriptif du trouble, indépendamment du trauma. C'est le PTSD, « post traumatic stress disorder ».

Rapidement, elle est remplacée par la classification du DSM IV qui introduit des critères pour définir le traumatisme. Cette classification anglo-saxonne est actuellement très utilisée sur le plan international.

Dans la CIM 10 (classification internationale des maladies, 10^{ème} version) : On introduit les symptômes non spécifiques au trouble mais très présents dans le tableau clinique, non décrit dans le DSM IV et on parle alors de « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » ou d'état de stress post traumatique si le trauma est inférieur à 2 ans.

Enfin, une nouvelle détermination plus européenne parle de Syndrome Psycho-Traumatique, en particulier avec les psychiatres C.Barrois ; L.Crocq et F. Lebigot²⁵. Ce syndrome reprend les différents critères des classifications du DSM IV et de la CIM 10, mais enlève le mot « stress », car il s'agit d'un trauma et non d'un stress, qui est une réaction psychique physiologique à un événement. De plus, on enlève le « post

traumatique », qui induit une temporalité linéaire. Or ce n'est pas seulement une réponse à une situation extérieure, mais une réelle fracture interne. Ce n'est pas forcément un évènement qui survient sur une personnalité préexistante, ce qui introduit une sorte d'extériorité du traumatique, le traumatique se passe à l'intérieur, c'est l'enfer du souvenir en soi, la conséquence d'une rupture psychique, à l'intérieur²⁶.

Ainsi, de plus en plus on tend à parler de SPT et non plus d'ESPT, même si ce terme reste encore largement utilisé dans la littérature.

En pratique, cette appellation regroupe une grande diversité de présentation clinique : le concept de « névrose traumatique » d' O. Fénichel est repris avec ses trois axes : les symptômes de répétition, les symptômes non spécifiques (syndrome anxieux, syndrome dépressif, troubles du comportement...) et le triple blocage de la personnalité²⁵ : le blocage de la fonction de filtration de l'environnement avec l'incapacité à distinguer les stimuli dangereux de ceux qui sont anodins, le blocage de la fonction de présence avec la perte des intérêts, l'aboulie, l'anhédonie, l'impression d'avenir bouché, et le blocage de la fonction d'amour et de relation à autrui avec l'incapacité à aimer, le sentiment d'être incompris, le vécu d'abandon et le repli.

Mais on décrira aussi des syndromes liés au trauma allant de la névrose traumatique organisée, aux cas quasi psychotiques dominés par la déréalisation et la dépersonnalisation.

A ce jour, c'est toujours le DSM IV et la CIM 10 qui ont valeurs de référence sur le plan international, même si ces classifications sont donc de plus en plus remises en cause.

2.5.2. Tableaux cliniques^{27,33,34}

Pour plus de clarté, je précise d'abord les différentes dénominations des syndromes selon les classifications (DSM IV ou CIM 10)³⁵.

2.5.2.1. Pathologie immédiate réactionnelle au traumatisme : de quelques minutes à un jour

Pas de définition dans la DSM IV, la CIM 10 parle de « réaction aiguë à un facteur de stress » : elle peut passer inaperçue, ou prendre la forme d'une réaction de stress normal, d'une réaction névropathique, d'une réaction psychopathique, ou encore d'un début d'état dissociatif aigu.

La dissociation et la détresse péritraumatique seraient corrélées au risque de développer un trouble psycho-traumatique, d'où l'intérêt de les repérer.

2.5.2.2. Pathologie post-immédiate : supérieur à 2 jours jusqu'à 1 mois :

- DSM IV décrit l'Etat de Stress Aigu : 2^{ème} jour à un mois

Il associe syndrome de répétition (rêves, flashback, images...), évitement des stimuli qui rappellent le trauma, des symptômes anxieux, une activation neurovégétative (trouble du sommeil, agitation, sursaut...), des troubles de l'attention, de la mémoire, de la concentration et des difficultés d'intégration des stimuli extérieurs, une humeur fluctuante et un état d'alerte et d'insécurité permanente.

Souvent associée à la dissociation péritraumatique, avec la sensation d'irréalité : impression d'être dans un film, dépersonnalisation (impression de ne plus savoir qui l'on est), perte des repères, errances...

Ce sont des symptômes d'allure psychotique... Ils illustrent la rupture de l'unité psychique.

- La CIM 10 parle d'ESPT transitoire (dure moins d'un mois): appellation différente mais c'est la même entité clinique.

2.5.2.3. Clinique des séquelles tardives

3 appellations différentes selon les 3 classifications existantes

- **DSM IV 1994** : Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) dans la forme aigue (1 à 3 mois), et chronique si supérieur à 3 mois.
- **CIM 10** : ESPT durable de 1 mois à 2 ans, et « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » s'il dure plus de deux ans.
- **Classification européenne** : le Syndrome Psycho-Traumatique constitué.

Étant donné que la classification du DSM IV est toujours à ce jour la référence, je reprends ces différents critères diagnostiques :

2.5.3. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) ou Etat de Stress Post Traumatique (ESPT)^{34,36} dans la classification DSM IV

Les critères sont classés en 6 catégories (A, B, C, D, E et F). Ils concernent l'événement traumatique lui-même et son expérience vécue, puis les différents

symptômes, la durée des troubles et enfin la souffrance qu'ils entraînent et les perturbations du fonctionnement social.

Il faut au moins un critère A, un des 5 critères B, trois des critères C, deux des critères D et la présence des deux critères E et F (Tableau IV).

Tableau IV – Critères diagnostiques du Trouble d'Etat de Stress Post Traumatique, d'après *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, American Psychiatric Association*

- A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
 2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance et / ou d'horreur. N.B. : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
- B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou plusieurs) des façons suivantes :
1. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. N.B. : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
 2. Rêve répétitif de l'événement provoquant un sentiment de détresse. N.B. : Chez les enfants il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
 3. Impressions ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil au cours d'une intoxication). N.B. : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.
 4. Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.
 5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.
- C. Évitement persistant des stimuli associé au traumatisme et épuisement de la réactivité générale (ne pré-existant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :
1. Effort pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
 2. Effort pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
 3. Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme.
 4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 5. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 6. Restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres).
 7. Sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).
- D. Présence de symptômes persiste en traduisant une activation neurovégétative (ne pré-existant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :
1. Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
 2. Irritabilité ou accès de colère
 3. Difficultés de concentration
 4. Hypervigilance
 5. Réaction de sursaut exagérée.
- E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.
- F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- Spécifier si :*
- Aigu :** si la durée des symptômes est de moins de trois mois.
- Chronique :** si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.
- Spécifier si :*
- Survenue différée :** si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

2.5.3.1. Le critère A

La DSM IV retient deux types de critères pour caractériser un trauma : des critères objectifs (le sujet vit ou assiste à une menace vitale pour son intégrité ou pour celle d'autrui) et des critères subjectifs avec un sentiment de peur intense, d'horreur, de mort imminente. Dans ces cas, les défenses psychiques sont débordées.

2.5.3.2. Les critères B et C

Les symptômes spécifiques, quasiment pathognomoniques du PTSD sont :

- **le syndrome de reviviscence intrusive (critère B) :**

Il apparaît sous forme de flashback, images, sons, odeurs, hallucination, pensées intrusives... qui font revivre le trauma. Les reviviscences peuvent survenir spontanément, et provoquer une angoisse intense avec souvent des manifestations neuro-végétatives. Elles peuvent aussi survenir en réaction à un indice de l'environnement faisant évoquer le traumatisme (image à la télé, bruit, odeurs...). Elles sont souvent à l'origine de ruminations mentales. Le sommeil peut lui aussi être très fréquemment perturbé avec des cauchemars, réveils en sursaut et agitation. On a remarqué par ailleurs que les stimuli reviennent souvent lors de moment d'altération de la conscience (sommeil, prise de toxique, fatigue...). Ils sont alors vécus intensément avec toujours les mêmes symptômes : dans le registre psychique d'une part avec angoisse, sensation d'absence de secours, et d'autre part dans le registre neurovégétatif (sueurs, pâleurs, tachycardie) et comportemental (raidissement du corps, mouvements anormaux, agitation physique...).

On peut aussi parler de *syndrome de répétition*.

- **le syndrome d'évitement des stimuli associés au traumatisme, et l'émoussement de la réactivité générale (critère C)**

Les conséquences symptomatiques des reviviscences aboutissent souvent à un handicap social et fonctionnel notable. Aussi, les sujets traumatisés vont mettre en place des stratégies d'évitement des stimuli afin de s'épargner la détresse associée. Elles sont souvent à l'origine d'un isolement et d'un repli sur soi. Par ailleurs, on retrouve souvent une mise à distance du monde extérieur, avec un désintérêt pour les activités quotidiennes. On observe une difficulté à ressentir des sentiments et des émotions, un détachement d'autrui. Il y a un émoussement psychique. Cela participe à une réelle altération de la personnalité avec un nouveau mode de rapport au monde. Cette notion apportée dans le critère C fait référence au blocage des trois fonctions du moi dans la névrose traumatique décrit par O. Fénichel (cf. page 40).

La CIM 10 parle d'émoussement émotionnel, d'insensibilité à l'environnement ou encore d'anesthésie psychique.

2.5.3.3. Le critère D

Tous les traumatisés se plaignent de symptômes persistants traduisant une hyperactivité neuro-végétative : Cette hyperexcitabilité se manifeste par un état d'hypervigilance anxieuse avec des réactions de sursauts exagérés en réponse à des bruits anodins (sonnerie de téléphone...), une difficulté à s'abandonner au sommeil, avec une résistance à l'endormissement par peur de baisser sa vigilance. Ils peuvent alors développer des conduites pour différer le sommeil (marcher, regarder la télé...). Une fois le sommeil trouvé, celui-ci est de mauvaise qualité, léger avec persistance d'attitude permanente d'alerte. Aussi, cette hyperexcitabilité peut se traduire par une irritabilité et des accès de colère faciles.

Enfin, le DSM IV classe aussi dans ce cadre des symptômes tels que l'asthénie physique et psychique avec troubles de la mémoire et concentration, une humeur triste et un fond anxieux permanent.

2.5.3.4. Le critère E : L'évolution des troubles

Il faut que les symptômes persistent au moins un mois, ensuite il y a une différenciation entre les formes aiguës et les formes chroniques selon la durée. On observe souvent une phase de latence entre les troubles immédiats et un trouble psycho-traumatique constitué, de quelques jours à plusieurs années. Pendant ce temps de latence, souvent silencieux sur le plan symptomatique, on peut observer tout de même un léger repli, une perplexité anxieuse ou des accès de tristesse, ou encore une distractibilité. Puis, souvent à l'occasion d'évènement traumatisant, il y aura la constitution du syndrome psychotraumatique avec une évolution en général marquée par des syndromes spécifiques très présents au début. Ils vont ensuite diminuer alors que les troubles de la personnalité se majorent.

Par ailleurs, il y a souvent des poussées aiguës lors d'évènements rappelant le trauma initial.

2.5.3.5. Le critère F : Le retentissement sur le fonctionnement social :

La classification DSM IV recherche les conséquences sociales des symptômes. Il doit il y avoir une souffrance psychique significative et une altération du fonctionnement familial, professionnel ou social.

2.5.4. L'état de stress post traumatique durable (classification CIM 10)

La CIM 10 reprend les critères du DSM IV mais apporte la notion de troubles non spécifiques et de comorbidités : Ces symptômes sont dit non spécifiques car on les rencontre dans d'autres pathologies psychiatriques.

On retrouve en particulier l'asthénie physique, psychique et sexuelle, l'anxiété, certaines phobies et rituels, les troubles des conduites (alimentaires, addictions...), symptômes dépressifs et idées suicidaires, et toutes les plaintes psycho-somatiques, très présentes d'ailleurs dans notre population. En effet, on retrouve chez les migrants que les plaintes somatiques occultent souvent l'expression du trouble psychique.

Les troubles des conduites sont fréquemment associés, et sont en général responsables d'une altération sociale avec dégradation du mode de vie (agressivité, addiction...).

A noter que dans les symptômes non spécifiques, on peut retrouver des symptômes de type psychotique, en particulier si le trauma a été sévère. Le plus souvent lors de la phase immédiate (la dissociation péri-traumatique) et l'évolution se fera soit vers un trouble psycho-traumatique, soit vers un état psychotique.

2.5.5. Le Syndrome Psycho-Traumatique

Entité européenne, dont nous avons déjà parlé (cf page 40), il semblerait qu'elle devienne la nouvelle référence.

2.5.6. Formes cliniques ²⁷

- **Formes subsyndromiques** : absence de tous les critères requis par les classifications.
- **Formes comorbides** : les symptômes non spécifiques et les comorbidités sont souvent au premier plan, avec un risque de retard diagnostique. Elles vont se manifester par une dépression, un trouble anxieux ou un trouble panique, ou par des conduites addictives ou encore par des troubles des conduites (impulsivité, auto et hétéro agressivité, instabilité affective...) entraînant une grande altération de l'insertion sociale.
- Enfin, est apparu récemment « **le concept de l'état de stress post traumatique masqué** » qui illustre l'importance des symptômes dépressifs dans les psycho-traumatismes³⁷ : il existe de nombreux symptômes non spécifiques associés

dans l'ESPT, dont les symptômes dépressifs pouvant donner des psycho-traumatismes atypiques. Ces symptômes dépressifs peuvent être réactionnels ou apparaître comme une évolution du psycho-traumatisme, mais cela entraîne une comorbidité qui aggrave le pronostic. Beaucoup sont en faveur d'une origine multifactorielle de ces symptômes : réactionnelle / personnalité préexistante / environnement et contexte peu favorable... On parle alors d'ESPT masqué. Y penser permet de le prendre en charge et ainsi mettre en place une thérapeutique de victimologie, plus adaptée, et pas seulement une prise en charge d'un syndrome dépressif. On en améliore donc le pronostic.

Une définition proposée est l'association de symptômes dépressifs, quelque soit le temps de latence avec le trauma, d'un évènement traumatisant ayant fait effraction psychique avant les troubles et trois critères du DSM IV évoluant à bas bruit. L'objectif est de reconnaître un ESPT et non pas un syndrome dépressif.

Il est donc intéressant de penser à rechercher un traumatisme devant des symptômes dépressifs (parfois le temps de latence peut être long), puisqu'il y a un intérêt thérapeutique en instaurant le traitement adapté le plus tôt possible et donc d'éviter une chronicisation du trouble ou une installation de facteurs de résistance.

Cela permet aussi de prévenir les complications telles que le risque suicidaire, l'anxiété, les somatisations, les conséquences sociales...

2.5.7. Les formes prolongées associées aux stress extrêmes

- Le *DESNOS*, nouvelle entité à part, est proposé pour les traumatismes intenses, à caractère déshumanisant, cruels, répétés dans le temps. C'est le *Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified* (Herman, 1992), appelé aussi « *troubles liés à un stress extrême* » ou *PTSD complexe*.
- la CIM 10 parle de « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » et définit une nouvelle catégorie distincte de l'ESPT ^{27,38}.

Je les présente dans le chapitre sur les particularités des syndromes chez les exilés (cf page 53).

Comme nous avons pu le voir, la clinique des troubles psycho-traumatiques est donc riche et diversifiée, avec quelques symptômes spécifiques, beaucoup de symptômes

non spécifiques et de nombreuses comorbidités. Mais il existe certains critères récurrents auxquels nous pouvons être attentifs pour pouvoir penser à cette hypothèse diagnostique face à un patient qui présente des troubles d'ordres psychiatriques.

2.6. Facteurs prédictifs et évolution^{6,26,33,39}

2.6.1. Facteurs prédictifs

2.6.1.1. liés aux patients

Tout d'abord, les femmes seraient deux fois plus concernées que les hommes. Ensuite, des antécédents personnels ou familiaux de troubles psychiatriques sont un facteur de risque d'apparition du trouble et d'aggravation, de même que les antécédents de trauma dans l'enfance.

2.6.1.2. liés à la nature du trauma

Le viol est un événement très pourvoyeur d'ESPT. De même, avoir été témoin d'une mort, avoir perdu un proche ou avoir subi un risque vital personnel sont des facteurs favorisants.

Les blessures physiques existantes et importantes, en particulier les brûlures vont être des facteurs d'apparition des troubles.

Enfin, les traumas d'origine humaine sont plus souvent à l'origine d'ESPT que les catastrophes naturelles.

2.6.1.3. liés au soutien social déficient

Cela regroupe la famille, l'entourage, mais aussi l'environnement économique, l'existence ou l'absence d'une communauté protectrice. Il faut prendre en considération la présence, ou pas, de soins et leur précocité. Nous reparlerons de ce facteur dans la discussion (cf page 167)

2.6.1.4. liés au bas niveau socio-économique

2.6.1.5. liés à la sévérité de l'expérience traumatique

Elle est subjective, et dépend de la réponse émotionnelle immédiate : une réponse immédiate et post immédiate intense est reconnue par le consensus international comme étant un facteur de risque majeur de troubles post traumatiques durables. On décrit ensuite quatre entités péri traumatiques spécifiques de mauvais pronostic et indicateur de développement d'un PTSD par la suite : la dissociation péritraumatique, la détresse péritraumatique, l'effroi et un Trouble de Stress Aigu³³.

- ***La dissociation péritraumatique***

Elle traduit la rupture de l'unité psychique. Cela correspond à une altération du temps, du lieu, de soi, avec un sentiment d'irréalité. La dissociation est un facteur de risque important puisque, d'après certains auteurs, il y a 25 à 79 % de risque de développer un PTSD si elle est présente⁴⁰.

- ***La détresse péritraumatique***

C'est un sentiment d'impuissance, de peur intense, d'horreur.

- ***L'effroi***

C'est le marqueur de l'effraction traumatique de l'appareil psychique, de la rupture intra-psychique suite à l'exposition à l'événement traumatisant. Il est lié à la soudaineté de la confrontation avec le réel de la mort et à l'expérience transitoire de l'absence totale d'affect avec perte de la pensée et des mots.

- ***Le Trouble de Stress Aigu (TSA)***

C'est la seule entité clinique immédiate reconnue à ce jour par les classifications internationales. Il associe les symptômes dissociatifs avec torpeur, déréalisation... et le trépied du Stress Traumatique : répétition, évitement/émoussement, hyper éveil, et hyperactivation neurovégétative.

Si la durée du trouble est inférieure à 4 semaines on parle de TSA. En revanche, en cas de durée plus importante, il faut alors se poser la question de l'évolution vers un trouble psychotraumatique.

Selon les échantillons, la fréquence des TSA après un trauma varie de 14 à 33%³³. Or le TSA est un facteur de vulnérabilité pour un PTSD ultérieur et on retrouve, en fonction des études que 57 à 83 % des TSA se compliquent en PTSD³³.

Le TSA peut être donc considéré comme un facteur de risque d'ESPT. Ainsi la reconnaissance des troubles précoces est un enjeu majeur pour repérer les plus vulnérables et permettre un suivi plus soutenu pour lutter contre le SPT.

2.6.2. Evolution

L'ESPT est retrouvé à tous les âges de la vie, il se développe en général dans les trois mois suivant le trauma. La durée est très variable, 40 % des ESPT vont durer plus de neuf mois, parfois plus de deux ans. L'évolution est marquée par des phases d'aggravation et d'amélioration.

3. LES PSYCHO-TRAUMATISMES CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILES : QUELLES PARTICULARITES ?

Les migrants, de part leur vécu pré-migratoire, migratoire et post-migratoire (condition d'accueil, isolement, précarité...) sont très concernés par les SPT.

Comme nous l'avons constaté grâce aux données épidémiologiques, les enjeux en termes de santé publique sont considérables, du fait de la forte prévalence de ce trouble dans cette population. Il s'agit de reconnaître une souffrance afin d'aboutir à une prise en charge adaptée précoce pour éventuellement améliorer les conditions de vie en diminuant les handicaps résultants des troubles, qui altèrent profondément le quotidien des patients. Mais aussi, par l'intermédiaire de cette reconnaissance, de permettre l'ouverture de droits spécifiques, comme par exemple l'obtention d'une autorisation de séjour en France pour raison de santé, et donc de reconnaître une identité sociale.

Il existe certaines particularités cliniques qu'il faut connaître pour pouvoir dépister, puis soigner de façon la plus adaptée les migrants exilés. Je voudrais donc apporter quelques précisions concernant ce trouble dans cette population.

3.1. Dimension transculturelle des troubles psycho-traumatiques

Le DSM IV décrit les symptômes de l'ESPT, mais il est bien réducteur en ce qui concerne les troubles mentaux des DA, qui sont très complexes et variés. Par exemple, les effets du traumatisme psychique tels que la honte, la culpabilité, ou encore les troubles mnésiques sont centraux dans cette population, alors qu'ils sont peu évoqués dans les critères habituels. Or, les troubles mnésiques, souvent intenses, peuvent les empêcher par exemple de témoigner devant l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) ou la CNDA (Cour Nationale du Droit d'Asile) de la partie la plus difficile de leur vécu, qui est en général la cause de leur exil. Les troubles vont alors les pénaliser du fait de l'impossibilité résultante de témoigner lors de l'audition⁴¹.

Il y a donc des spécificités dans les troubles psychiatriques du migrant. D'une part, la validité transculturelle des critères du DSM IV est à ce jour bien contestée, d'autre part des tableaux cliniques ont été décrits pour les traumatismes extrêmes.

La psychiatrie est une discipline qui ne peut s'autoriser à occulter la part culturelle dans sa construction. Ainsi, l'ESPT tel qu'il est décrit, est-il une construction culturelle ? C'est un concept relativement récent, et il est à replacer dans son contexte culturel. En l'occurrence, il naît aux Etats-Unis dans les années 70, donc dans une culture occidentale.

Il existerait des processus communs dans la genèse des troubles, le substratum neurobiologique légitime sa scientificité, mais une pathologie psychiatrique s'inscrit toujours dans un contexte, dépend de certaines caractéristiques de la société où il naît et dépend de la manière de considérer la souffrance psychique et le statut de victime.

Pour certains auteurs l'ESPT est une entité culturelle « locale » occidentale et contemporaine : les catégories diagnostiques utilisées sont intimement liées à la culture occidentale et ne peuvent donc s'appliquer aux autres cultures. Ces critères peuvent passer à côté de certains tableaux souvent utilisés dans les pays non-occidentaux pour exprimer une souffrance psychotraumatique, comme la transe, les troubles dissociatifs isolés, les somatisations... et les symptômes considérés comme pathognomoniques peuvent manquer⁴¹. Il existe en effet bien d'autre façon de vivre, d'exprimer et de comprendre la souffrance subjective pouvant survenir après un traumatisme psychique que celle que propose le modèle de l'ESPT. Ainsi, les troubles psychotraumatiques sont universels, mais sont à considérer dans toute leur complexité.⁴²

L'universalité psychique est le postulat de base de l'éthnopsychiatrie et de la psychiatrie transculturelle. Mais elle concerne le fonctionnement, et non pas les symptômes qui eux, seraient variables selon les cultures. Ainsi les invariants culturels concernent surtout les processus : l'effroi, avec l'apparition d'un nouveau fonctionnement mental, en rupture avec le fonctionnement antérieur (rupture psychique), la notion d'effraction, de soudaineté avec le changement d'appréhension du monde, et la notion de métamorphose violente (le sujet ne se sent plus le même). Ces trois processus sont constamment retrouvés dans les pays occidentaux comme en

situation transculturelle, quelles que soient ensuite les variations de la symptomatologie extériorisée^{21,42}, les séquelles psychiques pouvant varier.

Ainsi, suite à la frayeur, la souffrance peut s'exprimer sous des formes cliniques qui constituent, des manières culturellement codées, d'exprimer la souffrance psychique. Par exemple les tableaux non spécifiques (les trances, les pseudo-hallucinations, les somatisations...) masquent parfois totalement la symptomatologie post-traumatique. On comprend d'ailleurs qu'il faudra considérer ces différences culturelles pour ne pas poser en excès des diagnostics de psychoses face à de tels symptômes à type d'état délirants aigus puisque ces modalités réactionnelles et défensives peuvent correspondre à une spécificité culturelle.

Les différents auteurs reconnaissent tout de même des symptômes plus universels tels que les critères B et D du DSM IV : les reviviscences, et l'hyper activation. En revanche, les symptômes comme l'évitement et l'émoussement de la réactivité générale dépendraient plus du contexte culturel⁴².

Enfin dans certaines aires culturelles, on observe des tableaux spécifiques de pathologies causées par la frayeur, comme le *susto* en Amérique Latine, ou le *Khala'a* au Maroc^{42,43}

3.2. Particularités cliniques des troubles psycho-traumatiques dans les situations extrêmes chez les migrants (tortures, viols...)

Dans ces situations, à nouveau, la classique description des symptômes de l'ESPT n'est pas suffisante. On retrouve en effet une symptomatologie plus riche et plus diversifiée avec par exemple l'importance des symptômes dépressifs, d'anxiété, et là encore une grande somatisation qui est d'ailleurs souvent au premier plan.

La notion de « traumatisme extrême » apparaît en 1987 avec « l'échelle de sévérité des facteurs de stress psycho-sociaux de l'adulte » dans le DSM III R, cotée de 0 à 6 : « Extrême » correspond à la cotation 5, où l'on retrouve le viol et autres traumatismes sexuels, les traumatismes physiques répétés tels que la torture... De plus le fait que les actes soient d'origine humaine avec volonté de destruction, apparaît comme un facteur de risque aggravant une situation extrême.³⁸ Dans ces situations, le tableau de « PTSD complexe » semble plus approprié (cf page 53).

De plus, d'autres entités comme le Syndrome de Capgras³⁸ ou le syndrome d'Ulysse^{44,45}, (aussi appelé syndrome du migrant), ne sont pas évoquées dans le DSM IV, ce qui justifie une étude particulière de la clinique dans cette population de demandeurs d'asile (cf page 54).

Dans ces situations extrêmes, il existe des spécificités cliniques concernant les réponses immédiates et post-immédiates³⁸, que nous n'aborderons pas.

En ce qui concerne les réponses retardées, l'exposition à un traumatisme extrême donne lieu le plus souvent à des perturbations durables. Elles sont d'apparition progressive en continuité de la réponse précoce, ou retardées avec un temps de latence. Plusieurs classifications sont apparues progressivement concernant spécifiquement cette population : ainsi, la CIM 10 parle de « la modification durable de la personnalité observée chez les victimes de tortures ou d'exposition prolongée à un danger vital » qui peuvent accompagner un ESPT ou lui faire suite. Le tableau se caractérise par une attitude hostile et méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de désespoir, l'impression permanente d'être « au bord du précipice », d'être constamment menacé, un détachement.

L'américain J-L.Herman décrit le DESNOS (*disorder of extreme stress not otherwise specified*)^{38,41,42}, où il expose les différentes spécificités liées aux traumatismes extrêmes. Cette entité clinique est appelée aussi « **troubles liés à un stress extrême** » ou **PTSD complexe**. Ce tableau est plus approprié à ces traumatismes car il y a une perte identitaire avec une symptomatologie beaucoup plus riche, et un profond bouleversement des croyances, des sens, des valeurs.

Le tableau clinique associe :

- une altération dans la régulation des affects caractérisée par divers troubles : troubles chroniques de la régulation des affects avec tristesse persistante, difficulté à moduler les réactions de colère, comportement auto-agressif et suicidaire, comportements impulsifs, prises de risque, comportement sexuel à risque
- Une altération de l'attention et de l'état de conscience avec amnésie totale, épisode dissociatif transitoire
- Des somatisations, qui constituent bien souvent le motif de consultation initial

- Des modifications chroniques du caractère : altération de la perception de soi, sentiment d'être sans aide, de honte, de culpabilité et d'être totalement différent des autres, altération de la perception de l'agresseur et de la relation aux autres avec isolement, méfiance
- Altération des systèmes de sens avec désespoir, perte de certaines croyances qui soutenaient jusque là l'individu

Enfin il existe deux syndromes particuliers aux exilés qu'il me semble important de présenter : le Syndrôme de Capgras et le Syndrome d'Ulysse.

3.2.1. Le syndrome de Capgras, ou « syndrome des sosies » (JP Capgras, 1923)

Ce syndrome s'accompagne de fausses reconnaissances et d'impression de déjà-vécu avec un sentiment d'irréalité et d'étrangeté. Il peut être alors à l'origine d'une sensation de menace ou de persécution suite à de fausses reconnaissances (celle du tortionnaire par exemple) dans le monde quotidien. On peut le voir suite à des situations de violences extrêmes et durables, après l'exil. Dans le pays d'accueil, les sujets sont en état d'alerte permanent car ils ont la conviction d'être suivis ou espionnés. Il y a une insécurité psychique liée au nouveau mode de vie qui favorise la modification des perceptions du monde extérieur. Le diagnostic repose sur l'absence d'antécédent psychotique, la présence de symptôme de l'ESPT, et une vision du monde modifiée par de mauvaises identifications³⁸.

3.2.2. Le syndrome d'Ulysse^{44,45}

Ce syndrome a été décrit en particulier par le psychiatre Joseba Achotegui, psychiatre à l'université de Barcelone et directeur du SAPPPIR (service de soutien psychopathologique et psychosocial pour les migrants et réfugiés). Appelé aussi « Etat de stress chronique aux traumatismes multiples », ou « syndrome du migrant », ce syndrome est retrouvé chez les migrants ayant vécu des situations extrêmes.

De part la nature du traumatisme vécu, et l'exil forcé, avec un dépassement des capacités psychiques d'adaptation, les demandeurs d'asiles sont plus vulnérables pour développer le syndrome du migrant, ou *Syndrome d'Ulysse*. Ce syndrome s'inscrit le plus souvent dans le cadre de conditions de vie déjà très précaires, dans un contexte

global détérioré. J. Achotegui décrit plusieurs stress intenses auxquels sont soumis les migrants et qui leurs sont spécifiques, qui se surajoutent donc à tous les autres traumatismes déjà vécus, pourvoyeurs de troubles psycho-traumatiques. Tout d'abord la solitude et la séparation forcée avec les siens, ensuite le sentiment de désespoir et d'échec qu'ils ressentent face à la réalité sur le terrain lors de leur arrivée, qui contraste avec l'idéal qu'ils s'étaient imaginé d'une migration. Ils investissent énormément dans la migration et le contraste avec la réalité qui les attend est un stress de plus à vivre. Troisièmement, le migrant doit en général simplement se battre pour survivre, pour se nourrir, se loger..., il vit donc dans une grande situation de précarité. Quatrièmement, les migrants ont dû subir une peur physique intense liée aux conditions matérielles de voyage avec le danger permanent, la peur pour son intégrité physique, qui est un facteur de risque reconnu de développer ultérieurement des troubles psychologiques. Enfin, les migrants vivent sans cesse dans la crainte de l'expulsion et de la détention.

La combinaison de ces différents stress est la base psychologique et psychosociale du *Syndrome d'Ulysse*.

Par ailleurs, en plus de l'ensemble des stress existants, il existent de nombreux facteurs aggravants, liés encore à leur condition de migrants, qui sont des risques supplémentaires pour la santé mentale : la sensation d'impuissance face à la situation et le sentiment que rien ne pourra changer, l'absence de soutien social, les symptômes eux même du trouble, tels que la dépression, la fatigue, la lassitude..., les difficultés de compréhension avec la barrière de la langue, une nouvelle culture, un nouvel environnement, sont autant d'obstacles qui handicapent le migrant dans sa tentative de survie.

L'absence de reconnaissance dans le pays d'accueil favorise aussi les troubles. L'expérience retrouve que la non reconnaissance d'un statut, quelqu'il soit (apatride, réfugié politique, séjour pour raison de santé...), est considéré comme un stress essentiel. Finalement il est question de la non-existence du sujet. Cela produit des phobies, des peurs qui peuvent faire délirer. De plus cette absence de papier va rendre impossible tout projet de sortie du territoire. Or les nombreux traumatismes vont être supportables pour le sujet grâce à l'illusion d'un retour prochain. Il n'y a donc plus d'espoir de fuite pour vivre.

La seule porte de sortie serait alors d'être malade, ou dans sa version la plus grave dans un autre monde, celui du délire et de la folie. Aussi, le fait de tomber malade lui

offre peut-être le seul statut temporaire toléré par le pays d'accueil (séjours pour soins et raisons familiales). La pathologie psychosomatique prime comme l'unique langage entendu par l'administration et la médecine. Le clandestin est « sans exister ».

Ainsi, il y a un polymorphisme des « stresseurs », qui concernent le domaine psychologique, social, économique, et physique, les « stresseurs » sont donc chroniques, multiples et intenses.

L'état de stress chronique aux traumatismes multiples est un état de stress persistant devant des traumatismes récurrents, toujours actuels ou réactualisés.

Symptomatologie du syndrome d'Ulysse

On retrouve la présence de symptômes dépressifs (tristesse, pleurs...), de symptômes anxieux (tensions, insomnies, pensées récurrentes et intrusives, irritabilité, sensation d'être sans répit sur le qui-vive), de symptômes somatiques très présents (migraine, fatigue, plaintes ostéoarticulaires...), et enfin de symptômes de confusions, de dépersonnalisation, déréalisation...

Ces symptômes sont souvent associés à l'interprétation du patient en fonction de sa culture : intervention de la sorcellerie, de la malchance, sensation d'être maudit...

Considérer les stresseurs multiples et chroniques aboutit aussi à quelques nuances de prise en charge thérapeutique. Ainsi, la « cure cathartique » qui consiste à recentrer le malade sur l'événement traumatisant serait très discutable. En effet une réactualisation d'un traumatisme ancien alors que l'actualité est elle même aussi et autant traumatique, serait antiproductive. Le débriefing, très utilisé dans la population autochtone n'aurait donc pas sa place, surtout si le patient ne le demande pas.

Ainsi, ce qui est intéressant dans la prise en compte de ce syndrome est de considérer le migrant comme un patient bien distinct des autres puisqu'il présente de nombreuses spécificités liées au vécu pré-migratoire, migratoire et post migratoire.

Enfin, il est indispensable, mais nous reverrons plus loin dans la discussion, de prendre en considération les différences culturelles dans la thérapie.

Il s'agit de se référer aux valeurs qui constituent l'identité culturelle d'un patient. Un bouddhiste qui croit en la réincarnation n'intégrera pas le traumatisme vécu et ses conséquences de la même façon qu'un catholique, qui sera plus compatible avec les techniques de soins classiques. Ou encore un Africain, pour qui l'individu importe peu par rapport à la notion de « clan », va plus se référer à des valeurs de solidarité du groupe.

Ces différences culturelles peuvent être un obstacle à la demande de soin. Par exemple, dans ces cultures, la consultation médicale ne se justifie que par la prescription médicamenteuse, et donc l'accès à une psychothérapie classique devient plus compliqué...

Le clinicien doit aussi pouvoir accepter d'intégrer dans la thérapie la famille, « le groupe » afin d'obtenir la meilleure compliance. Il faut respecter et comprendre les traditions et les croyances afin de ne pas faire vivre les soins au patient comme une intrusion et comme un manque de respect de l'identité du patient, ce qui serait d'autant plus néfaste. Le thérapeute doit donc respecter les différents mécanismes de défense et proposer une aide stable, sur du long terme, comme un soutien.

Je pense donc qu'il est important d'avoir quelques notions des particularités des SPT dans cette population afin de mieux les prendre en charge et mieux les comprendre. En particulier, j'insisterais sur le fait que les présentations masquées sont beaucoup plus fréquentes, ce qui peut retarder le diagnostic. Nous n'avons en effet pas tous la même perception du corps et du psychisme, et nous ne donnons pas la même place au psychisme dans toutes les cultures. Le seul mode de communication d'une souffrance morale peut être par exemple somatique, d'où l'intérêt d'y penser face à des sujets ayant un vécu traumatique avec des troubles mal expliqués.

C'est ce que je souhaite illustrer grâce à ces entretiens, qui permettront par la suite d'approfondir la discussion concernant les bénéfices éventuels des soins en termes de qualité de vie et d'intégration, et sur les différents facteurs dont il faut tenir compte.

II – DEUXIEME PARTIE : METHODE ET RESULTATS

1. DESCRIPTION DE LA METHODE PAR ENTRETIENS SEMI DIRIGES, RECHERCHE QUALITATIVE

1.1. Pourquoi avoir choisi la méthode qualitative ?

Comme je l'ai exposé en introduction, je souhaitais faire une thèse qui me permettrait d'approcher la complexité du psychisme humain, tout en intégrant la notion de différence culturelle, à travers l'expérience vécue de patients.

Aussi, pour les comprendre au mieux et respecter leur histoire, je voulais qu'ils puissent me la raconter eux-mêmes, me dire avec leurs mots, leurs émotions. Je voulais me confronter à ces patients, me donner l'opportunité de vivre un moment d'authenticité et de partage avec eux. Je voulais personnellement les connaître, mettre des visages sur les dossiers médicaux.

Dans ce cadre, il m'a semblé que l'approche qualitative était appropriée. Par ailleurs l'objet de mon étude est plus de sensibiliser mon public à une question qui m'interpelle et m'intéresse, que d'apporter des réponses précises aux questions soulevées, pour lesquelles je ne prétends pas être compétente étant donné la complexité du sujet.

Enfin, dans l'objectif de faire un travail rigoureux, qui donc demande un investissement personnel conséquent, je pense qu'il faut tenir compte de sa propre personnalité et je me sentais plus motivée pour réaliser une recherche qualitative, nourrie d'échanges et d'expériences.

1.2. La préparation de l'enquête

Il existe en sociologie plusieurs types d'enquêtes. Mon étude correspond à « une enquête par entretien à usage principal »⁴⁶. Les hypothèses sont déjà dégagées et l'entretien permet de produire les données à confronter aux hypothèses, de constituer le matériel permettant la discussion.

1.2.1. Constitution du corpus

Le corpus est l'ensemble des entretiens réalisés au sein de la population définie, c'est le matériel verbal. Cette population est constituée, dans notre cas, par des exilés demandeurs d'asile souffrant de psycho-traumatismes.

La taille du corpus est plus réduite que dans une enquête par questionnaire. Elle dépend de la faisabilité, du projet d'analyse projeté, du thème de l'enquête, et du type de l'enquête (ici par entretien à usage principal). Nous avons réuni onze patients qui constituent un corpus diversifié : ils ne sont pas strictement représentatifs, mais caractéristiques de la population étudiée. Cela suppose un compromis entre la nécessité de contraster au maximum les individus et les situations tout en obtenant des unités d'analyse suffisantes pour être significatives.

1.2.1.1. Contexte et critères d'inclusion

Pour plus de simplicité, et pour une meilleure homogénéité des patients, ils ont tous été recrutés à l'EMPP (Equipe Mobile de Psychiatrie et Précarité), au Centre Hospitalier du Mans. Ce sont des patients suivis principalement par le Dr N'Guyen (praticien hospitalier en psychiatrie à l'EMPP), quelques-uns par le Dr Morin (praticien hospitalier en psychiatrie à l'EMPP).

L'EMPP est une structure qui permet aux exilés de bénéficier de soins psychiatriques. Ils sont souvent adressés par les travailleurs sociaux des différents CADA, ou par l'intermédiaire d'une consultation aux urgences à l'occasion d'une plainte initialement somatique. L'équipe est constituée de psychiatres, de plusieurs infirmières, d'une psychologue et d'une assistante sociale. Les patients sont en général d'abord reçus par une infirmière, et selon cet entretien, le patient pourra être vu par un psychiatre, avoir un suivi infirmier seul ou un suivi par la psychologue. Le suivi est adapté à chaque patient, son environnement, ses souhaits, sa pathologie, son évolution...

Pour ma recherche, j'ai donc décidé de m'intéresser à une population particulière et à un trouble en particulier, afin de restreindre le champ de la recherche :

- Les patients sont tous des demandeurs d'asile au départ, avec les démarches en cours auprès de l'OFPRA et de la préfecture pour l'obtention d'une autorisation de titre de séjour. En revanche, je ne tiens pas compte du stade d'avancement des démarches.

- Ils souffrent tous de troubles psychiatriques post-traumatiques. Le diagnostic étant posé par les psychiatres de l'EMPP selon les critères qui bien sûr sont propres à la spécialité, et que je ne suis pas en mesure d'évaluer ou de critiquer.
- Je n'ai pas voulu initialement favoriser une région du monde plus qu'une autre, principalement pour des questions de volume d'entretiens : les patients n'étant pas nombreux, je ne pouvais me permettre de faire une sélection selon les pays d'origine. Et pour cette même raison, il n'y a pas de choix de sexe, ou d'âge particulier. Cependant, pour des facilités linguistiques évidentes, il y a surtout des patients originaires d'Afrique francophone.
- Enfin, pour permettre un recul dans l'évolution psychiatrique des patients, ces derniers sont suivis depuis plusieurs mois.

Ainsi il s'agit d'un groupe diversifié et caractéristique de la population étudiée.

1.2.1.2. Modalités de recrutement

J'ai initialement assisté à de nombreuses consultations avec le Dr N'Guyen. Cela me semblait indispensable pour me former à cette spécialité, mais aussi pour pouvoir mieux appréhender cette population et ses particularités, d'être confrontée à des situations réelles afin de mieux comprendre les tenants et les aboutissants de cette prise en charge.

Par ailleurs, c'est en assistant aux différentes consultations que j'ai pu rencontrer une première fois les patients qui pouvaient par la suite être revus par moi-même pour ma recherche. Ainsi, pour les patients, l'entretien s'effectuait dans un cadre rassurant, puisque l'équipe de l'EMPP en laquelle ils ont confiance encadrait ma démarche. J'étais toujours présentée par le Dr N'Guyen, au décours d'une consultation de suivi où j'étais donc initialement simple observatrice. Dans le cas où le patient était consentant, il s'agissait alors de pouvoir reprogrammer un rendez-vous avec lui, ce qui n'a pas toujours été évident.

Pour chaque patient, j'ai remis un document de présentation de ma démarche et de l'utilité de cet entretien (cf Annexe). Grâce aux interprètes du CADA du Mans, ce document a été traduit en russe, pour être accessible aux patients russophones. Lorsque que cela était nécessaire, nous avons organisé la rencontre avec une interprète.

Le respect de leur anonymat est bien sûr garanti.

Ils avaient la possibilité de se rétracter à tout moment, et restaient libres de répondre ou pas à mes questions.

1.2.2. La conception du guide d'entretien

Après avoir repris la littérature sur les psycho-traumatismes pour en dégager les grands principes, j'ai pu concevoir le guide d'entretien qui me permettrait d'une part de montrer l'appartenance du patient à la population d'étude choisie, d'autre part de fournir les données me permettant de confronter mon hypothèse initiale à la réalité obtenue et de pouvoir discuter à partir d'éléments concrets.

C'est un guide thématique, je reprends au cours de l'entretien l'ensemble des thèmes que je souhaite explorer.

1.3. Le cadre de l'entretien

Les patients ont pu choisir le lieu de l'entretien. D'une part pour bien différencier ce moment de leur suivi habituel, je n'étais pas là dans le cadre de leur prise en charge à l'EMPP. D'autre part pour une neutralité du lieu et la possibilité pour eux de choisir afin qu'ils se sentent le plus en confiance possible, condition indispensable me semble-t-il à l'obtention d'un entretien pertinent. Je me suis rendu compte que pour eux, le lieu de l'EMPP était satisfaisant, car proche d'un arrêt de tramway, connu par eux-mêmes depuis un certain temps et donc rassurant. Seule une patiente a souhaité que je la retrouve à son domicile. Aucun n'a choisi de lieu public.

Je me suis toujours présentée le plus simplement et le plus précisément possible au début de chaque entretien, j'ai réexpliqué l'objectif de cette étude, et la possibilité pour eux d'être libre de tout ce qu'il pouvait me rapporter, avec la certitude que je ne garderais ces informations que pour l'étude avec le respect de l'anonymat. Aussi, ils pouvaient arrêter l'entretien à tout moment, ce qui est arrivé plusieurs fois, lorsque cela devenait trop dur.

J'ai donc essayé d'être la plus neutre, et la moins intrusive possible.

Les entretiens ont été enregistrés, avec l'accord des patients au préalable. Une patiente a refusé.

La plupart des patients sont venus seuls. Une patiente est venue avec ses deux enfants en bas âge. Un patient est venu avec sa femme, pour permettre une meilleure compréhension du fait de la barrière linguistique. Une interprète a été présente pour l'entretien de patients russophones.

Les entretiens ont duré en moyenne une heure.

- Mon positionnement par rapport au patient

Leur histoire de vie étant souvent compliquée, et la raconter étant difficile pour les patients, je me suis documentée auprès de leur dossier avant chaque entretien afin de me préparer et appréhender un minimum la personnalité que j'allais rencontrer. Il me semblait pertinent d'être informée de leur origine et si possible des conflits existant dans leur pays d'origine ayant motivé leur départ vers la France.

1.4. Les difficultés rencontrées

Les principales difficultés sont celles liées à la langue, avec d'une part des patients ne parlant pas français et donc la nécessité pour la réalisation des entretiens de trouver un interprète disponible dans la langue concernée. D'autre part pour les patients francophones, de fréquentes difficultés de compréhension liées aux accents, à l'intonation ou aux tournures de phrases qui peuvent parfois prêter à confusion ou rendre une partie du discours difficilement interprétable.

Par ailleurs, j'ai aussi été confrontée à un problème d'absentéisme fréquent ce qui a souvent retardé le recueil de données. En effet, les patients sont souvent dans des situations précaires, avec une difficulté organisationnelle importante, mais aussi comme nous avons pu le voir dans la clinique, ils souffrent parfois de troubles de la mémoire et de concentration. Les oublis de rendez-vous fixés trop longtemps à l'avance ont été fréquents.

Enfin, il a été difficile de suivre le guide d'entretien. En effet, les patients racontaient leur histoire selon le cours de leurs pensées, avec souvent beaucoup de diversions pas toujours très compréhensibles. Et, selon leurs émotions parfois difficiles à contrôler, ils pouvaient changer rapidement de sujet. Le guide d'entretien m'a donc été utile pour pourvoir avoir un fil conducteur, me raccrocher à une trame lorsque les patients

se dispersaient, et m'a permis d'essayer d'aborder tous les thèmes voulus, même si ce n'était pas dans l'ordre initialement prévu.

Je pense que pour que les données soient les plus justes et conformes à la réalité, il fallait respecter le discours spontané des patients, au gré du cours de leur pensée, tout en essayant de respecter l'ensemble des thèmes présents dans le guide de l'entretien.

2. LA METHODE D'ANALYSE

2.1. Introduction de la méthode d'analyse

L'analyse qualitative « est une démarche discursive et signifiante de reformulation, d'explicitation ou de théorisation d'un témoignage ou d'un phénomène »⁴⁷. La logique essentielle consiste en la découverte ou la construction d'un sens. C'est l'analyse des discours (production d'un locuteur dans toute situation d'interlocution). C'est sélectionner et extraire les données susceptibles de permettre la confrontation des hypothèses aux faits⁴⁶.

Il existe donc une méthodologie précise dans l'analyse permettant de pouvoir traiter les informations recueillies et d'essayer de répondre aux questions posées. Plusieurs techniques d'analyse sont décrites selon le type d'enquête et le corpus obtenu. Dans mon étude, il s'agit d'une analyse de contenu, « méthode d'analyse de documents, le plus souvent textuels, permettant d'explicitier le ou les sens qui y sont contenus »⁴⁷.

L'enseignement du Pr Raveleau (Enseignant-Chercheur, Université Catholique de l'Ouest, Angers) m'a beaucoup aidé pour cette analyse afin de mettre en évidence de façon la plus claire et la plus pertinente possible l'ensemble des informations et idées ressortant des différents entretiens effectués.

J'ai retenu deux types d'analyse pour mon travail :

- ***la description analytique***

Dans un premier temps, il s'agit de clarifier le contenu des entretiens. Je ne pars pas d'une théorie existante pour forger un schéma d'analyse, mais c'est le contenu du discours qui permet de dégager un sens, afin d'en expliquer par la suite les causes et les effets.

- *la méthode d'analyse de contenu thématique.*

Dans un second temps, cette méthode consiste à découper transversalement tout le corpus, l'unité de découpage étant le thème, qui représente un fragment de discours. L'ensemble des thèmes retrouvés constitue la *grille d'analyse* qui aura été élaborée au préalable.

2.2. Les grands principes de méthodologie dans l'analyse de contenu thématique d'un discours, selon la démarche proposée par Christian Maroy⁴⁸

C'est une démarche en trois étapes :

2.2.1. Etape 1 : le travail de découverte

C'est la préparation du matériel, la découverte du matériau, et la mise au point de la grille d'analyse.

2.2.1.1. Retranscription de l'ensemble des entretiens préalablement enregistrés

Pour cette étape j'ai essayé, dans la mesure du possible avec les contraintes principalement liées aux différences linguistiques, d'être au plus près de la réalité, de retranscrire l'ensemble de l'entretien dans les détails sans omettre les onomatopées, les hésitations, les différents barrages psychiques, le manque du mot, l'expression des émotions, les silences... Même si cela rend la lecture parfois un peu plus compliquée, il me semble que respecter le discours recueilli dans son ensemble soit indispensable pour l'interprétation et permette d'être le plus rigoureux possible dans l'analyse, puisque souvent ces détails et ces expressions d'une émotion ou d'un ressenti font partie intégrante de l'information.

Lorsque cela me paraissait utile, j'ai pu noter certaines de mes impressions, ou commentaires sur la communication non-verbale.

2.2.1.2. Listing des thèmes : réalisation de la grille d'analyse

J'ai relevé les différents thèmes qui apparaissaient au fur et à mesure de la lecture des entretiens retranscrits. C'est l'exploration du matériel verbal, la définition de catégories.

La grille d'analyse thématique est alors réalisée, initialement à partir des entretiens les plus informateurs. Puis des sous thèmes sont définis : il s'agit de définir les propriétés propres de chaque thème. C'est la spécification.

La grille initiale sert ensuite de guide conducteur pour l'analyse de l'ensemble des entretiens. Elle est améliorée et précisée au fur et à mesure de l'analyse et du travail de comparaison qui suit.

2.2.2. Etape 2 : travail de codage et de comparaison systématique

2.2.2.1. Le travail de codage

Les entretiens sont alors entièrement découpés selon les différents thèmes et sous thèmes (spécifications). On parle de *la ventilation* du matériel verbal.

Le « corpus » est alors remanié, et à chaque partie correspond une catégorie. L'ensemble du matériau est codé selon les catégories, les données sont organisées.

2.2.2.2. Le travail d'interprétation des données

Les données sont ensuite organisées et mises en formes grâce aux tableaux thématiques qui permettront le travail d'interprétation et de formulation d'hypothèses :

- Les fiches thématiques

On reprend chaque thème, et pour chacun d'entre eux, on constitue une fiche où l'on reprend les entretiens successivement afin de dégager pour chaque spécification les fragments de discours correspondant. La fiche mentionne pour le thème étudié le numéro de l'entretien d'où l'énoncé est extrait.

Cela permet de voir que tous les items de la grille sont représentés dans les entretiens, et qu'à chaque partie d'un entretien, il correspond un thème.

- Réalisation d'un tableau général de référence de typologie

C'est un tableau à double entrée avec d'une part les thèmes retenus, et d'autre part l'ensemble des entretiens. Cela permet de mettre en évidence l'apparition des spécifications selon les entretiens, et de faire ressortir les idées fortes de l'ensemble du matériel verbal.

- Travail de comptage

A partir des tableaux de typologie, on compte pour chaque spécification combien de personnes l'ont exprimée, afin de faire *le tableau de fréquence d'apparition des spécifications*. Son analyse permet de mettre en évidence, au niveau des spécifications, les thèmes les plus présents au niveau des entretiens.

Cette réorganisation des données permet alors de débiter le travail d'interprétation, pour ensuite pouvoir donner lieu à la discussion à partir de ce travail descriptif.

Le travail de retranscription, de codage et la réalisation des fiches thématiques a été réalisé en amont, je ne les ai pas mis dans les résultats, il me semble plus pertinent de vous livrer le fruit de ce travail à travers la description analytique et les tableaux de typologie. Le travail de comptage étant redondant avec ces tableaux, je ne l'ai pas commenté dans les résultats, mais le tableau correspondant est présenté en annexe.

2.2.3. Etape 3 : Discussion et travail de validation des hypothèses forgées au cours de l'analyse

Il s'agit là de considérer la qualité des informations recueillies, et donc de la « robustesse » des interprétations avancées lors de l'analyse afin de rendre l'enquête plus pertinente et d'en assurer la validité.

Enfin, la reconnaissance des biais et leur prise en compte sont indispensables à une interprétation plus valide.

Cette partie sera détaillée lors de la discussion.

3. RESULTATS

Les onze entretiens sont présentés grâce à la description analytique. Puis les résumés sont suivis de l'exposé des différents tableaux.

Ces différentes données soulignent les grands axes de réflexions sur lesquels je m'appuie pour la discussion.

3.1. La description analytique : présentation des onze entretiens

Il y a donc onze entretiens, présentés ci-dessous. J'ai repris chacun d'entre eux pour en extraire les idées principales illustrées par leur discours qui apparaît en italique. Le vocabulaire et la syntaxe des phrases sont respectés mot pour mot.

Mme G. Maria

Maria est originaire d'Angola.

Elle est arrivée en France en 2005, elle était alors enceinte de jumeaux. Ils sont nés en France, mais l'un d'eux est décédé à la naissance. Elle est mariée, son mari a été enlevé en Angola, elle ne l'a jamais revu. Elle a deux autres filles plus âgées, qui sont restées en Angola, qu'elle n'a pas revues non plus depuis son départ.

En France, elle a pu obtenir un logement grâce au CADA (Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile), après avoir vécu en foyer.

Sur le plan administratif, sa demande d'asile ainsi que le recours qu'elle a effectué auprès de la CRR (Commission des Recours des Réfugiés) ont été rejetés. Elle a beaucoup souffert de cette situation précaire, souvent à l'origine d'une recrudescence des différents symptômes.

A ce jour, elle est autorisée à rester sur le sol français pour la prise en charge médicale. Le psychiatre lui délivre un certificat attestant de la nécessité de ces soins tous les ans. (cf. annexe)

Elle est suivie à l'EMPP (Equipe Mobile de Psychiatrie et Précarité) depuis 2006. Elle a été adressée par les travailleurs sociaux du CADA qui la prend en charge.

L'entretien se déroule à l'EMPP. Il a fallu prendre plusieurs rendez-vous car elle a souvent oublié de venir, ou ne s'en sentait pas la force.

Elle a quelques difficultés à s'exprimer en français, surtout pour les tournures de phrases et elle a un accent prononcé. Je respecte son discours même s'il est parfois difficile à suivre.

Ce qui m'a marqué chez Maria, c'est cette impression d'être fatiguée de vivre, une asthénie psychique importante, avec des pleurs très fréquents à l'évocation du traumatisme ou de sa vie actuelle. J'ai ressenti une grande souffrance, un épuisement. Lorsque je la quitte, elle semble abattue et pleure du fait de l'évocation de sa famille et de sa vie en Angola. Elle reste quelques minutes dans le cabinet avant de partir afin de récupérer.

I. Le traumatisme vécu en Angola est multiple

Tout d'abord, elle a dû faire face à la disparition de son mari, avec l'incertitude concernant sa survie. Elle ne sait toujours pas s'il est en vie.

Ensuite, elle a été elle-même menacée, et a subi des violences physiques, « *Alors depuis là, il y avait des menaces de mort pour moi...* » et, facteur aggravant, elle a été violée : « *... j'ai même été violée quand même, chez moi..., j'ai été violée...* ».

Maria a eu peur de mourir. Ce sentiment, en tant qu'émotion insupportable fait irruption dans le psychique, avec dépassement des moyens de défenses. « *Oui j'ai eu peur de mourir.* ». En effet, comme le disait Freud, nous savons que nous allons mourir, mais nous n'y croyons pas. Ainsi, vivre l'expérience de la mort constitue un traumatisme psychique.

Maria a fui son pays en sachant qu'il n'y aurait pas de retour possible : « *C'est impossible, si je veux mourir, j'ai qu'à y retourner ! Non, je ne peux pas.* ». Elle subit alors une séparation familiale brutale et durable puisqu'elle ne les a pas revus depuis sa fuite. Elle a dû d'abord se cacher, puis a pu partir mais dans l'ignorance de son devenir, ignorance de la destination pour laquelle elle était emmenée.

Son arrivée en France a été éprouvante, là encore c'est un traumatisme supplémentaire qu'elle endure. « *Mais je connaissais personne, il y a des fois je mangeais pas, des fois j'étais obligée d'aller manger à l'hôpital...* » « *... Mais moi je comprenais pas le français, les papiers... et puis je voulais un appartement, mais on me disait mais non, t'as pas le droit parce que tu as aucune ressource, il faut travailler, tout ça... mais toi tu as rien, tu as pas de papiers, tu as rien...* ».

Enfin, en France, elle manque de soutien social : « *Oui, je connais pas de compatriote, je reste seule toujours* ».

II. Les principaux symptômes retrouvés

Il y a tout d'abord un syndrome dépressif majeur, dont le retentissement sur sa vie quotidienne ne fait pas de doute : elle décrit surtout une asthénie importante avec aboulie et anhédonie altérant son quotidien puisqu'elle n'a plus la force de s'occuper d'elle-même.

« *... toujours fatiguée. Tu vois il y a des fois deux jours t'es bien, et puis troisième jour... fatiguée..., troisième jour j'avais pas la force quoi...* »

« *... J'étais comme ça à la maison... mais j'avais pas la force... je sentais pas la force pour faire les choses, pour faire la nourriture c'était difficile, j'arrivais pas à manger... Je voyais que j'étais vraiment abattue quoi* ». Ce manque d'énergie lui rend le travail difficile aussi, malgré sa motivation. De plus elle se sent inférieure aux autres : « *... Même depuis que j'ai commencé le travail... j'avais pas la force, pas le moral... Mais je trouvais que c'était pas moi. Moi j'étais motivée pour le travail, mais je pouvais pas...* » « *... Quand on travaille, tu vois les autres ils vont vite à faire alors que j'ai du mal...* »

Cette sensation de faiblesse la gêne aussi pour ses démarches, elle ne se sent pas la force d'affronter les différents obstacles pour son intégration en France. En effet, quand j'évoque sa capacité à assumer ces démarches : « *Oui c'est difficile. Trop dure car je me sens toujours affaiblie...* »

En plus de cet épuisement, Maria présente des idées suicidaires : « *enfin ça donne pas envie de vivre quoi...* » « *Oui je voulais me faire du mal...* »

Par ailleurs, elle pleure beaucoup pendant notre rencontre, l'évocation de sa situation la fait souffrir et elle éprouve une grande tristesse.

Il existe chez Maria une somatisation importante. Je retrouve dans son discours plusieurs éléments traduisant cette conversion physique de sa souffrance psychique.

« J'avais la tête qui tourne, qui fait mal là... ; toujours fatiguée... J'ai comme l'impression d'étouffer »

« Tu vois des fois je parle et des fois ça se bloque, je peux plus m'exprimer... »

« ... tu vois le cœur qui..., alors je suis obligée de me réveiller, de boire de l'eau... J'ai comme l'impression d'étouffer, que la vie s'arrête, alors il faut que je sorte, que j'ouvre la porte pour trouver l'air quoi... »

« ... Il y des fois j'ai pas le souffle là encore. »

« Il y a des fois je commence à trembler comme ça, et le cœur qui tape, qui tape, non vraiment là comme ça tu vois je suis pas bien. »

En ce qui concerne l'envahissement psychique, il est bien présent chez cette patiente puisque les pensées sont quotidiennes :

« Oui, voilà, je pensais tout le temps... » « ... Oui c'était tous les jours, « ... Quand tu rentres chez toi, il y a des pensées qui viennent toujours. » « Tu vois dès ce matin comme je venais, j'ai commencé à penser à tout ça. » « Je faisais des cauchemars, et je pensais tout le temps. »

Les pensées sont souvent associées à un sentiment de peur qui ne quitte pas la patiente : *«... Quand il y la foule, j'ai la peur quoi... comme si quelqu'un qui va me faire du mal... » « J'ai peur toujours, j'ai peur toujours... » « ... Ca me faisait penser au passé. J'étais pas tranquille. » « Les compatriotes ça peut faire peur. »*

Par ailleurs, elle remarque aussi des troubles de la mémoire, peut être en lien avec cet envahissement psychique dont elle souffre : *« Oui vraiment j'ai moins de mémoire qu'avant. » « Je vois que moi j'ai commencé à perdre de la mémoire. » « Mais j'ai plus de mal à me concentrer, je sais pas pourquoi... »*

De plus, comme tous les autres patients, elle souffre de troubles du sommeil, avec de nombreux cauchemars : *« des mauvais rêves, des rêves qui arrivaient tout le temps... » « Non je dormais pas. »*

« ... Il y a des fois s'il y a des choses trop dures, qui pensent trop, j'avais plus le sommeil tout ça... »

Maria m'explique aussi souvent qu'il lui est difficile d'évoquer les éléments douloureux pour elle, ce qui fait partie des symptômes de l'ESPT, avec le syndrome d'évitement. Cela se traduit d'une part par des difficultés lors des différents entretiens médicaux puisqu'il lui est douloureux d'aborder sa souffrance, mais aussi pour les différentes démarches pour lesquelles on lui demande d'expliquer sa situation. Elle n'en est alors pas capable.

Concernant les rendez-vous à l'OFPRA, elle me dit : *« Ah oui, car j'arrivais pas expliquer. J'arrivais pas... » « Parce qu'avant j'arrivais même pas à m'exprimer, à expliquer tout ça comme aujourd'hui. C'était trop trop dur pour moi, trop dur... »*

« Mais il y a des choses je peux pas l'expliquer, enfin je peux pas sortir quoi... »

«...Mais il y a des choses je peux pas encore. Je peux pas vraiment expliquer pourquoi mais c'est trop dur. »

«... Il y a des choses ça me vient un peu difficile... ça me fait retourner la page quoi... » « Il y a des histoires j'aime pas parler quoi... »

III. L'évolution depuis la prise en charge

Quand elle évoque ce que représentent les soins pour elle, elle explique bien comme ils lui sont importants :

« Le médecin il me motive toujours... »

« Je vois que vraiment ça change. Grâce à vous, et tout ça... c'est pourquoi je suis toujours là. »

« Parce que je savais pas qu'il fallait voir le docteur. Mais lui il connaît, il me dit les bonnes choses. »

Moi : *« Vous pensez alors que c'est important de voir le Dr N'guyen et de prendre les traitements ? »*

« Oui, c'est très très très très important pour moi, très très important... très important... »

Moi : *« Vous arrivez mieux à vivre aujourd'hui ? »*

« Oui... oui... »

Elle voit les résultats concrets par rapport à son sommeil : « *Au niveau du sommeil déjà ça m'a aidé, ça c'est beaucoup mieux, parce qu'avant je dormais pas.* », mais aussi dans sa vie familiale avec son fils : « *... et puis mon fils aussi, sinon il serait peut être plus avec moi... Avec les médicaments, il y a des hauts et des bas mais ça va.* (Pleure) *ça va par rapport à avant.* » et dans son travail : « *Maintenant avec les médicaments, il y a aucun souci par rapport au travail.* »

De façon plus globale, elle se sent moins épuisée pour assumer son quotidien : « *Oui ça maintenant j'arrive à le faire (s'occuper de la maison, le ménage, la cuisine...)... Ca c'est depuis que je prends les médicaments et que je vois le docteur...* »

Les soins sont bénéfiques en ce qui concerne les symptômes dépressifs : « *Oui j'ai l'impression que je suis moins triste qu'avant...* ».

Elle a remarqué que les ruminations étaient moins intenses : « *Oui il y a moins de cauchemars et de pensées qu'avant.* », enfin, les traitements ont apaisé les sensations d'angoisse avec palpitations, sensation d'étouffer. Elle me dira que cela lui arrive moins souvent, et si c'est le cas, les symptômes diminuent vite avec la prise médicamenteuse.

Enfin, elle arrive mieux à évoquer le passé, et elle estime que cela lui fait du bien : « *Oui, tout si j'ai des problèmes, je viens, on parle un peu, et ça va. J'arrive mieux à parler qu'avant.* »

IV. Perception de la maladie

Maria n'était pas consciente de la maladie, elle se sentait différente, elle parle bien d'un sentiment de rupture avec le passé, d'une modification de comportement, mais pour elle c'était normal :

« *... même avant je pensais pas comme je t'ai dit que c'était une maladie, mais j'étais pas comme ça avant.* »

« *Non, moi je ne sentais pas trop, enfin je voyais que j'étais pas comme avant, mais je pensais que c'était normal.* » « *... Mais moi je savais pas que j'étais malade avant* »

D'ailleurs, c'est l'entourage qui l'a fait consulter.

Elle dit ne pas avoir compris ces modifications dans sa personnalité, mais elle évoque la possibilité d'intervention de la sorcellerie ou d'esprit. « *... Je me dis c'est pas normal, il doit il y avoir des esprits ou je sais pas...* » « *... il y avait les mauvais esprits...* ». Elle fait aussi allusion, sans en être certaine à un certain lien de causalité

avec le traumatisme : « *En tout cas avant j'étais pas comme ça..., depuis tout ce que j'ai vécu...* ».

Ce témoignage montre bien la souffrance morale de la patiente, et son retentissement sur sa qualité de vie. Les symptômes dépressifs avec la perte de l'élan vital et une grande tristesse sont au premier plan, ainsi que l'envahissement psychique par les différentes ruminations.

Elle n'était pas consciente de ses troubles et ne pensait pas nécessiter de prise en charge particulière. Pourtant, elle nous explique bien l'amélioration des différents symptômes et comment les soins l'accompagnent dans son quotidien pour aller de mieux en mieux.

Chez elle les principales difficultés pour le suivi sont d'une part la barrière linguistique, d'autre part le déni de la maladie initiale ce qui a entraîné un retard à la prise en charge, mais aussi le syndrome d'évitement qui est un obstacle supplémentaire dans des soins où la communication est indispensable. Enfin, il y a un absentéisme fréquent aux consultations. Elle semble en revanche bien prendre ses traitements, les effets sur ses troubles étant bien ressentis, elle en retire un bénéfice immédiat.

Mme. M. Inès

Inès est originaire du Congo, elle a 30 ans quand je la vois.

Elle est mariée, mais n'a plus vu son mari depuis les événements au pays, c'est-à-dire depuis trois ans.

Elle a un fils de trois ans qui vit avec elle.

Elle est arrivée en France en 2008.

Sa demande d'asile a été rejetée, de même que son recours auprès de la CRR.

Elle est autorisée à rester sur le sol français pour raison de santé. Les certificats médicaux sont refaits chaque année.

C'est la seule patiente qui a préféré me donner rendez vous chez elle. Par facilité principalement, car de multiples rendez-vous à l'EMPP ont été annulés du fait d'une impossibilité de sa part à venir (ticket de tram à payer, mal être...), ou d'oublis.

Elle vit dans un appartement qu'elle a obtenu par l'intermédiaire du CADA qui la prend en charge. Elle y habite depuis quelques mois seulement. Auparavant elle vivait chez une amie, ou en colocation dans un appartement avec une autre famille avec qui la cohabitation a été difficile.

Son appartement est très simple, très peu de mobilier, peu d'affaires, on ressent qu'elle ne se sent pas chez elle ici, et qu'elle manque de moyens financiers.

Elle est suivie par l'EMPP dès son arrivée. Elle est adressée initialement par les travailleurs sociaux du CADA.

Le suivi sera assez aléatoire car il existe une réelle difficulté d'observance aux entretiens et aux traitements. De plus elle quitte la ville du Mans pendant plusieurs mois, période pendant laquelle les soins sont interrompus. Elle reprend contact à son retour du fait de la persistance des symptômes. Le suivi est plus régulier depuis ce retour.

Au début de l'entretien, elle est souriante, je lui réexplique le but de cette rencontre.

Elle est consentante, mais semble un peu nerveuse.

Elle parle mal le français, les tournures de phrase sont parfois difficiles, ainsi que la prononciation.

Cette patiente pleure beaucoup pendant l'entretien. Plusieurs fois il a fallu interrompre, ou changer de sujet.

Les principaux thèmes particulièrement éprouvants pour elle étaient l'évocation du passé, de sa situation actuelle, de la maladie qui l'empêche de vivre normalement sans médicament, et de penser à la vie qu'elle menait auparavant.

I. Son vécu traumatique et les facteurs aggravant ou favorisant les troubles

Elle raconte des épisodes de violences et d'événements altérant son intégrité, sa dignité. Elle ne se sent pas comme un être humain. « ... *Comme si j'étais quelque chose de rien du tout, parce que j'étais une femme, pour eux c'est de la marchandise...* » « ... *quelque chose que un humain peut pas vivre comme ça. Parce que c'était très dur, très dur...* ». C'est une période de sa vie qui a été particulièrement dure à vivre, elle a vécu une expérience traumatisante.

Le viol dont elle parle est un facteur de risque de développer des troubles par la suite. « *C'est là où j'ai subi beaucoup beaucoup de choses... c'était dur. Ils ont abusé de moi, ils m'ont violée aussi.* » « *C'est l'étape la plus mauvaise de ma vie...* ».

On retrouve aussi dans son discours des éléments favorisant l'apparition des troubles liés au traumatisme migratoire. La séparation brutale avec sa famille, la perte de repères culturels, ou encore l'incertitude liée à la disparition de son mari et l'impossibilité de faire le deuil du fait de l'absence d'explication.

« ... *Vous savez, vous savez, vous avez laissé votre pays, vous avez laissé votre mère (pleure),... vous avez laissé tout...* »

« ... *et mon mari je sais même pas si il est en vie ou pas, je sais même pas...* »

«... *C'est ça aussi le problème, je peux dire rien, c'est pas mon pays ici. Et mon pays c'est là bas, j'ai ma famille là bas, j'ai tout laissé là bas...* »

II. Les symptômes

Inès témoigne de nombreux symptômes décrits pour les troubles psycho-traumatiques :

Tout d'abord il y a les pensées envahissantes : « *Tout le temps je pense, y'a pas un jour que je peux faire sans penser.* ». Ensuite elle me raconte comment il lui arrive de

revivre certaines scènes traumatisantes : « *Oui, la nuit... je crois c'était l'homme qui venait, je voyais pas sa figure, mais c'était l'homme là toujours, il était la nuit devant moi, comme s'il voulait toujours m'agresser...* »

On retrouve chez Inès des symptômes de type psychotique avec des hallucinations auditives, voix intérieures envahissantes : « *Y'avait toujours des choses qui me passaient dans mes oreilles* » « *tu souffriras toujours comme ça... (elle se remet à pleurer...), tu vas souffrir, tu vas continuer à souffrir ... tu vois ça me fait ça dans mes oreilles, tu vois ? et là si ça continue comme ça je n'arrive plus à me calmer...* »

Aussi, comme beaucoup de patients, elle somatise sa souffrance psychique : « *Y a le cœur qui bat trop vite, et puis y a un peu la nervosité qui me vient, je transpire tout ça, j'arrive pas à prendre l'air tout ça...* » « *comme je me sens étouffer là.* », ce qui participe à son angoisse.

Elle se plaint de troubles du sommeil : « *... Je voulais pas dormir, j'avais trop peur de le voir, alors je restais comme ça, les yeux ouverts parce que j'avais trop peur de le voir si je fermais les yeux...* » et d'une irritabilité que l'on retrouve très souvent : « *Les gens disaient que j'étais plus agressive...* »

Elle raconte des troubles de la mémoire et de la concentration qui participeront à son altération du quotidien « *... J'arrivais même plus à me concentrer, c'est où j'avais même plus de mémoire parce que j'avais si vous dites quelque chose comme ça, j'oublie directement...* »

Enfin, elle a de nombreuses idées sombres, avec une impression d'avenir bouché. Elle évoque avec beaucoup de souffrance sa vie avant la maladie : « *Y a des temps vous dites que vous êtes normale et que vous allez faire votre vie, que vous êtes normale, et puis y a des temps... (Pleure beaucoup, elle ne peut plus continuer sa phrase...) ça va pas .* » « *Et pourquoi vous devez vivre de nouveau ?? Vous pensez que vous avez besoin de vivre d'autres choses après, mais moi je pense pas...* »

« *C'est que j'avais envie de rien, envie de rien...* »

« *J'ai une maison, mais je continue toujours à souffrir...(Pleure) demain aussi je peux avoir des papiers mais si je suis pas guérie, si ça continue toujours comme ça, tu vois à quoi ça sert les papiers ? ... Parce que là, même si j'ai les papiers, je suis toujours malade... Mais quand je vais terminer ?! ... Quand je vais plus commencer à prendre les médicaments, quand ? et quand je vais commencer à faire ma vie sans venir ici à l'hôpital... à pleurer, ou à m'énerver chaque fois aux gens ... Quand ? quand ça va*

tout finir ? ... Quand ça va finir et que je vais recommencer à vivre mieux comme les autres... »

III. Le retentissement sur sa vie quotidienne

Inès m'explique relativement bien comment ces différents symptômes sont handicapants dans sa vie, et leur retentissement au quotidien.

Tout d'abord, il existe pour elle des troubles du comportement dont elle a peu conscience, c'est son entourage qui lui rappelle les faits. « ... *Il y avait ma voisine là qui me disait le matin : « mais pourquoi tu as crié comme ça cette nuit ? » ».*

Elle éprouve ensuite une peur permanente, qui est handicapante pour elle avec des symptômes de type paranoïaque : « ... *Souvent l'impression d'être suivie et qu'on va vous faire du mal...* », ce qui va en plus entraver les différentes démarches nécessaires pour se reconstruire en France : « *C'est pour ça qu'avant souvent je voulais pas aller au rendez-vous, moi je pensais que tout le monde était contre moi...* » « ... *Même mon avocat je voulais plus le voir parce que souvent il me parlait toujours derrière, et j'avais peur.* »

Enfin, ses relations avec son fils et la gestion du quotidien sont difficiles : « *Souvent mon fils il disait que j'étais plus sa maman...* », ou lorsqu'elle parle des tâches ménagères : « *C'est difficile, y'a des jours où c'est trop dur, je peux rien faire...* ».

Par ailleurs cela entrave ses capacités à assurer les formalités nécessaires à sa vie en France : « ... *Oui, pour tout ça, les papiers c'est sûr c'est dur...* »

IV. Evolution depuis la prise en charge

La patiente est déjà moins angoissée au quotidien, la peur est moins présente : « *Je me sens plus rassurée qu'avant.* »

Elle se sent aussi moins envahie par les pensées, elle estime que les traitements l'apaisent, lui font du bien. Elle le ressent d'ailleurs en éprouvant une certaine dépendance aux médicaments car dès qu'elle ne les prend pas les symptômes réapparaissent.

Ses relations avec son fils se sont améliorées, avec moins de nervosité et d'énervement, tout comme les symptômes à type de palpitations : « *Par rapport aux*

symptômes de palpitations, sensation d'étouffer, c'est mieux. Mais c'est parce qu'il y a le traitement qui tient. »

Elle est aussi soulagée de pouvoir à nouveau faire les gestes de la vie quotidienne et d'assumer sa maison : *« Maintenant c'est mieux qu'avant. J'arrive à faire le ménage, je cuisine plus pour mon fils, c'est un peu moins dur. »*

V. La vision des soins

Les soins sont importants pour Inès, même si cela n'a pas toujours été évident pour elle car elle a mis beaucoup de temps à réaliser et à accepter sa maladie. Maintenant elle est consciente qu'elle nécessite des soins et est tout à fait compliant et motivée. Elle sait que son avenir, et son futur en France, ou ailleurs, dépendent de sa prise en charge : *« Si je suis guérie par là alors tout sera mieux. Pour moi tout sera mieux si je suis guérie. »*

« J'ai bien compris que ça m'aidait... » « ... Ca me fait un peu du bien parce que..., ouai, ça, ça m'a beaucoup aidé. »

Pour elle, à ce jour, la vie sans les soins n'est pas possible. Cette dépendance lui est d'ailleurs difficile à vivre.

Mais elle reconnaît cette nécessité et souhaite poursuivre afin de pouvoir aller mieux.

VI. Les principales difficultés

Tout d'abord, la difficulté première a été la reconnaissance de sa souffrance. En effet, Inès ne se sentait pas malade, et pour elle la souffrance psychique et la maladie mentale ne semblent pas exister : *«... Non, moi je trouvais que j'étais comme d'habitude, ... Alors pour moi je pensais que c'était normal, ça va passer. » « ... Je savais même pas ce qu'était un « psychiatre », et pour quoi il faudrait m'envoyer là bas. »*

Aussi, il y a de réelles difficultés dans la prise en charge liées aux conséquences des troubles psycho-traumatiques. En effet, elle souffre de symptômes d'évitement avec une grande difficulté à parler du traumatisme ou ce qui le rappelle. L'évocation étant trop difficile, elle a longtemps été dans le déni et la fuite. Toujours, il est difficile pour elle de raconter certaines choses et, témoigner de sa vie actuelle est très éprouvant

pour elle. « ... *Mais j'aime pas parler de ça, c'est trop dur...* » « *Je voudrais qu'on arrête maintenant. J'aime pas vraiment parler de ça, j'aime pas parler de ma vie. Même là à l'hôpital, j'aime pas raconter mes choses.* »

« *Je voulais pas parler de mes choses...* »

Elle a par ailleurs pendant longtemps interrompu les traitements car elle refusait la maladie : « ... *Je vais tout laisser les médicaments, je vais arrêter, maintenant je vais faire ma vie, je pensais que je me sens bien, que ça allait et que je pouvais arrêter les médicaments, j'ai tout abandonné les traitements, je partais plus à l'hôpital...* »

Un autre symptôme très présent chez cette patiente est la peur et les délires de type paranoïaque. Ainsi, elle était persuadée au début des soins que les médecins et infirmières étaient « *contre elle* », qu'on lui voulait du mal. Ainsi, elle a mis beaucoup de temps à accepter le suivi, et de venir régulièrement aux rendez-vous : « *Parce que moi j'avais l'impression... que tout le monde était contre, comme si tout le monde ne voulait pas de moi... C'est pour ça qu'avant souvent je voulais pas aller au rendez-vous...* » « *Mais moi je veux pas le psychologue, parce que qu'est ce qui vont me faire, je sais pas moi...* »

« *On me disait : « Madame il faut prendre tes traitements, ça te fera du bien », « J'ai dis non merci, ils sont méchants les gens... » « Parce que moi je pensais que tout le monde était contre moi... »*

En ce qui concerne l'observance des rendez-vous, les troubles de la mémoire présents chez elle ont parfois entraîné un certain absentéisme. De même, les difficultés financières auxquelles elle doit faire face ont pu l'empêcher de prendre le tramway pour honorer les rendez-vous.

Enfin, elle parle un peu de la perception des troubles en particulier de la vision de ses troubles par la communauté africaine. Elle explique ainsi qu'elle serait considérée comme folle dans son pays, associée à de la sorcellerie et probablement exclue, rejetée. Il lui a donc été difficile d'avouer certains troubles, par peur du jugement et des conséquences sur son intégration sociale. « *Vous voyez les gens de mon pays, je dis pas que je vais à l'hôpital, que je vois les médecins et les médicaments, parce que là bas pour eux, vous êtes fou, on vous traite de fou, ou vous êtes folle tout ça.* »

A noter qu'il y a aussi bien sûr la difficulté de compréhension et d'expression liée à la barrière linguistique. Certes nous n'avons pas besoin d'interprète, mais il est évident qu'il peut y avoir des contresens, ou un manque de vocabulaire la limitant dans sa verbalisation de la souffrance, et de même notre intervention peut être altérée par une mauvaise compréhension.

L'entretien avec Inès est alors pertinent en ce qui concerne l'envahissement de ces troubles au quotidien, et montre bien l'importance pour elle de la prise en charge.

On peut aussi constater déjà quelles difficultés peuvent entraver les soins.

D'une part le déni auquel il faut faire face et l'ignorance de la part de la patiente de sa souffrance morale, mais aussi d'autre part liées aux symptômes eux-mêmes qui rendent les soins plus complexes.

En reprenant le dossier médical :

Les symptômes : c'est surtout l'angoisse intense qui ressort avec un sentiment de persécution, et des hallucinations, flashes d'hommes qui l'agressent..., mais aussi un important syndrome dépressif, avec anhédonie, clinophilie, perte d'intérêt en général, ralentissement psychomoteur, humeur triste et découragement. Je note aussi de nombreuses somatisations à type de palpitations, sensation d'étouffer... Par ailleurs, elle culpabilise de ne pas être une bonne mère, comme les autres, elle évoque un sentiment d'humiliation et de honte, pleure toujours beaucoup de se voir dans « *cet état* ».

L'altération du fonctionnement social et familial est importante comme nous avons pu le voir, avec des démarches administratives difficiles et un quotidien familial compliqué à assumer, d'un point de vue du rôle maternel et du rôle de femme au foyer. Sa grande tristesse et son anhédonie l'isolent petit à petit, elle a très peu de contacts extérieurs.

Depuis la prise en charge, Inès est plus apaisée, elle arrive mieux à s'occuper de son fils et de sa maison, elle communique mieux. Il y a beaucoup moins d'éléments de type psychotique, plus de flashes ni de vision, elle se sent moins persécutée. Elle reste très angoissée, mais refait de plus en plus de petites choses, et les démarches sont moins compliquées. L'humeur reste malgré tout très triste.

Mme S. Rebecca

C'est une femme de 33 ans, originaire du Congo. Elle est arrivée en France en 2009, avec son mari. Ils n'ont pas d'enfant, le reste de sa famille est toujours au Congo.

Elle est suivie depuis avril 2009, elle a été adressée par les travailleurs sociaux du CADA par lequel elle était prise en charge.

Ils habitent dans un logement grâce au CADA, les moyens financiers sont très précaires. Elle va régulièrement aux Restaurants du Cœur.

Sur le plan administratif, sa demande d'asile a été rejetée par l'OFPRA, de même que le recours auprès de la CRR. Elle est autorisée à rester pour raisons médicales, avec la délivrance annuelle de certificat.

L'entretien se déroule à l'EMPP. C'est une femme ronde, « la mama africaine ». Elle semble facile d'accès, mais dès le premier abord elle me donne l'impression d'un visage triste et douloureux. Elle pleure beaucoup pendant l'entretien, je me suis parfois demandé s'il ne fallait pas arrêter, elle revivait les scènes de violence devant moi, semblait accablée par son quotidien actuel... c'était un entretien très riche sur le plan de la communication non verbale.

Elle parle un peu le français (elle prend des cours au Secours Catholique depuis le début de l'année) et il peut y avoir un risque de mauvaises interprétations... J'ai à nouveau respecté cela, c'est un facteur à prendre en compte dans cette prise en charge particulière... Parfois les phrases s'enchaînaient beaucoup, ce n'est pas un manque de ponctuation de ma part, mais elle parlait au fur et à mesure de ses pensées, j'avais vraiment l'impression qu'elle revivait chaque situation et qu'elle me les racontait comme si on y était...

J'ai trouvé que cet entretien était intéressant pour la description de sa souffrance, et du retentissement sur son quotidien.

I. Le vécu traumatique

Rebecca me décrit très bien la violence qu'elle a subie, elle met beaucoup de gestuelle pendant notre entretien, s'agite, me montre plusieurs cicatrices : « ... *Ils m'ont brûlée...* » « *Ils m'ont vraiment fait trop mal...* » « *On m'a tapée, on m'a brûlée, alors ils m'on laissée, moi j'ai perdu connaissance, je me suis réveillée, j'ai touché partout, j'ai vu que j'étais pas morte.* », elle me dit plusieurs fois avoir vécu cette confrontation avec la mort « ... *Je croyais que j'allais mourir...* ».

Par ailleurs il existe un vécu migratoire traumatique avec un départ brutal et son lot d'insécurité « ... *On a vu un homme qu'on connaissait pas, il faisait des faux papiers pour partir.* ».

La situation en France est très précaire et incertaine au niveau des papiers « *Je travaille pas, pas de papier pour rester en France, encore dans ma tête ça fait mal, comment je vais vivre ?...* ».

De plus elle souffre de l'isolement par rapport à sa famille restée au pays. Son entourage lui manque, elle ne se sent pas chez elle en France.

II. Les symptômes de l'ESPT

Tout d'abord le syndrome de reviviscence est important, avec de nombreuses pensées et ruminations :

Moi : « *Les pensées envahissantes sur les événements passés au pays ?* » Elle donne une réponse rapide : « *Oui tout le temps !* » (elle crie, elle imite les différentes scènes... « *Ils viennent, laissez moi !* » « *Souvent la journée je parle, je crie, et la nuit aussi souvent...* ». Elle décrit des troubles du sommeil avec agitation : « ... *Je faisais des cauchemars...* » « ... *Pendant la nuit, je pleure, je crie, je me bats, beaucoup de cauchemars...* ». De plus, l'évocation du passé provoque une recrudescence des pensées envahissantes avec un sentiment de détresse associé : « *Quand je parle de tout ça alors je dors pas, la nuit je repense à tout ça, toute cette souffrance, ça me donne beaucoup de soucis quoi.* ».

Ensuite, chez Rebecca, la peur est très présente : « ... *J'ai peur des policiers dans la rue, j'ai peur qu'on m'enferme, qu'on me fasse du mal...* », « *Oui j'ai beaucoup l'impression qu'on veut me faire du mal...* », d'ailleurs on verra comme cette peur l'empêche de vivre.

Le troisième élément marquant, sont les symptômes dépressifs avec une aboulie majeure, une grande tristesse, des pleurs très fréquents. L'entretien est d'ailleurs souvent ponctué de pleurs à l'évocation des choses douloureuses.

« ... J'ai pas d'envie... » « ... Je marche pas, je travaille pas, je fais rien à la maison, j'attends seulement mon mari qui travaille, pourquoi pas moi ? »

« ... Je pleure beaucoup... » «... Je veux partir, je veux mourir, quand je regarde la fenêtre j'ai envie de sauter... »

Cette inactivité subite lui procure un sentiment de honte : *« ... Oui c'est dur, je vois les autres qui font des choses, moi je fais rien... ça me fait mal. »*

Enfin, elle me parle de troubles de la mémoire quotidiens, puisque son mari doit tout lui rappeler au fur et à mesure des journées.

« Quand on me dit quelque chose... mon mari il note sur un papier pour que je retienne... »

A noter que Rebecca est consciente de ses problèmes et là encore elle parle d'un changement net *« ... J'étais devenue comme folle ! »*.

III. Le retentissement sur sa vie quotidienne

Ce qui me marque chez cette patiente, c'est une grande dépendance vis à vis de son mari. Liée tout d'abord aux traditions culturelles puisqu'elle n'a pas l'habitude de faire les choses sans son aval : *« Mais nous, là bas, tu restes à la maison, tu suis ton mari... »*, mais surtout elle parle d'une grande difficulté à affronter la vie sans lui, une peur permanente qui l'empêche de vivre. Elle n'arrive plus à vivre seule : *« Si mon mari n'est pas là, je sors pas. A la maison, je ferme toutes les portes, mon mari il ferme tout, comme un petit chien pour que je ne bouge pas. J'avais peur de sortir. Si mon mari il est là je sors avec lui, s'il est pas là je reste à la maison »*. Il en découle un isolement important.

Par ailleurs, l'aboulie présente chez cette patiente altère son quotidien puisque *«...J'arrivais plus à rien faire, je me lavais plus, c'est mon mari qui me lavait. »*

« C'était trop dur, je ne faisais plus rien, même plus les petites choses dans la maison, la cuisine. »

« ... J'avais envie de faire quelque chose mais pas la force. Des fois j'essaie de laver, ... si j'ai pas la force, je laisse et j'attends... »

L'évocation du passé lui est difficile avec une impossibilité à l'évoquer sans recrudescence d'une grande tristesse : « *Quand je commence à discuter comme ça, je pleure, je pleure, moi je dis moi je vais rentrer.* » « *A l'OFPRA, pour parler je pleure, même avec le docteur aussi. C'était difficile...* ».

IV. L'évolution depuis la prise en charge

Les soins lui font du bien, et lui redonne de l'espoir : « *Mais j'arrive à mieux vivre, je me sens mieux. Ici je me sens bien* », « *Je suis contente de voir le Dr NGuyen car il me donne des conseils. Je veux continuer à venir, je continue les médicaments.* »

Elle arrive à sortir peu à peu de son isolement, « *... C'est mieux pour moi, pour marcher j'avais peur, je pouvais pas venir seule... ça fait que un mois que je ressors un peu toute seule pour des petites choses, aller au marché* » « *... Maintenant je commence à marcher toute seule, j'achète les légumes aux magasins.* »

C'est ce qui la motive pour poursuivre les soins : « *C'est pour ça que je voudrais que je sois guérie, pour faire tout ça, il y a des petites choses que la femme peut faire...* »

Sur les symptômes précis, le sommeil est meilleur, « *Je dors mieux. Avant je dormais pas, toujours des cauchemars,... je dors mieux.* », sur la peur d'autrui elle me dira : « *... C'est pas vraiment comme avant. Je vois que les choses changent...* », mais aussi la tristesse est moins importante, « *... Oui je suis moins triste...* » « *Je pleure moins qu'avant...* ».

En reprenant le dossier médical :

Les symptômes retrouvés sont principalement, comme dans l'entretien, la tristesse, la clinophilie importante, et la peur d'autrui qui est très marquée. On retrouve une grande angoisse avec agitation fréquente, cris nocturnes... De plus, il existe une somatisation importante avec de nombreuses plaintes au fur et à mesure des rencontres.

Sur le plan de l'altération au quotidien, la peur est souvent notée, elle reste souvent cloîtrée chez elle.

Deux autres points ressortent, comme lors de mon entretien : d'une part la difficulté à évoquer les choses difficiles avec des émotions importantes, d'autre part, les

difficultés au quotidien pour assurer les tâches ménagère. Elle culpabilise d'ailleurs beaucoup de ne plus pouvoir assumer son rôle de femme, important dans les traditions africaines.

En ce qui concerne l'évolution avec les soins, le sommeil et le moral sont améliorés. L'angoisse reste très présente, mais elle reprend petit à petit ses activités, ce qui l'encourage à poursuivre. Il lui est toujours très difficile de rester seule.

Pour cette patiente, les principaux obstacles à une bonne prise en charge sont tout d'abord la barrière de la langue, ensuite le symptôme de l'évitement de ce qui est douloureux avec des réactivations émotionnelles importantes à l'évocation du trauma, enfin, je retrouve un absentéisme important.

Par ailleurs, elle fait une place importante aux prières et aux croyances traditionnelles. Alors, quelle place donne t-elle à la médecine occidentale ?

Mr D. Abdoulaye

Abdoulaye est originaire de Guinée Conakry. Il a 29 ans quand je le vois.

Il est en France depuis début Mars 2011, il a fui son pays du fait de violences et de risques pour sa vie étant donné son appartenance à un groupe politique.

Il est parti seul, n'a pas de nouvelles de sa famille restée au pays, sa mère a été arrêtée sous ses yeux, il ne l'a pas revue depuis.

Il vit chez un compatriote qui l'héberge.

Il a fait sa demande d'asile à l'OFPRA. Il est en attente de réponse à ce jour.

Il a été adressé à l'EMPP par l'intermédiaire du service des urgences, où il avait consulté pour une souffrance somatique avec un mal être physique diffus et de nombreuses plaintes corporelles.

L'entretien avec moi se déroule dans un bureau médical de l'EMPP. Il connaît ce lieu et c'est rassurant.

Je me représente, et lui explique à nouveau le but de notre rencontre. Il semble nerveux mais coopératif.

Pendant l'entretien, ce patient m'a marqué par son contact particulier. Il a le regard fuyant, semble difficilement supporter le mien. Aussi, il paraît souvent ailleurs, comme obnubilé ou parasité par des pensées. Pourtant, il sera bien présent jusqu'au bout, cohérent avec moi. Il comprend très bien mes questions et répond de façon tout à fait adaptée.

Il parle bien français.

Les éléments qui se dégagent de cette rencontre sont les suivants :

I. Le vécu traumatique et les facteurs aggravants

Abdoulaye me raconte très bien la situation qui l'a fait fuir. Sa mère a été arrêtée, et pour sa propre sécurité il a dû fuir et se cacher plusieurs années. Il a subi des violences physiques : « *Ils nous ont frappés, ils nous ont violentés* » « *... Je vais être torturé...* », mais ce qui l'a particulièrement traumatisé est un acte de violence

sexuelle : «... *Il a commencé à ouvrir son pantalon, et puis là il s'est passé certains trucs...*»

Il s'est senti agressé, mais surtout sali et attaqué dans sa dignité. Pour lui, l'acte qu'il a subi a entraîné un sentiment de honte et de souillure dont il ne peut se défaire.

« *...Je commençais à me sentir sale, je commençais à me sentir sale...* »

Il rapporte assez clairement cet événement comme étant la cause des changements de personnalité ultérieurs.

On retrouve ainsi plusieurs facteurs aggravants : tout d'abord l'existence de blessures physiques, séquelles des violences subies (« *... moi j'ai eu une cassure au niveau de l'épaule et au niveau du doigt ici...* »), mais aussi le viol.

Ensuite, dans le vécu migratoire et post migratoire , il décrit une situation de fuite sans retour possible d'une part : « *pour prendre la fuite.* », « *mais j'avais aucune affaire, j'avais tout laissé à la maison, j'avais pas ma carte d'identité sur moi* », et d'autre part une grande précarité dans laquelle il vit actuellement. Il est très seul, et sa situation administrative est source d'une angoisse supplémentaire : « *Avec les problèmes de papiers, il y a pas de liberté... on ne peut pas faire de vie quand on a pas les papiers...* » « *... Voilà moi j'ai pas les papiers,... je suis sans-papiers, donc des fois ça me donne la peur que la police tombe sur moi...* »

« *... Là je suis toujours chez le monsieur qui m'a hébergé... j'ai le récépissé de un mois...* »

Moi : « *Est ce que vous vous sentez seul ?* » « *Oui, je suis seul.* »

Enfin, il souffre d'être dans l'ignorance concernant la situation de sa mère, avec laquelle la séparation a été brutale et subite. Il lui est impossible d'en faire le deuil, et l'incertitude est une source d'angoisse supplémentaire pour lui.

II. Le sentiment de rupture avec la vie antérieure au trauma

Dans son discours, Abdoulaye fait souvent allusion à la rupture qui s'est faite depuis le traumatisme. « *Mais depuis je suis plus comme avant. Je vais te dire, ma vie elle a changé, depuis ce jour...* ».

Il explique que sa perception corporelle s'est modifiée : « *... Les choses ont commencé à bouger dans mon corps...* », c'est d'ailleurs ce qui l'a conduit à consulter.

Il a l'impression d'avoir changé de personnalité. Comme s'il ne maîtrisait plus sa propre personne. « *Oui, j'ai changé. J'ai changé, c'était plus la même personne* ».

III. Les principaux symptômes et les répercussions sur sa vie

Abdoulaye ressent une honte depuis les événements, il culpabilise beaucoup « *J'ai été faible* » « *J'ai commencé à me sentir mauvais* ».

Ce sentiment va beaucoup l'obséder, il y pense en permanence. Il est très pris par sa culpabilité et ce sentiment de souillure. « *Je me dis j'aurais du faire comme ça, comme ça... après on est pas tranquille avec nous même* ».

Il ressent la peur, il revit les différentes scènes de violences.

Les différents sentiments et pensées liés au traumatisme sont alors très envahissants dans sa tête, les ruminations sont permanentes « *Je faisais seulement que penser, penser, penser...* », « *Je faisais que penser tout le temps, même quand j'étais avec les gens* » « *Et je pense toujours tranquillement, toujours en train de penser* ».

Moi : « *Les images et les pensées reviennent tout le temps ?* » Lui : « *Oui, ça c'est en permanence, ça on peut pas se défaire de ça...* ».

Il est donc toujours envahi, c'est d'ailleurs l'impression que j'ai pendant notre entrevue.

Cet envahissement psychique et la honte qu'il ressent le renferme petit à petit sur lui même, il a beaucoup de mal à supporter la présence des autres et à aller vers autrui : « *... Je voulais pas mais petit à petit j'allais moins voir les gens...* » « *J'allais pas où il y avait des gens... j'aime pas le regard des gens...* » « *Quand je suis là bas, avec les gens, je suis nerveux, et comme j'aime pas être dans cet état, je vais moins les voir, je vais seul ...* »

« *Je me suis concentré sur moi même, sur mon corps, je me suis renfermé* ».

De plus, il existe des symptômes dissociatifs qu'il décrit très bien. Il se sent comme étranger à lui même « *... Après je suis plus avec les gens, même si je suis là, je suis pas avec moi, je fais que penser à ce qu'il s'est passé* » « *Tout le temps dans mon corps, c'est comme si je le revis encore, et que mon corps il me parle il me dit tu dois faire ci, tu dois faire ça pour que ça s'en aille de ton corps* » « *C'est comme s'il y a quelqu'un d'autre qui rentrait dans quelqu'un... et puis il lui fait vivre comme lui il*

vit, mais lui dans son corps il sait que c'est pas lui... »

« Je suis pas moi même, c'est pas moi, c'est quelqu'un d'autre ».

Il explique qu'il se sent partir de lui-même, qu'il ne ressent plus d'émotion : *« C'est arrivé petit à petit, je me suis retiré ».* *« Oui, après tout ça, ça fait qu'après on vit pas, on n'a pas de vie... ».*

Encore, ces pensées obsédantes l'handicapent dans son quotidien car il ne peut plus se concentrer sur l'extérieur. Quand je lui demande s'il présente des troubles de la concentration : *« Oui oui, ça c'est permanent, parce que déjà on est concentré sur soi, donc on peut pas se concentrer sur autre chose ».*

Par ailleurs, il existe une certaine recherche du silence en permanence. Il s'est habitué à être seul, isolé, il ne supporte plus le bruit. Il se sent très nerveux dans ces cas. Il se décrit comme étant trop concentré sur lui même pour supporter ce qui l'entoure : *« ...et puis il y a les petits bruits, moi j'aime pas les bruits, j'aime le silence, dès que ça fait du bruit ça m'enervait, je suis toujours concentré... ».*

Abdoulaye souffre de plus de troubles du comportement au quotidien avec cette sensation de souillure qui l'obsède : *« Aussi je me lave, je pense que je suis sale, je me lave tout le temps,. »*

Il ressent souvent « des choses dans son corps », qu'il ne comprend pas : *« Les choses bougent dans mon corps... »*

Pour lui le problème était physique, il se sentait bien malade car différent d'avant, mais sur le plan somatique : *« ... Moi je pensais que les problèmes que j'avais c'était dans le corps... »*

Abdoulaye décrit aussi des symptômes de type dépressif, avec une tristesse, des pleurs, des idées noires assez fréquentes. *« J'étais déprimé »* *« Oui j'étais triste, et je suis toujours triste »*

Il souffre de plus de beaucoup de troubles du sommeil, du fait des ruminations permanentes, des cauchemars, et de la peur qui le suit toujours. Il dira ne pas pouvoir dormir sans les médicaments.

Enfin, il existe une somatisation, mal définie mais qui le gêne souvent,
« *Je sens des choses qui bougent dans mon corps, je sens quelque chose dans mon corps, ça s'arrête pas* », « *Des fois j'ai la tête qui me tourne, et là je ne peux pas manger* ».

IV. L'évolution depuis la prise en charge

Les soins lui sont bénéfiques, sans vraiment préciser le changement, il voit qu'il se sent mieux depuis la prise en charge : « *Ca me fait du bien d'être là.* » « *... Oui, c'est pourquoi je viens ici, c'est pour que ça puisse aller mieux, c'est pour ça que je viens ici* » « *Oui, oui ça va mieux qu'au début* »

Les pensées sont moins envahissantes avec les médicaments. Lorsque je lui demande si les médicaments agissent sur ses ruminations : « *C'est ce que les médicaments diminuent.* ». Il estime qu'ils « *détournent sa pensée* ». D'ailleurs c'est un aspect qui le gêne car cela participe à son impression d'être différent de lui-même. Il a essayé de diminuer, mais finalement il accepte car il se sent plus apaisé avec les traitements « *...En fait tous les changements qu'il y a, c'est un changement d'apaiser* »

Les exemples qu'il donne sont surtout par rapport au sommeil puisqu'il ne peut pas dormir sans les médicaments, mais aussi il arrive à mieux communiquer au fur et à mesure des entretiens médicaux et para-médicaux. : « *... Mais petit à petit je commence à communiquer avec eux, ça change.* »

Enfin, il se sent moins triste qu'avant, même si cela reste très présent.

V. L'importance de la religion

On retrouve dans le discours d'Abdoulaye la présence de la religion. Tout d'abord en ce qui concerne le traumatisme, il se sent coupable par rapport à sa croyance, il doit donc être puni : « *Moi je suis musulman, ça doit pas se faire ce qu'il s'est passé... moi j'ai... quelque part là, j'ai été faible, ... il y des châtiments pour les gens qui font des choses comme ça.* ». Mais la religion est aussi une aide pour lui, puisque sa foi lui permet de surmonter sa souffrance, lui donne de l'espoir et la volonté de survivre.

« *Il y a la religion qui m'aide beaucoup pour ça...* »

« J'ai souvent pensé à mourir, mais je ne peux pas, c'est la religion qui interdit ... J'y pense, mais c'est ma religion qui m'aide par rapport à ça. Il est pas permis de se suicider. ».

Ainsi, on voit bien grâce à ce témoignage l'importance de l'envahissement psychique par des ruminations liées au traumatisme et l'altération de la qualité de vie au quotidien. Abdoulaye est complètement pris par ses pensées, sa vie tourne autour d'elles et son quotidien en dépend. Il explique bien cette sensation d'emprise, le sentiment de ne plus être lui-même, et il montre comme l'intégration sociale est difficile du fait de ces symptômes.

En reprenant le dossier :

Concernant le vécu traumatique, il y en plus des éléments de l'entretien la notion de torture, qui est un élément favorisant l'apparition des troubles.

Sur le plan symptomatique, on retrouve l'importance du repli sur lui-même, le besoin de s'isoler, avec les éléments dissociatifs tel que « la peur qu'on voit en lui », « peur qu'on lise sa souillure ». La tristesse est présente avec des idées suicidaires, par ailleurs il se dit tendu en permanence. Il existe de nombreux troubles du sommeil, et beaucoup de plaintes somatiques. La honte et la culpabilité reviennent souvent dans son discours.

Sur le plan de la prise en charge, je note seulement une nette diminution des idées suicidaires, qui restent malgré tout présentes.

Mr N. Paul

Paul est originaire du Congo, à Kinshasa. Il avait alors une situation convenable, travaillait comme conseiller fiscal à la direction des impôts.

Quand je le rencontre, il est dans une situation très précaire. Il dort d'abord à la gare du Mans, et va dans un foyer pour manger le midi. Il n'a aucune ressource. Après avoir été sur liste d'attente pour être logé par l'intermédiaire du CADA, il est maintenant en foyer le soir, mais doit le quitter tous les matins. Il erre beaucoup dans la journée.

Sur le plan administratif, il a fait une demande d'asile à l'OFPRA, il est donc en attente de réponse, et a le récépissé accordé par la préfecture d'autorisation de rester sur le sol français pour trois mois, à renouveler. J'apprendrais par la suite que sa demande a été acceptée.

Il est seul puisqu'il a fui son pays en laissant sa famille. En partant, il a quitté sa femme et ses deux enfants (10 et 5 ans), dont il n'a plus aucune nouvelles depuis.

Notre rencontre a eu lieu à l'EMPP, là encore c'est plus simple pour lui car il connaît le lieu.

Il a un contact particulier, semble souvent déconnecté du moment présent, avec des absences ou des automatismes de la pensée qui le parasitent.

Il s'exprime bien en français.

I. Le traumatisme

Paul a fui son pays car il a subi des menaces, et était en danger puisqu'il était accusé d'un soutien financier d'un parti dans l'opposition.

Il me décrit peu en détail ce qui l'a fait fuir, il semble que cela lui soit très difficile.

« ... *Bon j'ai fait des efforts avec vous, mais là je voudrais plus parler de tout ça là....* ». Mais il aurait été frappé et serait en danger de mort au Congo « *J'ai fui mon pays car j'ai été menacé.* » « *On a commencé à me persécuter...* »

« ... *Il a sorti son arme* (là il l'imite devant moi avec le geste de charger l'arme et de la braquer sur lui) *et il a commencé à me frapper...* ».

Il présente par ailleurs des facteurs de risque de développer un ESPT avec des facteurs aggravants :

Tout d'abord, il est parti dans un contexte de fuite, brutalement, en laissant sa famille, dans des conditions difficiles, elles-mêmes traumatisantes : « ... *Il fallait me cacher...* » « ... *Alors après de tout 2008 je me suis caché, une année...* » « *J'ai traversé tout le pays dans la pirogue de clandestins* » « *A Roissy en fait je savais pas où aller... je ne connaissais personne...* ».

De plus il n'a pas de nouvelles de ses proches depuis, ce qui participe à son angoisse. « ... *J'ai jamais revu ma femme et mes enfants depuis.* »

Ensuite, il vit dans une grande précarité en France, nouvelle source d'angoisse et d'incertitude. « *Quand je suis arrivé au foyer Athanor, je mange le soir, mais avant, le soir, je dormais comme je pouvais, d'abord à la gare et là je demandais pas...* » « *Je savais pas où aller...* ».

II. Les différents symptômes décrit

- L'étrangeté du comportement avec des troubles du comportement et une agitation :

Il décrit lui-même son comportement comme étant gênant dans son quotidien puisque c'est souvent à travers les regards extérieurs qu'il s'est senti différent : « *J'étais à la gare toute la journée, y'a un blanc qui m'a dit « tu es fou, tu es malade, faut voir un médecin »* ».

« *Bon, si vous êtes à côté de moi et que vous m'observez, vous voyez que je ne suis plus à l'aise...* »

« *Je sais pas des fois je m'énervais avec les gens à côté de moi, je pouvais pas faire autrement.* »

Il présente une grande agitation avec une irritabilité importante, des accès de colère : « *La journée je pouvais crier facilement, je criais, je m'énervais facilement... ça dépendait des fois, je savais pas pourquoi, sans raison...* » « *y'avait la colère...* » « *c'est juste que je voulais toujours crier et tout ça, de la nervosité* ».

Avec les troubles du sommeil, se sont d'ailleurs ces symptômes qui le font consulter.

Ensuite, Paul dit entendre des voix « *Les voix ça fait longtemps, avant l'arrivée en France c'était pas comme ça...* » « *Je luttais tout le temps contre les voix qui me disaient de sauter sur les rails...* », ce qui a pu entraîner un comportement pas toujours adapté.

- Les ruminations :

Il présente un envahissement important par des pensées anxieuses, toujours en lien avec les événements passés, et sa vie antérieure, sa famille : *« Oui, je pensais à tout moment... à tout moment... à tout moment... » « Je pensais à ma famille, mes enfants... »*.

Je me rends d'ailleurs bien compte que ces pensées ne le quittent pas lors de notre rencontre.

C'est un symptôme qui va aussi le pénaliser dans son quotidien puisqu'il a du mal à se concentrer : *« En fait j'arrive à me concentrer mais quelques secondes après, y'a les pensées qui reviennent, ça revient tout le temps, c'est difficile de se concentrer, c'est difficile... »*.

Ces ruminations sont source d'angoisse, qu'il a parfois du mal à gérer :

« ... L'angoisse c'était trop accentuée, quand je parle, quand je reste comme ça tout seul, facilement les larmes elles continuent à couler... et puis je sais comment expliquer... Vous êtes pas vraiment vous même... »

- Le syndrome dépressif avec souffrance morale intense :

Il présente de nombreux symptômes dépressifs, ce qui est très fréquent dans les troubles post traumatiques. Il se plaint d'une part d'une asthénie qu'il ne comprend pas : *« ... Oui, souvent très fatigué... Oui je ressens la fatigue comme quelqu'un qui a beaucoup travaillé, hors je n'ai rien fait. Je suis fatigué, j'ai sommeil, je sais pas pourquoi. »*, d'autre part il exprime bien son désespoir, une souffrance intense qui le suit toute la journée : *« ... Je ne voyais plus mon importance..., je me disais ... enfin toutes les envies, tout ça, l'appétit, tout ça c'était parti... enfin, j'étais désespéré, j'étais désespéré. »*, sa tristesse s'exprime souvent par des pleurs, *« Ouais, des fois... des fois les larmes coulaient, les larmes coulaient tout le temps... »*.

Comme j'ai pu le dire précédemment, il explique aussi être en lutte contre des idées suicidaires très présentes. D'ailleurs il sera vu en urgence par le médecin pour une majoration de traitement devant ses pensées de plus en plus fortes avec un risque de passage à l'acte important, dont il est conscient : *« Sans les médicaments, je suis pas sûr que j'aurais pu tenir. »*

- Enfin, il souffre d'une peur qui l'accompagne au quotidien : *« La peur m'a pas vraiment quitté, c'est toujours là, permanent. »*

« ... Ceux que je voulais pas voir c'était surtout les policiers, même ici en France. »

III. La sensation de rupture dans sa vie depuis le traumatisme

« ... *J'étais pas comme avant. J'ai souffert de rien avant. Ma santé était normale* »

«... *Bon, avant je souffrais pas, tout a commencé quand je suis arrivé ici.* ». Il lui est difficile de faire le deuil de sa vie antérieure : « *Vous savez, vous savez, vous aviez une vie qui était paisible et subitement vous avez une vie qui n'est pas meilleure, c'est ça qui m'a traumatisé.* »

« *Avant, j'étais habitué, le matin je sors, je vais au boulot, le soir je discute un peu avec ma femme. Mais là c'est difficile, je fais plus rien* »

« *Vous voyez une personne qui gagne bien sa vie, je travaillais, j'étais dans l'entreprise, conseiller fiscal, c'est tout cassé tout ça.* ». Ces pensées le préoccupent souvent, et participent à sa grande tristesse.

IV. L'évolution

Depuis que Paul est suivi à l'EMPP, il présente tout d'abord moins de pensées suicidaires, et l'envahissement psychique est moins important, même si cela reste très présent. C'est d'ailleurs le symptôme le plus important chez ce patient pour qui il est très difficile de vivre avec ces ruminations anxieuses.

Il dit mieux se sociabiliser, quand je lui demande, il me dit « *Auparavant c'était difficile, mais maintenant je m'habitue.* ».

Il est satisfait de l'amélioration de son sommeil grâce aux médicaments, « *Ouais les cauchemars c'était trop accentué, mais pour le moment c'est moins présent...* ».

En revanche, il éprouve toujours une grande tristesse qui ne le quitte pas même si le traitement lui permet de garder espoir et lui donne du courage : « *Non, la tristesse, c'est difficile à me quitter, difficile, ça part, et puis des fois c'est moins présent, des fois c'est présent. Mais bon vous savez si vous êtes seul sans traitement, c'est difficile de tenir. Mais il y a toujours le passé qui revient.* ». Par contre l'angoisse est diminuée, et il pleure moins.

Aussi, il reconnaît qu'au fur et à mesure des entretiens, il arrive mieux à communiquer, et cela le soulage : « *Vous voyez, quand vous voyez une personne, que vous pouvez partager le mal avec lui... ça m'aide.* ».

De façon plus générale, sur son bien-être au quotidien, il dira que « *les médicaments ça m'aide beaucoup, c'est différent qu'avant.* ».

Ainsi, quand je vois Paul, il n'est suivi que depuis quelques semaines, mais l'intensité des symptômes ayant entraîné une prise en charge rapide avec une majoration des traitements suite à l'évolution des troubles lui ont déjà permis d'être plus apaisé, moins sous l'emprise de ses pensées, le risque suicidaire est diminué. Il présente moins de troubles du comportement. Il se sent moins seul et retrouve de la force pour poursuivre sa vie ici en France. « *Oui, très important, vous savez sans le docteur, sans les médicaments, je suis pas sûr que j'aurais pu tenir...* ».

A ce moment là des soins, il lui est encore très difficile d'aborder le traumatisme, on retrouve l'évitement de ce qui évoque le trauma. Il est aussi compliqué pour lui d'aborder l'ensemble des symptômes qu'il présente, lié principalement à une honte qu'il ressent d'être ce qu'il est devenu. Ce sont des obstacles à la prise en charge psychiatrique bien reconnus.

Il m'expliquera aussi qu'initialement la prise des traitements n'était pas évidente car il n'était pas habitué aux médicaments. Il avait une certaine méfiance. Mais les résultats qu'il a pu observer rapidement l'ont mis en confiance pour poursuivre.

Enfin, Paul sera le seul à me dire nettement qu'il se sent malade, et il qu'il fait le lien avec le traumatisme. « *Non, pour moi c'est une maladie, parce que j'étais pas ça comme avant.* » « *C'est pas un sort, c'est pas la prière. C'est une maladie. Une maladie à cause de tout ce que j'ai vécu, tout ça...* ».

En reprenant le dossier :

Sur le plan symptomatique, je retrouve un important syndrome dépressif avec des idées suicidaires très présentes et un grand désespoir. Il y a un fort envahissement par les ruminations anxieuses, et les voix qu'il entend, avec une lutte permanente pour ne pas passer à l'acte.

Je note beaucoup de culpabilité et de honte.

Devant l'importance de l'envahissement de type psychotique, des anti-psychotiques sont rapidement prescrits, ce qui l'améliore bien sur ce plan. Il se sent aussi plus apaisé, moins en lutte, et parle mieux. Il y a moins d'agitation. Il reste une grande tristesse de l'humeur, avec beaucoup d'anxiété et de ruminations.

Mr S. Mamadou

Mamadou est guinéen, il a 24 ans lors de notre rencontre, et vit en France depuis 5 ans.

Sa situation reste précaire, après avoir vécu à Paris, il vit maintenant chez un « couple d'amis » qui l'héberge. Il ne travaille pas.

Sur le plan administratif, il est autorisé à rester en France pour raisons médicales, avec le certificat attestant de la nécessité de soins, remis tous les ans.

Son témoignage est original car c'est le seul patient qui n'a pas fui son pays pour raison politique. Le traumatisme subi est de toute autre nature : il a été violenté et torturé du fait d'une différence physique puisqu'il a les yeux bleus, ce qui est considéré comme albinos chez les africains. Il a dû faire face à l'exclusion du fait des croyances locales concernant les albinos.

Sa mère est française et son père est guinéen. Il ne voit plus son père depuis son enfance car il l'a abandonné du fait de sa particularité physique, et sa mère est décédée dans un accident de voiture alors qu'elle allait le chercher. Il culpabilise beaucoup de ce décès pour lequel il lui est très difficile de faire le deuil. Il est donc sans famille en France, ni en Afrique.

Je l'ai rencontré au sein de l'EMPP. Il se présente seul, mais il semble craintif, il a du mal à me regarder dans les yeux. Il est tout à fait coopérant pendant l'entretien et me décrit avec beaucoup d'émotions ses années de vie en Afrique. Il retient souvent ses larmes, et semble désemparé.

I. Le passé traumatique

Il me l'explique très bien et je peux retrouver dans son témoignage plusieurs éléments pourvoyeurs de troubles psycho-traumatiques :

Tout d'abord, il a vécu l'abandon de son père, et l'exclusion puisqu'il était considéré comme inhumain dans le sens de la sorcellerie. Il me parle de l'importance de la « magie noire » en Afrique. « ... *Ils l'accusaient d'avoir mis au monde un monstre, un extraterrestre. Ce n'est pas un humain...* »

« On était en Afrique quand même, alors je suis mystérieux là bas... »
« ... J'étais mystifié ! Comme un sorcier et ma maman la sorcière. »
« C'est possible d'envoûter, de faire la magie noire... c'est faire la sorcellerie quoi, c'est la magie noire. En Afrique ça se passe comme ça, c'est la réalité... » « ... Ils voulaient m'arracher les yeux... ».

Il a passé plusieurs années à vivre reclus, sans aucun contact social, déscolarisé. « Elle m'enfermait dans une cage. Comme ça personne ne me voyait... pour me cacher »
« Ils disaient « c'est un monstre, un sorcier, un extraterrestre... » ». Il a beaucoup souffert de « ne pas avoir eu l'enfance qu'ont les autres enfants ».

Ensuite, il a été témoin de la mort, et torturé, à l'occasion d'enfermement dans des « prisons pour les albinos » où ils étaient torturés et tués pour leur différence : « Et alors là bas, chaque nuit ils venaient et ils décapitaient les albinos un à un. Chaque nuit... » « Ils demandaient : « tu veux manche courte ou tu veux manche longue ? » et il coupait le bras ! ils commencent par le bras, puis les oreilles, le pied... et ils commencent à crier ! et moi j'étais là, ... après ils coupent ta tête, tu vois le sang qui éparpillait partout » « Tu restes là dans la salle de la mort... » « Je voyais comment on les décapitait et je faisais parti de ce lot là. ».

Il a ressenti un sentiment de détresse intense avec la peur de mourir, sentiment comme on l'a vu inacceptable d'un point de vue psychique, traumatisant. « J'avais peur, atroce, j'étais même obligé de pisser dans mon pantalon ! » « C'est affreux, j'ai eu peur, je tremblais de partout, je transpirais ! » « Et moi j'avais peur, je pleurais, je tremblais... » « J'étais dans l'attente de la mort... »

Enfin, il doit faire le deuil de sa mère, qui était tout pour lui, il me dit n'avoir qu'elle au monde. Elle se tue en partant à sa recherche après qu'il ait été enlevé pour être enfermé. Il culpabilise énormément, et se sent terriblement seul depuis. « Alors j'ai pas pu faire son deuil. » (de sa mère) « ... Et depuis ce jour je pleure ma maman. ».

Le deuil est un facteur aggravant les ESPT, tout comme la situation précaire sur le plan socio-administratif dans laquelle il est en France : « J'ai personne madame ! J'ai pas d'amis, j'ai pas de famille... », mais aussi avoir vécu le traumatisme de la migration avec son lot d'insécurité « ... Alors je me suis caché dans la brousse, et c'était atroce... » « Mais moi je sais pas où aller, et j'avais peur quand je marchais ».

II. Les différents symptômes

Il y a un envahissement psychique intense par les pensées et ruminations anxieuses :
« *Les pensées sont toujours là.* » « *La journée, la nuit, chaque moment... on dirait que chaque veille c'est pénible pour moi. Je vis dans le même cauchemar en permanence...* ».

Cela se traduit aussi par des cauchemars dans lesquels il revit les scènes traumatisantes : « *... Alors je faisais les cauchemars chaque nuit, des cauchemars, des cauchemars...* »

« *Quand je fais des cauchemars, je crie beaucoup la nuit, je revois les gens qui étaient décapités devant moi, je me retrouvais là bas.* »

« *Je revois les choses là ça me répétait encore chaque nuit.* »

« *Chaque nuit, comme je vous vois là, je la revoyais, tout en blanc souvent comme un fantôme !* »

« *Je faisais tellement de cauchemars aussi, où les gens décapitaient les albinos, je me retrouvais là bas encore ! C'est pour cela je criais...* » « *Je criais la nuit, je criais je criais ! Chaque nuit. Toutes les nuits...* ».

Il évoque une peur intense et fréquente : « *Moi j'ai peur de la foule, je me suis jamais habitué, ça me fait penser à des choses horribles que j'ai vécues dans l'enfance...* »

« *A chaque fois ça fait remonter l'angoisse, la peur... Je suis vraiment angoissé.* »

« *Oui, j'ai toujours peur, on vienne me kidnapper, ça me revient, c'est pour cela la foule j'ai peur.* » « *Oui, j'avais trop peur madame..., j'ai peur des gens... j'ai peur à l'intérieur, au fond de moi même...* » « *Oui toujours, j'ai peur, je tremble je transpire...* ».

Il y a une hyper-activation neurovégétative qui se traduit principalement par des troubles du sommeil : « *C'est pour cela que je ne peux pas dormir, dès que je ferme les yeux ça recommence, les images.* »

« *C'est tout le temps ! je dors pas madame ! même la nuit, je dors que 20 à 25 minutes et ça recommence.* », ainsi que par des troubles de la concentration : « *La grande mémoire que j'avais, c'était fini, je pouvais même pas réviser, je pouvais pas retenir 5 à 6 lignes comme ça...* »

« Il y a plus de mémoire ! Complètement ! Je suis amnésique ! Des fois j'oublie même les rendez-vous, il y a l'amnésie qui s'installe chez moi.... »

« J'arrive pas me concentrer, avant j'étais premier, mais maintenant, tout ça là..., je peux lire même, mais pour retenir je peux pas, j'ai trop de pensées, de vieilles pensées là dans ma tête là » « Donc les pensées, ça m'empêche de me concentrer, exactement madame ! Il y a tellement de choses dans ma tête que je ne peux même pas imaginer de me concentrer, de lire beaucoup, d'apprendre... ».

Enfin, on retrouve chez ce patient plusieurs symptômes de type dépressif avec des idées suicidaires, un grand désespoir, mais aussi des pleurs avec beaucoup de tristesse
« Je pleure beaucoup oui, jusqu'à le matin je dors plus, je pleure, je pleure, je pleure... » « J'étais désespéré... »

« J'étais abattu complètement moralement, physiquement et psychologiquement, j'étais pas bien dans la tête. ».

III. L'altération du fonctionnement social

Tout d'abord, ce patient reste très isolé, lié à une grande peur d'autrui. *« Souvent je porte les lunettes de soleil pour sortir, pour venir ici. Sinon, je vais nulle part, je reste enfermé. » « Je suis pas prêt à affronter les gens, des personnes... je suis pas prêt madame... »*

« Oui je reste chez moi, enfermé là bas, je sors pas d'habitude. »

Il souffre aussi de trouble du comportement qui peuvent effrayer son entourage : *« Je criais la nuit, je criais je criais ! chaque nuit. Toutes les nuits... même ici en France ça recommence. J'embête les voisins... mais je leur dis c'est pas de ma faute. ».*

Il fait part aussi des conséquences en pratique sur son intégration puisque les symptômes l'empêcheront d'avoir une vie étudiante alors qu'il est très désireux d'étudier, aussi, il perdra son travail.

« Donc je suis resté sans papier, et je pouvais plus travailler. »

« C'est difficile oui, parce que quand je vais à la faculté là bas, il y a tout le monde qui vient pour me regarder... ».

IV. La perception des soins pour le patient

Il me parlera souvent de la confiance qu'il a en la structure, les soins sont très importants pour Mamadou : « *Ils me donnent de la confiance aussi...* » « *Ca j'ai confiance en eux, ils sont comme ma maman...* ».

Ils sont une source de courage et d'espoir : « *Mme Favreau (psychologue de l'EMPP) et le Dr Nguyen, c'est eux qui me donnent le courage...* », « *Ils me donnent l'espoir.* » « *Si j'étais pas venu là madame, moi je serais mort depuis longtemps !* ».

C'est un moment où les pensées sont un peu moins présentes, « *Quand je viens là, j'oublie un peu, c'est comme une parenthèse.* » « *Quand je viens là, seulement là je commence à oublier.* ».

Ainsi cet entretien me semble pertinent car il décrit bien la souffrance du patient, les conséquences sur sa vie quotidienne.

De plus, les soins sont pour lui bénéfiques, il y a une évolution favorable sur sa vie, puisque petit à petit il ressort de chez lui, se sent moins triste avec moins d'idées suicidaires, il reprend confiance et espoir doucement. Les pensées restent tout de même très envahissantes.

Je n'ai pas pu récupérer d'éléments intéressants en provenance du dossier pour ce patient.

Mr M. Rogerio

Rogerio est originaire d'Angola. Il est arrivé en France en mars 2011. Il a 46 ans, il est marié mais sa femme est restée au pays. Il a trois filles, dont deux sont avec lui, et la troisième est restée avec sa femme.

Il a quitté le pays pour des raisons politiques, suite à l'appartenance à un groupe dans l'opposition, raison pour laquelle il a été pourchassé, emprisonné et torturé.

Il vit chez des « amis », sa situation financière reste très précaire, il n'a pas de domicile à lui.

Sur le plan administratif, sa demande d'asile est en cours.

Il est adressé à l'EMPP par l'intermédiaire de la PASS de l'hôpital.

L'entretien avec moi se déroule dans un bureau médical de l'EMPP. C'est un monsieur bien habillé, il parle bien le français. Il est visible que c'était un intellectuel dans son pays. Il a bien compris la raison de notre rencontre et est d'accord pour que je l'enregistre.

J'aurai parfois du mal à le suivre pendant notre discussion, il change souvent de sujet, le discours n'est pas très ordonné, avec parfois des impressions de « barrage » dans le cours de la pensée. Il évoque très souvent des moments d'emprisonnement, comme si ces pensées faisaient irruption et il interrompt ses phrases en cours. Je ressens une grande souffrance chez ce patient, avec une grande incertitude sur son avenir et celui de sa famille.

Plusieurs éléments se dégagent de cet entretien :

I. Le vécu traumatique

Rogerio a un vécu traumatique avec des violences physiques, une torture régulière « ... *Ils nous menaçaient toujours, chaque jour ils venaient et nous menaçaient tout le temps...* » « *Ils me frappaient jour et nuit, jour et nuit...* ». On retrouve aussi la confrontation avec la mort : « ... *Et moi on m'a toujours torturé en me disant que si tu ne dis pas la vérité c'est là qu'on va t'exterminer...* ».

Il parle aussi de la rupture avec les siens, avec l'incertitude les concernant : « *Moi, depuis le jour où on m'a arrêté, je n'ai pas de nouvelles de ma famille* » « *Je n'ai pas de nouvelles jusqu'à aujourd'hui, je sais même pas s'ils ont été tués ou quoi !* ».

On retrouve des facteurs favorisant l'apparition d'un ESPT avec une grande précarité « *Nous avons fait trois jours où je dormais dehors* » « *Alors chaque jour j'appelais 115, j'allais à l'association, je donnais des rapports, mais ils me disaient il faut attendre, il faut patienter parce qu'il n'y a pas de place ici* » « *... Comme je n'avais aussi d'argent...* » mais aussi, un soutien social défectueux avec un isolement important « *Je suis seul, et moi je reste seul, les enfants ils vont à l'école, mais moi je reste seul, je n'ai pas de personne à côté...* ».

II. Les symptômes de l'ESPT

Il décrit plusieurs symptômes, mais on retrouve chez Rogerio une forte somatisation. C'est d'ailleurs le symptôme qui le fait consulter initialement. « *Et quand je dors pas, ma tête... me fait mal ! Comment je peux dire, comme ça, ma tête, ma tête.! Ca me chauffe... et beaucoup de douleur aussi, et je comprends pas !* », il a la sensation que la « *tête lui brûle, comme si elle était prête à se fendre* » « *Ici là ça chauffe, ça chauffe !! Pendant la journée, ça me chauffe, ça fait comme si ça va s'ouvrir !* ».

Ensuite les pensées envahissantes sont très présentes : « *Pendant la journée je raisonne beaucoup, je raisonne beaucoup de mon histoire* » « *Je raisonne beaucoup à ma famille, à ma femme, surtout à ma femme, ça me fait mal.* » « *Je raisonne beaucoup, et je sens ici la tête qui me chauffe, qui me chauffe !! Et c'est toute la journée, et je reste là à la maison et je raisonne !* » « *Je vois des cauchemars, comme si on venait m'arrêter encore, me tabasser encore* ».

Il se plaint d'éléments dissociatifs avec des hallucinations visuelles « *Je vois des mauvaises choses, je vois comme s'il y a des gens qui viennent me tuer, qui viennent m'attraper et encore pleins de choses comme ça c'est ce que je vois.* » « *Et dans la journée, je vois que je me jette dans la rivière...* ».

Les éléments évoquant le trauma provoquent en lui un sentiment de détresse important, sur le plan psychologique mais aussi physiologique.

Il existe une hyper activation neurovégétative avec des troubles du sommeil « *Je dors pas, je dors tard, je me réveille tôt aussi, et quand je me réveille, je me sens mal, je me sens mal...* », une irritabilité : « *Ma nervosité, elle revient toujours quand je raisonne sur la situation...* » « *Parfois la nuit, quand je commence à raisonner, que je vois pas ma femme, alors je sors pour la chercher, mais ça m'énerve...* », des troubles de la mémoire : « *J'ai oublié ! et ça m'arrive souvent ça ! et ça c'était pas comme ça avant...* ». Enfin il décrit des réactions de sursauts exagérés : « *Oui, quand je vois l'image des policiers, je... je... c'est quoi le mot ? Je sursaute ! Voilà, c'est comme si je sursaute...* ».

La culpabilité vis à vis de ses filles est évidente, il est très angoissé par leur avenir, semble désespéré à l'évocation de cet avenir incertain. « *Imagine l'avenir de demain ! Ce sera comment ? Moi ici avec deux filles, mes autres enfants là-bas, ma femme où je ne sais pas !...* » « *Quand je vois ça, alors je dis, si je n'étais pas emprisonné, mes enfants ils pourraient pas comme ça grandir dans l'ignorance, ... ça me fait mal..., ça me fait mal.* »

« *J'ai 46 ans ! c'est pas normal de ne pas avoir de femme, c'est trop dur d'être comme ça..., je suis vraiment désolé d'être devenu ce que je suis devenu ici aussi.* »

« *... Moi, leur parent, leur papa, j'étais quelque part emprisonné, c'est pour cela que mes enfants n'avancent pas... et puis des fois j'oublie d'aller au collège pour les rendez-vous pour elle, c'est pas normal ça !* »

« *Je m'inquiète beaucoup de ma famille, je ne sais pas quel sera leur avenir... Je me soucie beaucoup pour l'avenir de mes enfants, ceux qui sont au pays aussi...* ».

III. Le sentiment de rupture

Rogério évoque très souvent une impression de rupture avec l'état antérieur, il ne se reconnaît pas. « *Des fois quand je me regarde dans la glace, et je me dis c'est pas moi, c'est plus moi ! et je pleure...* ». Il ne comprend pas cet état, mais est très lucide sur les changements qui se sont opérés en lui. « *Avant je n'étais pas comme ça, je ne voyais pas de choses aussi, moi je ne sais pas !* »

« *... Mais moi je ne suis pas à l'état que je suis, comme vous voyez. Est ce que je serais normal ? Comme j'étais avant ?* » Il a beaucoup de mal à faire ce deuil. D'ailleurs, les soins sont pour lui un moyen de « *redevenir le Rogério d'avant* ».

IV. Altération de la vie sociale

Dans sa vie quotidienne, Rogerio souffre beaucoup de la solitude, il souffre de ne pas pouvoir avoir sa famille avec son rôle patriarcal. « *Quand est ce que je vais redevenir un homme comme avant, je dois être avec ma femme, c'est pas ma place ici* », « *Normalement il faut que je sois à côté de ma femme* ». Dans ses repères culturels, il devrait être entouré de sa femme, il devrait travailler, et s'occuper des siens. Or sa situation l'en empêche, cela est très difficile à vivre pour lui « *Mais je suis pas habitué à faire ça, je suis pas habitué... moi je suis habitué à travailler, à chercher de quoi donner à mes filles* » « *Parce que moi je suis bien un homme, même au pays là, j'ai été enseignant dans ma profession* ».

V. L'importance des soins

Pour Rogerio, les soins sont l'espoir de redevenir comme avant. « *Je suis décidé à venir et à prendre les traitements pour que je revienne un Mr M. Rogerio comme avant...* » « *Pour m'aider pour que je redeviens encore un homme...* » « *Je vous demande de m'aider, de dire aux médecins qu'il faut m'aider à redevenir comme avant.* »

Cela le soulage, il reconnaît que les soins lui font du bien :

« *Que je vois ça me soulage un peu* » « *C'est bien pour moi, parce que le médicament m'aide beaucoup* »

« *Quand je n'avais pas les médicaments, ça me faisait mal, avec le Dr et les médicaments, ça m'a apaisé un peu.* ».

Il ne comprend pas vraiment sa situation, fait allusion à une « force » qui pourrait lui faire du mal, et les médecins sont là pour l'aider « *C'est vous qui êtes les docteurs, vous pouvez découvrir ce qui est en moi* ».

Il ne décrit pas précisément l'évolution des symptômes, sauf pour les troubles du sommeil puisqu'il dort mieux grâce aux médicaments, et la nervosité « *Si je prends le médicament qu'on me donne ça me calme un peu* ».

VI. Les difficultés de prise en charge

Tout d'abord, le discours du patient est compliqué à suivre du fait de changements fréquents de sujet, de l'irruption de certaines pensées, des ruminations qui sont très présentes.

Ensuite, certains médicaments lui sont difficiles à prendre « *Mais il y a le médicament là celui qui me fatigue beaucoup là...* ». Enfin, il rate plusieurs rendez-vous du fait de trouble de la mémoire, ce qui le gêne beaucoup d'ailleurs : « *Il y des fois où j'oublie de venir ici, alors ils m'appellent, et je viens...* ».

Cet entretien m'a marqué tout d'abord par l'importance des pensées envahissantes puisqu'elles sont présentes pendant toute notre rencontre, avec une grande souffrance. Ensuite, on retrouve une culpabilité avec un sentiment de honte de ne pas assumer son rôle patriarcal. La somatisation est très présente, il me montre « la tête qui chauffe » de nombreuses fois.

Enfin, il vit très difficilement cette impression de rupture avec l'état antérieur, dont il me parle beaucoup.

En reprenant le dossier :

Je retrouve sur le plan symptomatique en plus des éléments décrits par le patient lors de l'entretien, des hallucinations parfois, avec des flashes dans la journée, et de nombreux cauchemars.

Il se plaint par ailleurs d'une nette irritabilité avec des accès de violence qui lui font peur.

Enfin, il est noté une phobie d'impulsion de se suicider contre laquelle il doit lutter régulièrement.

Me A. Marisa

C'est une patiente d'origine angolaise, elle a 22 ans quand je la vois.

Elle vit en France depuis janvier 2010, avec ses deux enfants (2 ans et quelques mois).

Son mari l'a rejoint en novembre de la même année.

Ils ont été arrêtés et emprisonnés pour leur appartenance à un groupe religieux. Elle était alors enceinte de son deuxième enfant.

Elle est prise en charge par le CADA Altéa.

Elle est suivie sur le plan psychiatrique depuis 2011 ; elle a été adressée par les travailleurs sociaux du CADA, pour des troubles du sommeil, un sentiment de peur et d'angoisse principalement.

Sur le plan administratif, sa demande d'asile a été rejetée. Elle a fait un recours auprès de la CRR, la réponse est en attente. Son avenir est donc tout à fait incertain sur ce plan là.

Notre entretien se déroule à l'EMPP. Il est un peu compliqué du fait de la présence de ses deux filles. L'aînée est un peu turbulente dans le bureau, et la patiente allaite son bébé pendant notre entrevue.

Par ailleurs, elle interrompt l'entretien au bout de quinze minutes car cela lui est trop difficile.

Elle a le regard fuyant, sa voix est monotone et elle semble vouloir mettre une distance. C'est une femme qui a le visage triste, paraît un peu ailleurs pendant tout l'entretien, semble résignée. De plus, elle a du mal à me parler, avec un bégaiement qui doit être lié à l'émotion car il augmente au fur et à mesure de mes questions, il lui est de plus en plus difficile de s'exprimer.

Nous pouvons retrouver dans cet entretien un vécu traumatique, puis quelques symptômes dont elle se plaint et enfin l'évolution de certains d'entre eux depuis la prise en charge.

I. Le vécu traumatique

Sur son passé, elle reste évasive, il lui est difficile d'en parler. Elle se souvient tout de même : « ... *Là j'étais maltraitée... j'étais battue encore dans la prison .* ».

Moi : « Est ce que vous avez eu peur de mourir ? » La patiente : « *oui, j'ai eu trop peur* ».

Elle a été séparée de sa famille « *Quand on nous a arrêtés à la maison, c'était le jour que moi j'étais séparée avec mon mari.* » « ... *Depuis là j'ai plus de nouvelles de ma mère, mon père est déjà mort, j'ai pas de nouvelles de ma famille. Je suis seule.* ».

II. Les symptômes

Sur le plan symptomatique, il existe des ruminations anxieuses importantes : « *Oui, des fois je raisonnais beaucoup, je raisonnais tout le temps à des choses bizarres, je raisonnais de me suicider...* » « *Je raisonne tout le temps, c'est tout le temps là. Je pleure, je suis triste...* », une peur permanente : « ... *Oui, j'ai tout le temps peur, quand je vois les gens dans la rue, j'ai peur.* » « *Je ne peux pas rester seule, trop peur, tout le temps peur...* », ainsi qu'une grande tristesse : « *Oui, très triste...* » « *Oui, beaucoup, si je raisonne à ma mère, je pleure, je pleure, des fois je mange plus, j'ai pas d'appétit...* ».

Les troubles du sommeil sont importants, ils entraînent une fatigue dont elle se plaint « ... *Je suis fatiguée tout le temps car je dors pas...* ».

Enfin, elle aussi me dira ne plus se sentir comme avant. Elle se sent « *bizarre* ».

Mais il faut surtout noter que l'évitement est important puisque par exemple elle arrête l'entretien car cela lui est insupportable, « *C'est trop difficile là, on peut continuer un autre jour si vous voulez, mais là c'est trop* ». Elle n'évoque que très peu son passé, et parle difficilement de ce qui lui est pénible au quotidien.

III. L'évolution

Concernant l'évolution depuis les soins, elle parle surtout de l'amélioration du sommeil. « ... *Depuis que je suis ici et qu'on me donne les traitements pour le sommeil, là je dors.* »

Il est difficile pour elle d'être plus explicite à ce niveau, elle pourra juste me dire que « *C'est vrai qu'avec les traitements c'est mieux quand même.* ».

Ainsi cet entretien est intéressant car il montre bien que le symptôme de l'évitement de ce qui est douloureux est très présent. Ce symptôme qu'il faut reconnaître peut donc être un obstacle à une bonne prise en charge, puisque pour l'instant il lui est impossible d'évoquer certains éléments de sa vie, et les entretiens sont régulièrement raccourcis.

En reprenant le dossier médical :

En ce qui concerne les symptômes, elle se plaint principalement d'un syndrome anxieux et dépressif. Les troubles du sommeil sont importants, il existe une tristesse de l'humeur, une certaine aboulie, et des idées suicidaires. Elle est très angoissée concernant son avenir et sa famille restée au pays, il y a beaucoup de ruminations anxieuses. Je retrouve des éléments de somatisation avec des migraines fréquentes. Sur le plan de l'évolution, du fait de sa grossesse puis de l'allaitement, elle ne prendra que des somnifères. La prise en charge est donc surtout basée sur les entretiens. Petit à petit, la tristesse diminue un peu, avec moins d'idées suicidaires. Le sommeil est bien amélioré, mais il persiste de nombreux réveils précoces ainsi que des symptômes anxio-dépressifs, avec des ruminations anxieuses très présentes.

Mr A. Youssoup

C'est un homme de 40 ans, originaire du Daguestan. Il vit en France avec sa femme et son fils de quatre ans. Ils sont arrivés en France en février 2009. Le reste de sa famille est resté au pays.

Ils sont pris en charge par le CADA Altéa, grâce auquel ils ont un logement.

Sa première demande d'asile a été rejetée, il a fait un recours auprès de la CRR, qui est en attente.

Pour cet entretien qui se déroule à l'EMPP, il a fallu la collaboration d'une interprète russophone, Marina KOUTCHMISTAYA.

Il vient, accompagné de sa femme car lui ne parle pas russe. C'est une double traduction. L'interprète traduit d'abord à sa femme, qui traduit ensuite au patient. Cet entretien est donc un peu long, et je me rends compte qu'il n'est pas toujours facile de bien se faire comprendre par le biais de l'interprétariat. En revanche, certaines émotions ou subtilités de langage sont explicitées grâce à l'interprète, qui est de même culture donc peut être plus à même de comprendre son discours, et qui peut jouer avec le langage pour trouver des équivalences.

Le patient a le visage fermé, ses yeux noirs sont sévères, le visage semble douloureux, marqué. Sur la fin de l'entretien, il a du mal à rester posé, il me semble que cela lui devient pénible et long.

Sa femme, elle, paraît angoissée, tripote sans cesse les lanières de son sac à main. Elle a les mains moites.

I. Le vécu traumatique

Youssoup reste évasif sur les raisons de leur exil, il me dit seulement que c'est « *Pour sauver ma peau et celle de ma famille* ». Il évoque un épisode de torture, mais reste peu bavard à ce sujet : « *Il y avait des menaces, j'ai été enlevé, j'ai été battu, la situation faisait que je me sentais en danger.* ».

En revanche il est assez explicite sur leurs conditions d'arrivée en France, avec l'insécurité et l'incertitude que cela suppose, « *Le voyage était sans papier, de*

manière clandestine, on était dans un grand camion » « Le camion s'est arrêté quelque part, on ne sait pas où, ... et on nous a dit vous demandez « asile- asile », c'est le premier mot qu'on a connu. »

« ... Personne nous a reçu, personne nous expliquait ce qu'il se passait, on ne comprenait rien car on ne comprend pas la langue. On avait notre petit enfant. On est parti sans trop savoir où, seuls. ».

II. Les symptômes

Souvent sa femme interviendra pour donner son avis, sa perception des troubles. C'est intéressant d'avoir une vision extérieure d'un proche du patient. Par exemple, c'est elle qui le conseillera de consulter car elle le trouvait différent : *« Et comme mon mari il avait vécu toutes ces choses difficiles, il souffrait, c'est à dire il avait beaucoup de douleurs à la tête, il était pas comme autrefois, son comportement avait changé... ».*

Il se plaint surtout d'une grande peur et d'une angoisse permanente, qui entraîne des nuits agitées, des cauchemars, mais aussi des palpitations, sensation d'étouffer...

« Des cauchemars où il se sent comme s'il était vraiment battu, il semble revivre ce qu'il a vécu dans son sommeil, très agité. Souvent il se réveille avec des douleurs physiques le matin, comme si ça c'était passé pour de vrai. ».

Il y a parfois des hallucinations auditives *« Parfois j'entends que quelqu'un m'appelle ou frappe à la porte, alors je cherche qui, je suis sûr d'entendre, je me prépare à me défendre, mais il n'y a jamais personne ».*

Il existe une hypervigilance. Sa femme rapporte qu'il a parfois l'impression d'être suivi dans la rue, il reste très méfiant, avec une peur permanente. *« ... Elle trouve qu'il un comportement plus prudent et méfiant par rapport aux autres. »*

Il évoque une somatisation fréquente qui le gêne beaucoup dans son quotidien : *« La nuit, je me réveille avec le sentiment d'étouffer, de manquer d'air, le cœur qui bat très fort. Donc je me lève et je sors un peu dans la rue pour me promener, et me calmer, ça marche un tout petit peu. Ça peut m'arriver dans la journée aussi. ».*

Par ailleurs, il parle d'un isolement parfois, avec un émoussement psychique, envie de solitude, *« Il y a des jours où pas envie de sortir, envie de s'éloigner de tout et*

tous... ». Sa femme confirme en expliquant certaines scènes du quotidien où le patient reste très renfermé, ainsi qu'avec son fils.

L'évocation du trauma lui est douloureuse, par exemple, « *Pour les émissions de télé sur les nouvelles du pays par exemple, quand je vois tout ça, je ressens la même douleur que pour moi-même autrefois, donc les douleurs reviennent. J'ai plein de sentiments pour ce qui se passe, beaucoup d'émotions à ces moments...* »

Il ne semble pas être conscient de tous les troubles : sur son irritabilité, c'est sa femme qui fait la remarque, elle le trouve plus colérique qu'avant et trouve ça parfois difficile à domicile. « *... Ca lui arrivait parfois, à n'importe quel moment, d'un seul coup de se renfermer, il répond pas, il dit « laissez-moi tranquille », même avec l'enfant, il le renvoie pour qu'il ne lui parle pas...* ».

Il présente des troubles de la concentration : « *Oui, tout à fait, par exemple, quand quelqu'un parle parfois je réalise que je ne l'écoute pas... Ca me gêne tous les jours, avec mon entourage et avec ma famille.* ».

Enfin, il se plaint d'une fatigue inhabituelle « *Oui, il ne s'agit pas de la fatigue physique, mais de la fatigue morale, oui je suis fatigué* ».

L'irritabilité se ressent dans les affaires du quotidien, « *Pour les démarches administratives, les papiers, les entretiens, ça oui c'est difficile.* ». Sa femme dit qu'« *il est devenu plus irritable, beaucoup moins patient, les papiers, les démarches, ça l'embête. Il s'énerve vite.* ».

De plus il se rend compte que cela a un retentissement sur sa vie de famille : « *Oui, je sais que quand j'ai mal, ma famille a mal...* » « *... Par rapport à autrefois, pour aller faire les courses, entretenir la vie de famille, il n'y avait pas de problème, maintenant c'est difficile.* »

Il ne se dit jamais malade, mais il est conscient du changement qui s'est opéré en lui « *... J'étais pas comme autrefois, mon comportement avait changé...* » « *... Mais autrefois quand il y avait pas tous ces symptômes, là c'était mieux...* ».

On peut donc constater chez ce patient que les symptômes altèrent sa vie quotidienne, tant sur le plan familial, mais aussi sur le plan social, du fait de l'irritabilité et de l'enfermement.

De plus, dans sa culture, l'homme se doit de travailler et ne pas être à domicile, ainsi son inactivité professionnelle, et son « incapacité » à s'occuper de sa famille lui sont très pénibles. C'est une problématique dans cette population de s'affirmer en tant qu'homme sans travail. Il a alors une difficulté d'autant plus importante pour trouver sa place. C'est une source de souffrance supplémentaire. Aussi, cette inactivité laisse place aux ruminations angoissantes et aux pensées négatives.

III. L'évolution avec les soins

Il lui est difficile de préciser les symptômes, mais il reconnaît qu'il va mieux depuis qu'il consulte à l'EMPP, depuis qu'il prend les traitements. Le sommeil est un peu amélioré, il y a moins de cauchemars. De plus il est moins renfermé et méfiant qu'au début du suivi, il a de même moins de souffrance somatique. Enfin, le moral est meilleur : *« Madame précise que son mari est devenu beaucoup mieux, moins noir. Avant parlait beaucoup de la mort, beaucoup de noir dans les idées, il était noir tout le temps dans ses pensées. ça c'est mieux maintenant »* (voix de l'interprète).

Cet entretien est intéressant car il apporte plusieurs symptômes et on peut constater là encore comme ces troubles altèrent sa vie quotidienne. Il me semble par ailleurs que contrairement à la population africaine qui est plus démonstrative, on est en présence ici d'un patient très renfermé, « rustre », avec une importante irritabilité et nervosité. Par ailleurs, l'interprétariat est donc indispensable, c'est un élément dont il faut tenir compte. D'une part les rendez-vous sont plus compliqués à organiser, ce qui peut être un obstacle à la prise en charge, d'autre part, c'est une relation à quatre qui s'installe, avec les possibles mauvaises interprétations et incompréhensions qui peuvent en découler. Je reparlerai dans la discussion de la place de l'interprète dans cette prise en charge essentiellement basée sur la parole.

D'après le dossier médical :

C'est un patient très renfermé, qui parle peu, sort peu. Il se plaint d'hallucinations auditives, de nombreux cauchemars avec une angoisse très importante qui est souvent somatisée.

Il se sent plus agressif, colérique et plus intolérant même avec sa famille.

Il est souvent noté des plaintes concernant les troubles de la mémoire.

Il est retrouvé par ailleurs une addiction au tabac et au café.

Depuis le début du suivi, il y a une amélioration du contact, il est moins irritable, les cauchemars sont moins fréquents. Il persiste des troubles de la mémoire et un syndrome anxio-dépressif notable.

Mme M. Annie

C'est une patiente de 42 ans, originaire du Congo. Elle est mariée et mère de deux jumelles. En France, elle vit seule depuis 2008, sa famille étant restée au pays.

Sur le plan administratif, sa demande d'asile a été rejetée par l'OFPRA, elle est autorisée à rester sur le sol français pour raison médicale. Un certificat lui est remis chaque année.

Elle est prise en charge par l'EMPP depuis juin 2009.

L'entretien avec moi se déroule à l'EMPP. Elle me paraît très suspicieuse. C'est la seule patiente qui refusera que j'enregistre l'entretien.

Elle me dit d'emblée avoir oublié de nombreuses choses sur son passé... Elle restera distante pendant tout l'entretien.

C'est une belle femme, bien habillée, maquillée, coiffée. Elle dégage beaucoup de charisme, il semble que ce soit une femme de caractère, déterminée.

Elle me pose plusieurs questions sur ma présence, mon travail, et paraît méfiante.

Au fur et à mesure de l'entretien, je remarque qu'elle détourne toujours les questions sur la souffrance morale. Je n'arrive pas à savoir si c'est un problème de compréhension dû à la barrière de la langue ? Du déni ? Un refus de se confier à moi ? Je ne sais pas. Je n'arriverais pas réellement à aborder les symptômes relatifs à une éventuelle souffrance morale. Elle répond toujours de façon très « terre à terre », revient toujours au somatique, ou au problème d'argent et des difficultés de vie en France sur le plan matériel.

Cela me questionne, fait-elle une place existante à la souffrance morale ? Je ne sais pas si elle la reconnaît... pourtant elle vient ici à la consultation depuis deux ans...

Elle reconnaît les pleurs, l'asthénie, le manque d'appétit... mais paraît indifférente.

Elle ne parlera jamais de ce qui s'est passé au Congo, fait-elle le rapprochement ?

Parfois j'ai l'impression de l'énerver, elle s'impatiente.

Il y a le problème de langue, elle parle le français modérément avec probablement un problème d'interprétation des questions, et j'éprouve une difficulté à bien me faire

comprendre, d'expliquer la finalité des questions, difficulté peut être aussi pour interpréter ses réponses...

Je reste alors un peu frustrée de cette entrevue, la discussion n'ira jamais au bout des choses, il me semble. S'agit-il d'un contrôle et d'une méfiance de la part de la patiente ? Ou d'un déni de la souffrance psychique ? Ou est-ce simplement lié à un problème de compréhension ?

C'est donc un entretien non enregistré, j'ai pris des notes au fur et à mesure :

I. Le vécu traumatique

Annie a été arrêtée pour une appartenance à un groupe politique de l'opposition, elle s'est faite frappée et « piétinée », « les gens mouraient » autour d'elle. Elle me montre pendant l'entretien les différentes cicatrices séquellaires de cette période.

Elle s'est exilée seule, en laissant sa famille au pays, après s'être cachée pendant plusieurs semaines. L'arrivée en France est compliquée et douloureuse : « *Arrivée à Roissy, je connais rien, ne sais rien, on me met dans le train je sais pas où je vais. Et puis arrivée au Mans, le passeur dit qu'il va chercher à manger, mais il n'est jamais revenu. Les heures passent, toute seule avec mes deux seuls sacs sans savoir où je suis.* »

II. Les symptômes

Il existe chez cette patiente de nombreuses plaintes somatiques en particulier des céphalées récurrentes, mais aussi des douleurs abdominales, des vertiges...

Je note une certaine tristesse avec des pleurs et une perte de l'appétit : « *Là je pleurais tout le temps, je mangeais pas, j'ai beaucoup maigri...* », il y a de nombreuses ruminations en particulier centrées sur ses filles et l'incertitude les concernant : « *Je fait beaucoup de cauchemars. Je pense à mes enfants, je dors très peu, toujours les cauchemars...* ».

Elle évoque un certain isolement « *Dans la rue je parlais pas, j'évitais tout, parfois je m'enfermais...* », mais très vite elle retourne sur les conditions précaires de vie qui lui sont très difficile, beaucoup de ruminations anxieuses à ce sujet, avec une peur de

devoir retourner au Congo « *J'ai beaucoup pleuré car les papiers, toujours rejet, donc toujours peur de retourner au pays ...* ».

III. Perception de la maladie

Annie se sent différente d'avant, elle est consciente de son changement, mais elle ne fait aucun rapprochement avec les événements traumatiques. Ces changements seraient liés d'une part à l'existence des mauvais esprits : « *Le pasteur a dit en Afrique : toi t'es pas normale, les esprits ont mis la nervosité dans toi, c'est pas bien...* » et d'autre part aux conditions matérielles ici qui sont difficiles, ce serait la cause de sa tristesse et de son angoisse : « *beaucoup de problème d'argent, c'est trop dur* » « *alors qu'en Afrique j'étais bien.* ».

IV. L'évolution avec les soins

Sans pouvoir préciser, elle me dit que les soins lui sont bénéfiques, elle se sent en particulier « *plus apaisée.* ». Elle se rend compte qu'avec les médicaments, elle a moins mal, se sent plus calme, elle se sent bien. Elle était très énervée en Afrique, mais ici elle se sent mieux.

Elle apprécie le fait qu'on prenne soins d'elle, qu'on l'écoute. « *on a pris soin de moi ici, on écoute...* »

Elle arrête rapidement l'entretien en me disant qu'elle est fatiguée, elle veut rentrer chez elle.

Cet entretien montre la difficulté qu'il peut y avoir à accéder à la souffrance psychique. De plus, la présentation des troubles peut être très polymorphe, avec chez Annie, les troubles somatiques au premier plan.

Sur le plan thérapeutique, il faut faire face ici à une altération des soins liée aux symptômes même de la maladie avec un déni et un évitement important, mais aussi la méfiance vis à vis d'autrui ou encore l'absentéisme fréquent.

En reprenant le dossier médical :

Les éléments que j'ai pu rapporter sont tout d'abord une présentation très somatique des troubles, ces plaintes corporelles sont toujours au premier plan. Ensuite il existe beaucoup d'insomnies avec de nombreuses ruminations. Je retrouve aussi des difficultés de concentration, d'oublis fréquents, en particulier elle manque plusieurs rendez-vous (OFPRA , CPAM , Médecin...). Enfin il y a une tristesse avec une asthénie et des pleurs récurrents.

Les entretiens sont souvent centrés sur les plaintes somatiques, et les problèmes socio-économiques de la patiente. Elle éprouve une grande difficulté à « tout recommencer à zéro ».

Malgré tout, le sommeil est amélioré depuis le début des soins, ainsi que les ruminations qui sont moins présentes.

Mr N. Moussa

C'est un patient de 42 ans, d'origine congolaise. Il est arrivé en France en 2003, seul puisque toute sa famille est restée au pays. Il est marié et a une fille.

Sur le plan administratif, sa demande d'asile a été rejetée, il est autorisé à rester en France pour raison médicale, avec certificats annuels.

Il est suivi depuis 2003 à l'EMPP, suite à une hospitalisation en psychiatrie, organisée par son médecin généraliste.

L'entretien se déroule à l'EMPP, il a un contact bizarre, reste distant, fuyant. Il est très nerveux, se triture les doigts pendant tout l'entretien. Il me met un peu mal à l'aise.

Son entretien permet de mettre en évidence d'une part le vécu traumatique, mais aussi les différents troubles dont il souffre et surtout l'altération de la qualité de vie séquellaire.

Il reste évasif sur l'évolution depuis le début de la prise en charge, mais reconnaît mieux vivre avec les traitements.

I. Le vécu traumatique

Moussa a subi un traumatisme avec des violences : « *Ils tabassaient les gens ! ... Il y en d'autres qui sont morts aussi !* » pour son appartenance à un parti politique de l'opposition. Il me parle aussi de longues périodes où il a du vivre caché à cause de la guérilla dans les villages.

De plus il a été séparé de sa famille depuis cette époque : « *Oui, je suis arrivé seul. Toute ma famille est restée au Congo.* » « *... Mais je ne les ai jamais revus...* », il reste donc dans l'incertitude les concernant.

Le vécu post traumatique : Moussa vit dans une situation qui reste précaire, il ne travaille pas ce qui le peine beaucoup car il avait un emploi au Congo « *Parce que quand je pense parfois à ce que je faisais chez moi... j'avais un travail, et ici... J'ai pas une vie normale.* »

Il se sent très isolé : « *Oui, oui je suis très seul ici. ... je m'ennuie beaucoup, ça me rend pas heureux* »

II. Les symptômes

L'envahissement psychique est important chez Moussa avec des hallucinations fréquentes « *C'est un peu difficile dans la tête... Vous savez quand on a des illusions, des hallucinations, c'est difficile..* », « *J'entends des voix qui me parlent quoi. Et à ce moment là je suis vraiment nerveux quoi.* ».

Les pensées envahissantes sont très présentes : « *Quand je suis tranquille, quand je suis seul, ça resurgit quoi.* » « *Le problème c'est... c'est dans la tête ! c'est la tête.* » « *... Ca me revient tout le temps ! et là je suis tendu quoi !* » « *Surtout quand je suis tranquille, c'est comme un film, je revois tout quoi...* ».

Par ailleurs, on retrouve à nouveau de gros troubles du sommeil, avec des cauchemars récurrents, il existe aussi un syndrome anxio-dépressif notable.

Les troubles du comportement : Ils sont en général secondaires aux hallucinations. « *C'est les hallucinations. Ca me gêne beaucoup. Quand la voisine me dit que je crie beaucoup...* ».

Les troubles dissociatifs sont à l'origine d'une bizarrerie qui l'isole petit à petit des autres. Il en souffre, son entourage prend ses distances. C'est d'ailleurs souvent l'entourage qui lui fait prendre conscience de sa pathologie : « *Le problème, c'est quand ça arrive je ne me rends pas compte ! Donc il y a les gens dans l'entourage qui me disent on comprend pas ce qui se passe quoi ! Ils me disent là tu étais bizarre, tout ça ...* » « *Après c'est les gens ils me disent voilà tel jour comment tu t'es comporté, tu as fait ci tu as fait ça... Mais moi je me rends pas compte de ce qui se passe.* ». C'est cette bizarrerie d'ailleurs qui conduit son médecin à l'adresser.

Il existe une grande agitation : « *J'avais une voisine elle avait peur ! elle a dit à la propriétaire que moi je criais, je parlais tout seul quoi ! ... Donc elle avait peur de moi quoi !* » « *... C'est pour ça que je n'aime pas que les gens viennent me voir quoi. Je peux devenir agressif, et tendu quoi, et alors j'ai plus envie de voir les gens... Et ça me fait peur.* ».

Aussi, je retrouve une addiction avec une prise d'alcool régulière, il a d'ailleurs une haleine oenolique lors de l'entretien.

III. Les conséquences sur sa vie sociale

Les troubles du comportement entraînent un certain isolement, et attirent de la crainte de la part de son entourage : *« Ils ont peur de me rendre visite. Donc j'ai des amis, ils ne viennent plus chez moi. »*

« Je ne me sens pas heureux parce que... il y a les amis qui ne veulent pas s'approcher de moi... tout le temps je suis seul. » « Les amis ne viennent plus, le travail c'est dur... Les amis il y en a quelques uns qui passent des fois, mais ils ne rentrent plus, et puis il y en a ils pensent que je suis fou... ».

Aussi, pour les démarches professionnelles c'est plus compliqué puisqu'il n'obtient pas de travail à cause de sa pathologie : *« ... Le patron se rendait compte que j'étais malade... ma façon de parler ce jour là... il a vu il y a quelque chose qui ne va pas. Et du coup je n'ai pas pu travailler. ».*

V. Perception de la maladie

Même si au départ il n'est pas conscient de la pathologie, il note bien qu'il y a une rupture avec l'état antérieur *« Non, non, non, jamais au Congo ! Quand j'étais au pays avant je travaillais à la poste, j'étais bien quoi. C'est après la guerre que tout m'est revenu » « Non... avant, j'étais tranquille... je travaillais, j'étais avec les gens... »*

« J'avais l'impression d'être quelqu'un d'autre. »

Mais au départ il ne sent pas malade, il ne se rend pas compte : *« Non, moi j'ai pas l'impression d'être malade ! Mais les gens qui me voient... »*

« Non, pour moi il n'y avait pas de maladie. Moi je me rendais pas compte. ».

Il fait aussi allusion à la participation de croyances car ce serait la sorcellerie qui serait à l'origine des troubles. Il a d'ailleurs consulté un tradithérapeute auparavant.

VI. Les soins

Il reconnaît une amélioration depuis sa prise en charge : « ... *Mais quand je prends des médicaments, c'est un peu bien.* » « ... *Je peux pas arrêter mes médicaments. Si je laisse, alors c'est fini... je vais replonger.* » « *Si je prends pas les médicaments, je suis pas tranquille quoi...* »

« ... *C'est une bonne chose de venir ici.* ».

En reprenant le dossier médical :

Sur le plan symptomatique, je retrouve beaucoup d'éléments psychotiques avec des hallucinations, visuelles et auditives, un automatisme mental, une bizarrerie du discours. Il est aussi noté un émoussement psychique, avec une perte d'intérêt, une asthénie psychique dans un contexte de syndrome anxio-dépressif avec des idées noires et une tristesse sur sa grande solitude.

Plusieurs symptômes d'hyperactivation sont présents, avec une agitation, des cris fréquents, un énervement facile, ainsi qu'un sommeil très perturbé avec des cauchemars mouvementés.

Enfin, il est noté une certaine somatisation qu'il n'a pas évoquée avec moi, avec des palpitations et un essoufflement, une perte de l'appétit, des céphalées.

La notion de prise d'alcool y apparaît aussi.

Sur sa vie quotidienne, je retrouve une grande précarité, il vit en foyer, reste très seul et isolé, s'ennuie beaucoup. Il ne travaille pas et a très peu de moyens financiers.

Par ailleurs il reste sans aucune nouvelles de sa famille.

Concernant l'évolution des symptômes, il a beaucoup moins d'hallucinations depuis l'instauration des antipsychotiques, le moral s'est amélioré, de même que le sommeil.

Les troubles du comportement et les cris ont aussi nettement diminué.

Le contact semble être plus facile, et il dit aller mieux.

Enfin, sur le plan de l'observance thérapeutique, je repère qu'il manque beaucoup de rendez-vous d'une part, d'autre part il a du mal à prendre certains médicaments à cause des effets secondaires (fatigue en particulier).

3.2. Exposé des tableaux de typologie

Ils sont réalisés à partir des entretiens, le discours des patients est repris pour chaque spécification de la grille d'analyse.

Ils permettent de dégager les idées principales de l'ensemble du matériel verbal, de faire différentes constatations qui seront ensuite discutées dans la troisième partie.

J'illustre par certains fragments de discours les résultats des tableaux, de façon non exhaustive, certains éléments étant déjà présentés dans la description analytique ci-dessus.

Les points rouges (•) traduisent des informations retrouvées dans les dossiers médicaux et non dans les entretiens.

3.2.1. Le traumatisme

Le tableau V reprend le traumatisme pré-migratoire. Il s'agit alors de montrer l'existence de ce vécu, d'autant que c'est un critère diagnostique de l'ESPT. J'ai repris les trois caractéristiques d'un traumatisme au sens psychique du terme.

Tableau V : Le traumatisme

		Abdoulaye	Ines	Rogério	Moussa	Mamadou	Rebecca	Marisa	Annie	Paul	Maria	Youssef
Traumatisme pré-migratoire	Le vécu traumatique	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	Témoin de la mort			•	•	•			•			
	Sentiment de détresse intense, peur de mourir		•		•	•	•	•		•	•	

On constate qu'ils ont tous vécu un traumatisme :

« *c'est là où j'ai subi beaucoup, beaucoup de choses ...c'était dur. Ils ont abusé de moi, ils m'ont violée aussi.* » (Maria)

« *et chaque jour du matin au soir ils nous battaient, chaque jours...* » « *ils me frappaient jour et nuit, jour et nuit...* » (Rogerio)

« *... là j'étais maltraitée... j'étais battue encore dans la prison* » (Marisa)

Ensuite, on retrouve dans certains discours la confrontation avec la mort :

« *mon grand frère aussi était déjà mort, et sa femme, et le pasteur aussi...* » (Rogerio)

« *... j'entendais les coups de feu partout, ils massacraient les gens là bas, ils tuaient n'importe quoi...* » (Mamadou)

Enfin, ils sont sept à exprimer la peur de mourir :

« *... moi je pensais que c'était mon jour...* » « *j'ai vraiment eu peur de mourir !* » (Moussa)

« *... c'est là où j'ai pensé que c'était ma mort.* » (Inès)

« *... Je croyais que j'allais mourir, on m'a dit je vais te brûler, moi je croyais que j'étais morte...* » (Rebecca).

3.2.2. Les symptômes cliniques

Le tableau VIa nous permet de voir que le syndrome de reviviscence est très présent dans cette population, avec des pensées envahissantes constantes, les cauchemars sont toujours présents, sauf Marisa qui n'en parle pas.

« Je faisais des cauchemars, et je pensais tout le temps. » (Maria)

« oui, je pensais à tout moment... à tout moment... à tout moment... » (Paul)

« pendant la journée je raisonne beaucoup, je raisonne beaucoup de mon histoire »
(Rogerio)

« Mais c'est toujours dans la tête. » « J'ai des images qui me reviennent c'est tout ! oui chaque fois ça me revient et je pense, et je commence à être tendu, je suis nerveux quoi... » (Moussa)

« Parce que je pense tout le temps. Tout le temps je pense, y'a pas un jour que je peux faire sans penser. » (Inès)

Tableau VIa : Les symptômes cliniques - 1^{ère} partie

		Abdoulaye	Ines	Rogério	Moussa	Mamadou	Rebecca	Marisa	Annie	Paul	Maria	Yousouf
Syndrome de reviviscence	Souvenirs répétitifs, pensées envahissantes	••	••	••	••	••	••	••	•	••	••	•
	Rêves répétitifs provoquant une détresse	•	••	•	•	••	••		•	•	••	••
	Détresse psychique face à un indice évoquant le trauma		•	•		••	•				•	••
	Réactivité physiologique face à un indice évoquant le trauma	•	•	•		•	•			•	••	
	Sentiment de revivre l'évènement	•	•	•			•					•
Eoussement de la réactivité générale	Evite les pensées, conversations rappelant le trauma		••					••		•	•	
	Evite les activités, les endroits rappelant le trauma	•				•		•				
	Perte d'intérêt pour les activités	•	•			•						•
	Sentiment de détachement d'autrui	••		•								•
	Restriction des affects	•										•
	Sentiment d'avenir bouché	••	••	•	•	•	•			••	•	

Le discours de Maria illustre bien la réactivité physiologique face à ce qui rappelle le trauma :

« ... tu vois le cœur qui... alors je suis obligé de me réveiller, de boire de l'eau, des fois je dors mais je suis angoissée, alors je suis obligée d'ouvrir la porte, et je vois que là ça s'arrête là quoi. J'ai comme l'impression d'étouffer, que la vie s'arrête, alors il faut que je sorte, que j'ouvre la porte pour trouver l'air quoi... » « C'est quand je pense à ça, et il y a des fois ça vient tout seul. »

Aussi, la sensation de revivre des éléments du trauma est retrouvée dans plusieurs récits :

« Avant parfois, il avait l'impression d'être suivi et surveillé par quelqu'un, mais moins qu'avant. » (Youssoup)

« ... Je vois comme s'il y a des gens qui viennent me tuer, qui viennent m'attraper et encore pleins de choses comme ça c'est ce que je vois. » (Rogerio)

En revanche, le syndrome d'évitement a été plus difficile à mettre en évidence, ce qui est surtout marquant pour plusieurs patients c'est la difficulté à évoquer le vécu traumatisant :

« Mais j'aime pas parler de ça, c'est trop dur... » « Je voudrais qu'on arrête maintenant. J'aime pas vraiment parler de ça, j'aime pas parler de ma vie. Même là à l'hôpital, j'aime pas raconter mes choses. » (Inès)

« C'est trop difficile là, on peut continuer un autre jour si vous voulez, mais là c'est trop » (Marisa)

« Bon j'ai fait des efforts avec vous, mais là je voudrais plus parler de tout ça là ... » (Paul)

L'isolement avec une perte des relations et des intérêts est retrouvé fréquemment :

« J'allais pas où il y avait des gens... j'aime pas le regard des gens... » (Abdoulaye)

« ... Il y a des jours où pas envie de sortir, envie de s'éloigner de tout et tous, envie de voir personne.. » (Youssoup).

Enfin, un symptôme relativement présent chez ces patients (huit sur onze), c'est le sentiment d'avenir bouché, de désespoir, ainsi Inès me dit *« Et pourquoi vous devez*

vivre de nouveau ??» « Quand ça va finir et que je vais recommencer à vivre mieux comme les autres... »

Rogério est angoissé par son avenir et celui de sa famille : *« Imagine l'avenir de demain ! Ce sera comment ? Moi ici avec deux filles, mes autres enfants là-bas, ma femme où je ne sais pas !... »*

Rebecca, elle, imagine mal son futur : *« ... je travaille pas, pas de papier pour rester en France, encore dans ma tête ça fait mal, comment je vais vivre...? »*

Quant à Maria, il lui est arrivé de ne plus avoir la force de vivre : *« ... il y a des fois s'il y a des choses trop dures, qui pensent trop,...enfin ça donne pas envie de vivre quoi... »*

Et Abdoulaye me dira *« Quand on a un problème et qu'on voit pas les solutions, c'est à dire, on devient fou! On sait pas quoi faire... ».*

Grâce au tableau VIb, on met en évidence l'importance du syndrome d'hyper activation, avec en particulier des troubles du sommeil quasiment constants et une agitation nocturne récurrente :

« C'est pour cela que je ne peux pas dormir, dès que je ferme les yeux ça recommence, les images. » (Mamadou)

« ... je faisais des cauchemars... » « ... Pendant la nuit je pleure, je crie, je me bats, beaucoup de cauchemars... » (Rebecca)

« La nuit je faisais des cauchemars aussi, j'étais agité. » (Paul)

« Des cauchemars où il se sent comme s'il était vraiment battu, il semble revivre ce qu'il a vécu dans son sommeil, très agité. » (Yousoup par le biais de son interprète) .

Il y a de nombreux troubles de la mémoire et de la concentration :

« Oui vraiment j'ai moins de mémoire qu'avant. » « Je vois que moi j'ai commencé à perdre de la mémoire. » (Maria)

« Quand je suis arrivée ici en France, je n'arrive même plus à me concentrer. » « Avant, toutes les choses il faut qu'on m'écrive, qu'on me dise parce que j'oubliais tout. » (Inès)

« Il y a plus de mémoire ! Complètement ! Je suis amnésique ! Des fois j'oublie même les rendez-vous, il y a l'amnésie qui s'installe chez moi... » « J'arrive pas me concentrer... » (Mamadou)

Tableau VIb : Les symptômes cliniques - 2^{ème} partie

		Abdoulaye	Ines	Rogério	Moussa	Mamadou	Rebecca	Marisa	Annie	Paul	Maria	Youssef
Activation neuro-végétative	Trouble du sommeil	••	••	•	•	••	•	•	•	•	•	
	Irritabilité, accès de colère	•	•	•	•					•		•
	Trouble de la concentration ou de la mémoire	••	••	•		••	•	•	•	••	•	•
	Hypervigilance	••	•				•	•		••	•	••
	Réaction de sursaut exagéré	•		•								
Troubles non spécifiques	Angoisse				•	••						
	Tristesse	•	•	•	•	••	•	••	•	••		
	Idées suicidaires	•	•	•		••	•	•		••		•
	Perte d'appétit		•	•	•	•	•	•	•			
	Somatisation	••	•	••	•		•		••		•	•
	Fatigue					•	•	•	•	•	•	•
	Addiction					•						•
	Troubles du comportement	•	••		••	•	•			••		•
	Symptômes dissociatifs, hallucinations	••	••		••	•				••	•	••
	Honte, culpabilité	•	•	•		•	•		•		•	•

Aussi, l'irritabilité est souvent retrouvée, ainsi Abdoulaye me dit : « *et puis je suis devenu très nerveux, très facilement je m'énervais, je me fâche* », Inès est plus irritable avec son entourage : « *Et puis y'avait des choses, c'était pas comme avant, des fois je m'énervais vite, avec mon fils* » « *Les gens disaient que j'étais plus agressive ...* », ou encore Paul : « *La journée je pouvais crier facilement, je criais, je m'énervais facilement, ça dépendait des fois, je savais pas pourquoi, sans raison...* » « *y'avait la colère...* » « *je sais pas des fois je m'énervais avec les gens à côté de moi...* ».

De même il existe une hypervigilance, avec Youssoup qui décrit des scènes particulières : « *... mais parfois j'entends que quelqu'un m'appelle ou frappe à la porte, alors je cherche qui, je suis sûr d'entendre, je me prépare à me défendre, mais il n'y a jamais personne...* »

Ainsi qu'une peur qui est souvent permanente : « *La peur m'a pas vraiment quittée, c'est toujours là, permanent.* » (Paul), ou encore Marisa : « *... oui, j'ai tout le temps peur, quand je vois les gens dans la rue, j'ai peur.* », et Rebecca qui est toujours dans l'angoisse des autres « *Oui j'ai beaucoup l'impression qu'on veut me faire du mal...* ». Enfin, Abdoulaye dit bien être sur « le qui vive » à chaque instant : « *un tout petit bruit me dérange, je suis trop attentionné, c'est ça le problème* », ou qui a des réactions exagérées face à certaines situations du quotidien : « *quand je vois la police à distance, il y a une peur, je sursaute* », de même que Rogerio.

Concernant les troubles non spécifiques, on retrouve très souvent la tristesse avec beaucoup d'idées suicidaires :

Annie : « *Là je pleurais tout le temps...* »

Rebecca : « *... Je pleure beaucoup...* » « *... Je veux partir, je veux mourir, quand je regarde la fenêtre j'ai envie de sauter...* »

Inès : « *Oui, je pleurais beaucoup...* » « *Parfois je me disais je veux mourir* »

Mamadou : « *Il y avait un moment je voulais même me suicider.* »

« *Je pleure beaucoup oui, jusqu'à le matin je dors plus, je pleure, je pleure, je pleure...* » « *J'étais désespéré...* » « *J'étais abattu complètement moralement, physiquement et psychologiquement ... non, j'ai pas le moral madame, je suis abattu complètement...* » « *Oui, c'est la tristesse beaucoup, beaucoup, la tristesse, la tristesse...* »

Abdoulaye : « *J'étais déprimé* » « *Oui j'étais triste, et je suis toujours triste* » « *Je ne mange pas normalement, j'ai pas faim* » « *J'ai souvent pensé à mourir...* »

Comme nous l'avons vu dans la clinique, la somatisation est très fréquente dans cette population, huit patients sur onze me diront souffrir de troubles somatiques :

« *La nuit, je me réveille avec le sentiment d'étouffer, de manquer d'air, le cœur qui bat très fort.* » (Youssoup)

« *Comme je me sens étouffer là.* » « *.... C'est comme des palpitations* » (Rebecca)

Abdoulaye qui a beaucoup somatisé, c'est d'ailleurs sa demande initiale, il pense que son corps a changé, « *Je sens des choses qui bougent dans mon corps, je sens quelque chose dans mon corps, ça s'arrête pas* » « *Et puis il y a des choses qui arrivent dans mon corps* »

Plusieurs patients souffrent de céphalées, tel que Mamadou ou Rogerio pour qui cela est très présent : « *Et quand je dors pas, ma tête... me fait mal ! Comment je peux dire, comme ça, ma tête, ma tête ! Ca me chauffe... et beaucoup de douleurs aussi, et je comprends pas !* », mais aussi Annie, d'ailleurs chez cette patiente, ce sont les plaintes somatiques qui sont au premier plan « *J'étais très fatiguée, tout le temps, et puis j'avais mal à la tête...* », et Maria : « *... J'avais toujours des vertiges, j'avais la tête qui tourne, qui fait mal là...* » et enfin Youssoup (par l'intermédiaire de l'interprète) « *... Il souffrait, c'est à dire il avait beaucoup de douleur à la tête...* ».

Les troubles du comportement sont aussi marqués puisqu'ils concernent sept patients sur onze : Ainsi, Moussa qui souffre de symptômes psychotiques me raconte : « *Ils me disent là tu étais bizarre, tout ça ...* » « *Quand la voisine me dit que je crie beaucoup...* » « *J'avais une voisine elle avait peur ! Elle a dit à la propriétaire que moi je criais, je parlais tout seul quoi ! ... Donc elle avait peur de moi quoi !* » « *C'est les hallucinations. Ca me gêne beaucoup. Quand la voisine me dit que je crie beaucoup...* »

Ou Inès : « *J'avais peur de crier quoi, c'est ça qui m'arrivait souvent. Mais souvent je le faisais sans le savoir...* » ou encore Mamadou « *... Je criais la nuit, je criais je criais ! Chaque nuit... j'embête les voisins...* ».

Quant à Abdoulaye, il est pris par une obsession de la souillure avec une nécessité de se rendre « pur » : « *Aussi je me lave, je pense que je suis sale, je me lave tout le temps...* »

Enfin, deux notions souvent décrites dans les symptômes psycho- traumatiques sont la culpabilité et la honte. On les retrouve chez huit patients sur onze :

Abdoulaye : « *J'ai été faible* » « *J'ai commencé à me sentir mauvais* »

Mamadou : « *Alors je m'accusais* »

Inès : « *J'ai honte de dire que je me sens pas toujours bien, vous voyez ?* »

Rogerio : « *Je suis vraiment désolé d'être devenu ce que je suis devenu ici aussi.* »

Rebecca : « *... Oui c'est dur, je vois les autres qui font des choses, moi je fais rien,... ça me fait mal.* »

3.2.3. Altération de la vie quotidienne

Ainsi, après avoir décrit les différents troubles, il est alors intéressant de voir comme cela peut altérer la vie quotidienne, et par quels biais.

J'ai repris les items les plus souvent retrouvés dans les discours des patients dans le tableau VII:

Tableau VII : Altération du fonctionnement social

	Abdoulaye	Ines	Rogerio	Moussa	Mamadou	Rebecca	Marisa	Annie	Paul	Maria	Youssoup
Isolement	●			● ●	●	● ●		●	●	●	●
Société, troubles du comportement	●	●		● ●	●	●			●	●	●
Peur d'autrui	●	●			●	● ●	●		●	●	●
Difficultés professionnelles				●	●					●	
Difficultés pour les démarches		●	●		●	● ●		● ●		● ●	●
Vie familiale		●	●								●
Assurer le quotidien		● ●				● ●			●	●	●

Il y a tout d'abord un grand isolement qui est retrouvé, lié d'une part à la situation post migratoire avec séparation familiale et culturelle, mais aussi très séquellaire des symptômes de l'ESPT :

C'est tout d'abord à la peur de l'autre avec beaucoup de méfiance, un sentiment de persécution :

Mamadou : « *Je suis pas prêt à affronter les gens, des personnes... je suis pas prêt madame...* » « *Oui je reste chez moi, enfermé là-bas, je sors pas d'habitude.* »

Rebecca : « *Avant, toujours avec mon mari, si mon mari n'est pas là, je sors pas. A la maison, je ferme toutes les portes... J'avais peur de sortir.* »

Marisa : « *... Des fois je fuis quand je vois les gens comme ça... parce que j'ai tout le temps peur...* »

Annie : « *... Dans la rue je parlais pas, j'évitais tout, parfois je m'enfermais...* »

Maria : « *Oui, oui, ça m'arrive souvent, quand il y a la foule, il y a des fois des vertiges. J'ai la peur quoi... comme si quelqu'un qui va me faire du mal...* »

La solitude est augmentée par certains troubles du comportement, ce que Moussa illustre très bien. Sa bizarrerie l'a éloigné de son entourage :

« *... Après ils ont peur de me rendre visite. Donc j'ai des amis, ils ne viennent plus chez moi.* » « *...C'est pour ça que je n'aime pas que les gens viennent me voir quoi. Je peux devenir agressif, et tendu quoi, et alors j'ai plus envie de voir les gens...* » « *Je ne me sens pas heureux parce que... il y a les amis qui ne veulent pas s'approcher de moi... tout le temps je suis seul.* »

En plus de la peur, il existe aussi le syndrome d'évitement, comme le montre le discours d'Abdoulaye, qui s'isole avec un éloignement petit à petit d'autrui, un sentiment de ne pas être présent :

« *... Après je suis plus avec les gens, même si je suis là, je suis pas avec moi, je fais que penser à ce qu'il s'est passé* »

« *J'allais pas où il y avait des gens... j'aime pas le regard des gens, quand je suis là-bas, avec les gens, je suis nerveux, et comme j'aime pas être dans cet état, je vais moins les voir, je vais seul ...* ».

Enfin, comme nous l'avons vu dans les symptômes, ils sont nombreux à souffrir de troubles du comportement qui altèrent leur quotidien et les isolent, avec des agitations, une agressivité, des cris fréquents...

Par ailleurs, la maladie est aussi un obstacle à leurs démarches administratives, conditions pourtant indispensables à leur avenir en France. Ils sont sept sur onze à m'avoir explicitement dit être gênés pour ces démarches. Comme par exemple Youssoup qui me dira que « *Pour les démarches administratives, les papiers, les entretiens, ça oui c'est difficile.* »

Maria, elle, a du mal à raconter son histoire lors des différents rendez-vous administratifs : « *Ah oui, car j'arrivais pas expliquer. J'arrivais pas...* », de même que Rebecca : « *... C'était difficile, trop difficile, quand je commence à discuter comme ça, je pleure, je pleure, moi je dis moi je vais rentrer. A l'OFRA, pour parler je pleure...* »

Quand à Inès, c'est le sentiment de persécution très présent qui va l'handicaper sur ce plan : « *Parce que moi j'avais l'impression... que tout le monde était contre, comme si tout le monde ne voulait pas de moi... C'est pour ça qu'avant souvent je voulais pas aller au rendez-vous, j'ai dit je vais rester à la maison, mais je veux pas aller...* »
« *Mais j'ai dit non... et même mon avocat je voulais plus le voir parce que souvent il me parlait toujours derrière, et j'avais peur. Alors j'ai tout laissé.* »

Enfin, Mamadou qui a toujours peur d'autrui et qui ne sort plus de chez lui, ne peut plus avoir les papiers nécessaires « *... le professeur il m'a dit que si je n'allais pas à l'école ils ne me renouvelleraient pas mon titre de séjour. Mais je lui ai dit je ne pouvais pas aller ! J'ai peur des gens !* »

La difficulté à assumer le quotidien est retrouvée dans cinq discours. Ainsi, quand je pose la question à Inès par rapport aux tâches ménagères, elle me répond : « *C'est difficile, y'a des jours où c'est trop dur, je peux rien faire.* »

Ou Rébecca : « *C'était trop dur, je ne faisais plus rien, même plus les petites choses dans la maison, la cuisine.* »

Ou encore Maria : « *... J'étais comme ça à la maison... mais j'avais pas la force... je sentais pas la force pour faire les choses, pour faire la nourriture c'était difficile...* »

Youssoup : « *Oui, par rapport à autrefois, pour aller faire les courses, entretenir la vie de famille, il n'y avait pas de problème, maintenant c'est difficile.* »

Et Paul : « *Avant, j'étais habitué, le matin je sors, je vais au boulot, le soir je discute un peu avec ma femme. Mais là c'est difficile, je fais plus rien* »

Les répercussions sur la vie familiale sont présentes dans trois récits avec par exemple Youssoup : « *Ca me gêne tous les jours, avec mon entourage et avec ma famille.* » « *Oui, je sais que quand j'ai mal, ma famille a mal...* » Ou Inès : « *Comment j'étais avec mon fils aussi, souvent mon fils il disait que j'étais plus sa maman* »

Enfin, les conséquences dans le monde du travail sont évoquées chez trois patients :
Moussa : « *... Il y a une fois j'avais donné un CV à une entreprise, dès que je suis arrivé là-bas, le patron se rendait compte que j'étais malade... il a vu il y a quelque chose qui ne va pas. Et du coup je n'ai pas pu travailler.* »
Mamadou est toujours très handicapé par sa peur des autres qui l'empêche d'aller à la faculté, ou Maria qui a du mal à travailler : « *Même depuis que j'ai commencé le travail... j'avais pas la force, pas le moral... Mais je trouvais que c'était pas moi. Moi j'étais motivée pour le travail, mais je pouvais pas, c'était que j'étais malade.* »

3.2.4. La conscience de la maladie

Après avoir étudié les symptômes et leurs répercussions, je me suis donc intéressée à leur perception de la maladie.

Le tableau VIII illustre cette notion, et nous allons voir, que ces patients n'ont en général pas conscience des troubles. Même s'ils perçoivent un changement, ils ne se considèrent pas malade d'un point de vue psychiatrique, donc ils ne feraient pas appel spontanément à une aide à ce niveau :

Tableau VIII : Perception des troubles : mode d'entrée dans la maladie, accès à la souffrance psychique

	Abdoulaye	Ines	Rogério	Moussa	Mamadou	Rebecca	Marisa	Annie	Paul	Maria	Youssouf
Sensation d'avoir changé, rupture avec la vie d'avant	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•
Somatisation	•		•	•				•		•	•
Remarque de l'entourage		•		•		•	•			•	•
Ne se sentais pas malade	•	•	•	•						•	
Participation des croyances	•		•	•	•	•		•		•	
Fait le lien avec le trauma	•		•						•	•	

Comment les patients ont-ils perçu la souffrance liée aux troubles psycho-traumatiques ?

Pour six d'entre eux, ce sont les plaintes somatiques qui sont au premier plan. Je l'ai déjà illustré précédemment.

Je retrouve dans six discours que la prise de conscience des différents symptômes est liée aux remarques de l'entourage.

Moussa : « *Non, moi j'ai pas l'impression d'être malade ! Mais les gens qui me voient...* »

Marisa « *... C'est comme ils me trouvaient un peu bizarre ils m'ont emmenée ici.* »

Inès : « *Non, moi je trouvais que j'étais comme d'habitude, c'est que les gens autour qui disaient qu'il y avait un problème.* »

Seulement six patients se sentent malade et pensent alors avoir besoin de soins. Mais là encore, l'origine psychiatrique ne leur est pas évidente, seul Paul fait un rapprochement avec le vécu traumatique :

Paul : « *Non, pour moi c'est une maladie, c'est pas un sort parce que j'étais pas comme avant. J'ai souffert de rien avant. Ma santé était normale. C'est pas un sort, c'est pas la prière. C'est une maladie. Une maladie à cause de tout ce que j'ai vécu, tout ça...* »

Mais, un point important est que pour dix d'entre eux, même si l'origine est mal identifiée, ils ont un sentiment de rupture avec l'état antérieur. Ils ressentent un changement. C'est donc peut être un élément sur lequel nous pouvons nous appuyer pour légitimer les soins auprès d'eux initialement.

Abdoulaye : « *Mais depuis je suis plus comme avant. Je vais te dire, ma vie elle a changé, depuis ce jour...* »

« *Oui, j'ai changé. J'ai changé, c'était plus la même personne* »

Inès : « *Et puis y'avais des choses, c'était pas comme avant...* »

Rogério : « *J'étais pas comme j'étais avant* »

« *Que des fois je me demande si un jour je serais normal, comme j'étais avant !...*

Avant je n'étais pas comme ça, je ne voyais pas de choses aussi, moi je ne sais pas ! »

« *... Mais moi je ne suis pas à l'état que je suis, comme vous voyez. Est ce que je serais normal ? Comme j'étais avant ? Parce qu'avant, moi j'étais pas comme ça, j'étais normal.* »

Moussa : « *Non, non, non, jamais au Congo ! quand j'étais au pays avant je travaillais à la poste, j'étais bien quoi. C'est après la guerre que tout m'est revenu...* »

« *J'avais l'impression d'être quelqu'un d'autre.* »

« *Non... avant, j'étais tranquille...je travaillais, j'étais avec les gens...* »

Rebecca : « *... J'étais devenue comme folle !* »

Marisa « *... Je me sens pas comme avant.* »

Annie : « *... Alors qu'en Afrique j'étais bien.* »

Paul : « *Bon, avant je souffrais pas, tout a commencé quand je suis arrivé ici.* »

« *Entendre des voix tout ça, c'était quelque chose de nouveau. Avant ça se passait pas comme ça.* »

Maria : « *En tout cas avant j'étais pas comme ça..., depuis tout ce que j'ai vécu... même avant je pensais pas comme je t'ai dit que c'était une maladie, mais j'étais pas comme ça avant.* » « *Non, moi je ne sentais pas trop, enfin je voyais que j'étais pas comme avant, mais je pensais que c'était normal.* »

Youssoup (par l'intermédiaire de l'interprète) : « ... *Il était pas comme autrefois, son comportement avait changé...* »

«... *Mais autrefois quand il y avait pas tous ces symptômes, là c'était mieux...* »

Illustration de la conscience de la maladie :

Abdoulaye : « *enfin, moi je pensais que les problèmes que j'avais c'était dans le corps, mais eux ils ont dit que c'est psychiatrique et ils ont dit de venir ici.* »

Inès : « *Je savais même pas ce qu'était un « psychiatre », « Parce que moi, je sais pas c'est quoi un psychologue et pour quoi il faudrait m'envoyer là-bas.* »

« *Je voulais pas parler de mes choses, je me disais c'est normal ça va passer parce que pour moi c'est... je ... enfin je ne voyais pas d'importance de parler ces choses là . Pour moi ça va passer, c'est normal.* »

Rogério : « *Il y a des choses que je vois, pour moi je croyais que c'était normal, mais je ne savais pas. Mais quand je leur ai raconté, c'est là ils m'ont dit c'est pas normal, il faut que tu prennes les traitements.* »

« *En réalité, les choses là que je voyais, je me disais que peut être c'est normal.... mais je négligeais, je croyais que peut être que ces choses là c'est normal...* »

Moussa : « *Mais moi je me rendais pas compte* »

« *Souvent je ne comprends pas ! C'est le médecin qui voit comment je me comporte quoi.* »

« *Mais je sais pas quand ça a commencé ! C'est le médecin qui a vu que ça n'allait pas chez moi quoi...* »

« *Non, moi je ne savais pas ! C'est le médecin qui a compris qu'il y a avait quelque chose qui n'allait pas.* »

« *Non, pour moi il n'y avait pas de maladie. Moi je me rendais pas compte.* » «... *Mais moi je me rends pas compte de ce qui se passe.* »

Maria « *C'est eux qui m'ont dit. Parce que moi je ne savais même pas ce que c'était un psychiatre...* »

« ... Mais moi je savais pas que j'étais malade avant. Je voyais que j'étais vraiment abattue quoi. Mais je savais que c'était une maladie »

Pour sept patients, il faut prendre en compte la participation des croyances avec une origine éventuellement spirituelle aux troubles :

Inès : *« Vous voyez les gens de mon pays, je dis pas que je vais à l'hôpital, que je vois les médecins et les médicaments, parce que là-bas pour eux, vous êtes fou, on vous traite de fou, ou vous êtes folle tout ça. »*

Moi : *« Est ce que pour vous ça pouvait être la sorcellerie aussi, ou qu'on vous ait jeté un sort ? »* Moussa : *« Oui... même au départ c'est ce que je pensais. »* *« J'ai été voir une dame à Paris qui ausculte les gens. Elle est de chez nous aussi... c'est une tradithérapeute. »*

Rebecca : *« La dame, elle m'a fait les médicaments traditionnels, avec les herbes et tout le reste. »*

Annie : *« Un pasteur a dit en Afrique : toi t'es pas normale, les esprits ont mis la nervosité dans toi, c'est pas bien... »*

Maria : *« ... Je me dis c'est pas normal, il doit il y avoir des esprits ou je sais pas... »*
«... il y avait les mauvais esprits... »

Cela nous montre combien il faut être sensibilisé à ces pathologies, puisque les patients ne s'en plaignent pas directement en général, (présentation somatique...), la demande de soins est très polymorphe avec parfois seulement un sentiment de changement dont l'origine reste incomprise, la maladie psychiatrique étant très peu évoquée par les patients. De plus, il faut prendre en compte la dimension transculturelle avec des croyances mystiques souvent présentes.

Cela pose alors plusieurs questions sur l'accessibilité aux soins, étant donné la place souvent inexistante faite par ces patients aux troubles psychiatriques. C'est une notion qui intervient aussi bien sûr dans la prise en charge ultérieure. Il semble donc important d'en être conscient et de connaître les différents modes de présentation pour pouvoir dépister ces troubles et solliciter la structure adaptée. Nous en reparlerons dans la discussion.

Ainsi, le mode d'entrée dans les soins n'est que rarement une plainte psychiatrique ; sans pouvoir en identifier la cause, c'est souvent le sentiment de rupture avec l'état antérieur qui est retrouvé ainsi que les plaintes somatiques.

Il m'a semblé alors intéressant de reprendre dans le tableau IX pour chaque patient le parcours de soin ayant entraîné le début d'un suivi psychiatrique. Ainsi, on remarque qu'aucun patient n'a consulté spontanément :

Tableau IX : Mode d'entrée dans les soins

	Abdoulaye	Ines	Rogério	Moussa	Mamadou	Rebecca	Marisa	Annie	Paul	Maria	Youssouf
P.A.S.S.			•						•		
Médecin traitant				•	•						
Travailleurs sociaux		•				•	•			•	•
S.A.U.	•										
Spontanément											

Ce tableau montre alors l'intérêt pour les différents acteurs de soins d'être sensibilisés à ces troubles, puisque, pour cinq patients ce sont les travailleurs sociaux des structures les accueillant qui les ont adressés, mais pour cinq autres patients ce sont des médecins : deux médecins de la PASS, un médecin urgentiste, et deux médecins traitants.

Je n'ai pas retrouvé le détail du parcours de soin d'Annie.

3.2.5. L'importance des soins

Les tableaux suivant permettent de montrer l'intérêt des soins pour ces patients. Tout d'abord le tableau X illustre ce que les soins représentent pour eux, ensuite, le tableau XI reprend l'évolution des différents symptômes depuis le début de la prise en charge.

Tableau X : Ce que leur apportent les soins

	Abdoulaye	Ines	Rogério	Moussa	Mamadou	Rebecca	Marisa	Annie	Paul	Maria	Yousseup
Donne du courage					•				•	•	
Met en confiance		•			•	•					
Lutte contre les idées suicidaires	•			•	•				•	•	•
Redonne de l'espoir		•	•	•	•						
Favorise la communication	•	•	•		•				•	•	
Permet d'oublier, « comme une parenthèse »					•						
Fait du bien	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•
Aide pour le quotidien	•	•		•	•	•				•	
Redevenir come avant			•								
Ouverture de droit		•		•	•	•		•		•	

D'une façon générale, ils sont dix à m'avoir explicitement dit que les soins leur faisaient du bien. J'ai bien remarqué qu'il leur était parfois difficile de préciser les raisons de cette amélioration, mais ils ressentent un mieux-être ce qui paraît important.

Paul : « *Donc c'est vrai aujourd'hui quand même, c'est mieux que le premier jour quand je viens ici* » « *Ca me fait du bien d'être là.* »

Inès : « *... Ouai, ça, ça m'a beaucoup aidé aussi.* » « *Des fois je me sens mieux, je me sens presque normale* »

Moussa : « *... Les médicaments me font du bien.* » « *...C'est une bonne chose de venir ici.* »

Rebecca : « *Mais j'arrive à mieux vivre, je me sens mieux. Ici je me sens bien...* »

Annie : « *... Oui c'est mieux, il conseille... on a pris soin de moi ici, on écoute, et y a les médicaments aussi....* »

Maria : « *Depuis que je prends les médicaments. Moralement ça va mieux par rapport à avant. Ca m'aide beaucoup.* »

Youssoup (l'interprète) : « *Mr et Mme disent que c'est beaucoup mieux avec le traitement, les comprimés.* » « *... et même pour tout en général, c'est beaucoup mieux avec les traitements.* ».

Pour six d'entre eux, le suivi a permis d'améliorer la communication :

Maria : « *Oui, tout si j'ai des problèmes, je viens, on parle un peu, et ça va. J'arrive mieux à parler qu'avant.* »

Abdoulaye : « *Oui parce qu'ici je communique des choses que jamais auparavant je communique.* » « *Même ça c'est difficile aussi car je suis pas trop habitué, mais petit à petit je commence à communiquer avec eux, ça change* »

Paul : « *Vous voyez, quand vous voyez une personne, que vous pouvez partager le mal avec lui... ça va mieux.* »

Aussi, le suivi redonne espoir, comme pour Mamadou par exemple : « *Mais j'ai la confiance ici pour continuer à les voir, ils me donnent l'espoir.* » « *Ils me donnent la confiance de vivre, et de l'espoir aussi, que un jour je vais retrouver du bonheur.* »

Inès : « *Si je suis guérie par là alors tout sera mieux. Pour moi tout sera mieux si je suis guérie.* »

J'ai noté pour trois patients que les soins redonnent du courage, par exemple Mamadou : « *... de rencontrer Mme Favreau et le Dr Nguyen, c'est eux qui me donnent le courage...* » « *Oui, si je veux aller bien un jour, parce qu'ils me donnent*

du courage que ça va aller. » « Mais c'est grâce à eux, ils me donnent envie de me battre », ou Maria : « Le médecin il me motive toujours... »

Mais aussi le suivi met en confiance :

Inès : « J'ai bien compris que ça m'aidait aussi, j'ai compris qu'ils sont pas contre moi mais c'est pour m'aider qu'ils font ça... »

Mamadou : « Ils me donnent de la confiance aussi, de vivre , de me battre au fond de moi, de ne pas désespérer. »

« Mais j'ai la confiance ici pour continuer à les voir. »

La prise en charge a été un moyen de lutter contre les idées suicidaires pour six d'entre eux, tels que :

Mamadou : « Si j'étais pas venu là madame, moi je serais mort depuis longtemps ! »

Maria : « Grâce à vous, et tout ça... c'est pourquoi je suis toujours là... »

Les soins les ont aidés au quotidien avec par exemple Inès qui me raconte : *« Maintenant c'est mieux qu'avant. J'arrive à faire le ménage, je cuisine plus pour mon fils, c'est un peu moins dur. »*. Ou Maria qui n'arrivait pas à s'occuper de son fils : *« Oui ça maintenant j'arrive à le faire. Ca c'est depuis que je prends les médicaments et que je vois le docteur.... »*

Par ailleurs quand je leur demande si cela est important pour eux de venir à l'EMPP, voici quelques unes des réponses :

Maria : « Oui, c'est très très très très important pour moi, très très important... très important... »

Youssoup : « Si ce n'était pas le cas, je ne serais plus là, oui je suis content. »

Paul : « Oui, très important, vous savez sans le docteur, sans les médicaments, je suis pas sûr que j'aurais pu tenir. »

Rebecca : « Je suis contente de voir le Dr N'Guyen car il me donne des conseils. Je veux continuer à venir, je continue les médicaments. »

Moussa : « ...C'est une bonne chose de venir ici. »

Paul : « Oui, c'est pourquoi je viens ici, c'est pour que ça puisse aller mieux, c'est pour ça que je viens ici » « Oui, oui ça va mieux qu'au début »

Enfin, il faut noter que pour six patients, la prise en charge leur permet de rester sur le sol français en leur ouvrant des droits d'un point de vue administratif. C'est une dimension qu'il faut prendre en compte, la précarité dans laquelle vivent ces patients est source d'angoisse et comme nous le verrons plus loin, c'est un facteur aggravant les symptômes. Ainsi c'est un aspect non négligeable des avantages à des soins adaptés et spécifiques.

Dans le tableau XI, je reprends les principaux symptômes pour lesquels les patients m'ont rapporté une amélioration :

Tableau XI : Evolution des symptômes

	Abdoulaye	Inès	Rogério	Moussa	Mamadou	Rebecca	Marisa	Annie	Paul	Maria	Youssoup
Le sommeil	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Hyperactivation neurovégétative, apaise	•	•	•	•	•			•	•		•
Peur d'autrui		•				•				•	
Pensées envahissantes	•	•	•	•					•	•	
Idées suicidaires	•	•			•		•		•		•
Tristesse	•	•			•	•			•	•	•
Somatisation (palpitations, sensation d'étouffer...)		•					•		•		
Asthénie, perte des envies		•					•		•	•	
Cauchemars	•	•	•		•	•			•	•	•
Troubles de la mémoire		•	•			•			•	•	•

D'après ce tableau, on constate tout d'abord l'amélioration des troubles du sommeil, puis une diminution de l'hyperactivation neuro-végétative, une diminution des pensées envahissantes, et une amélioration du syndrome dépressif avec moins d'idées suicidaires :

- Pour tous les patients, on retrouve une amélioration du sommeil, avec moins de cauchemars :

Abdoulaye : « *Seulement avec les médicaments j'arrive à dormir.* »

Rogério : « *Je peux dormir tard, ça m'apaise, je peux même fermer les yeux pour dormir... avec les médicaments je suis un peu apaisé, je peux dormir là, 3 ou 4 heures de temps* »

Rebecca : « *Je dors mieux. Avant je dormais pas, toujours des cauchemars... je dors mieux.* »

Marisa : « *... Depuis que je suis ici et qu'on me donne les traitements pour le sommeil, là je dors .* » « *... Je dors pas, sauf quand je prends les médicaments. C'est vrai qu'avec les traitements c'est mieux quand même.* »

Paul : « *Ouais les cauchemars c'était trop accentué, mais pour le moment c'est moins présent...* »

- Pour huit patients, les soins ont permis un apaisement, avec moins d'hyperactivation neurovégétative :

Rogério : « *Avec l'autre médicament pour apaiser, et ça c'est mieux.* » « *Si je prend le médicament qu'on me donne ça me calme un peu* »

Inès : quand je lui pose la question par rapport aux symptômes de palpitation, et sensation d'étouffer : « *C'est mieux. Mais c'est parce qu'il y a le traitement qui tient.* »

Abdoulaye : « *En fait tous les changements qu'il y a, c'est un changement d'apaiser* »

Moussa : « *... Il y a des moments je me rends compte, quand je prends pas les médicaments, je suis énervé...* »

Quand à Annie elle me dira bien qu'elle se sent plus calme, elle se sent bien. Elle se trouvait très énervée en Afrique mais ici se sent mieux.

- L'action sur les pensées envahissantes est favorable pour six patients :

Ainsi, concernant ce sujet Abdoulaye me dit que « *C'est ce que les médicaments diminuent.* » « *Ca détourne toute notre pensée* », de même pour Maria : « *Oui il y a moins de cauchemars et de pensées qu'avant.* »

- sept patients ont moins de symptômes dépressifs :

Maria : « *Oui j'ai l'impression que je suis moins triste qu'avant...* ».

Rebecca : « *... Oui je suis moins triste...* » « *Je pleure moins qu'avant...* »

Abdoulaye : « *Oui j'étais triste, et puis toujours je suis triste, mais quand même moins triste qu'avant* »

Mamadou : « *Tout ce qu'il y avait dans ma tête c'était de me suicider là, mais grâce à eux et aux médicaments aussi, ça commence à aller mieux, c'est moins fort, ça m'a soulagé...* »

- six patients ont vu une amélioration des troubles de la concentration :

Concernant ces symptômes, Maria me dit que « *... Grâce aux médicaments, grâce à vous, je vois ça commence à changer les choses...* », ainsi que Rebecca : « *Ouai, c'est mieux ça. Parce que y'a des choses où je m'en sors comme ça, je me souviens.* »

- Enfin la peur est moins présente pour trois patients, par exemple Maria : « *... Ca fait que un mois que je ressors un peu toute seule...* », ou Inès : « *Je me sens plus rassurée qu'avant.* ».

3.2.6. Les facteurs aggravant ou favorisant l'apparition des troubles

J'ai repris pour ce paragraphe les différents items retrouvés dans la littérature concernant les éléments aggravant ou favorisant les troubles psychiatriques, et j'ai relevé dans chaque discours la présence de ces éléments.

Afin d'organiser ces nombreux facteurs, je les ai regroupés en trois parties correspondant bien à la problématique de la population étudiée. Il s'agit de considérer le trauma en lui même et ses caractéristiques, puis de prendre en compte les éléments traumatisant de la migration et enfin les difficultés auxquelles ils sont confrontés en France, c'est à dire le traumatisme post migratoire.

Nous reverrons dans la discussion, l'importance de considérer ces trois notions de traumatisme chez ces patients, chez lesquels les troubles s'inscrivent dans un contexte d'exil et d'intégration précaire, souvent loin de ce qu'ils avaient pu imaginer.

3.2.6.1. Le traumatisme pré-migratoire

Il est relevé dans la littérature concernant le traumatisme trois caractéristiques favorisant l'apparition des troubles : il s'agit tout d'abord de l'existence de la torture. Je l'ai retrouvée pour cinq patients, mais seulement un patient me l'a explicité clairement, (Rogerio : « ... *Et moi on m'a toujours torturé en me disant que si tu ne dis pas la vérité c'est là qu'on va t'exterminer...* ») ce qui permet de faire l'hypothèse de la difficulté pour ces patients d'évoquer la torture, celle-ci étant souvent cachée, du fait de la honte et de la culpabilité, mais aussi liée aux moyens de défense psychiques mis en place pour y faire face avec un certain déni.

Il y a ensuite la notion de viol, qui est présente pour quatre patients, dont un homme (Abdoulaye), pour qui d'ailleurs l'évocation de ce traumatisme est très difficile, avec beaucoup de honte et de culpabilité comme nous l'avons vu dans la description analytique.

Enfin, il s'agit aussi de considérer l'existence de blessures physiques séquellaires du traumatisme : on en retrouve dans le discours de six patients comme par exemple Mamadou : « *C'est là que mon péroné il était cassé et le ligament du genou, mais j'étais pas mort.* » et Maria qui me montre ses cicatrices : « ... *ils m'ont brûlée...* ».

TableauXII : Facteurs favorisant et aggravant les troubles

		Abdoulaye	Ines	Rogério	Moussa	Mamadou	Rebecca	Marisa	Annie	Paul	Maria	Youssouf
Nature du trauma	Torture	•		•						•	•	•
	Blessure pysical	•	•	•		•	•				•	
	Viol	•	•					•			•	
Traumatisme migratoire	Situation d'exil, fuite sans possibilité de retour	•	•	•	•	•	•	•	•		•	•
	Séparation familiale brutale		•	•	•			•		•	•	•
	Insécurité du départ	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Traumatisme post-migratoire	Angoisse lié à la situation en France ou à la famille			•			•		•	•		
	Précarité sociale et / ou administrative	•	•	•	•		•		•	•	•	•
	Isolement, absence de soutien social	•		•	•	•	•	•			•	
	Perte des repères culturels	•		•			•					•
	Deuil à faire (de la vie d'avant, ou de proches perdus de vue)	•	•	•	•	•			•	•		

3.2.6.2. Le traumatisme migratoire

Trois éléments caractérisant la migration sont pourvoyeurs de troubles psychiatriques :

La situation d'exil, de fuite, sans possibilité de retour, que j'ai retrouvé chez tous les patients, sauf pour Paul. Ainsi Abdoulaye me dit qu'il a du partir « *pour prendre la fuite.* », ou Rogério : « *Il m'a dit il va faire tout pour s'évader...* » « *Il fallait se cacher*

aujourd'hui car si on restait là il pouvait nous arriver des incidents... » et Youssoup qui me dit que c'est « *pour sauver ma peau et celle de ma famille...* », ou encore Mamadou pour qui le retour au pays lui paraît impossible : « *Je veux pas retourner en Afrique... j'ai peur, je vis dans ça, j'ai tout le temps peur...* » tout comme Maria : « *C'est impossible, si je veux mourir, j'ai qu'a y retourner ! Non, je ne peux pas.* »

Puis il y a la notion de séparation brutale avec la famille avec la perte des repères culturels :

Maria : « *... Pour rentrer en France, j'ai été obligé de quitter chez moi, mais c'est pas chez moi...* »

Paul : « *... J'ai jamais revu ma femme et mes enfants depuis.* »

Marisa : « *Quand on nous a arrêtés à la maison, c'était le jour que moi j'étais séparée avec mon mari... moi je suis seule depuis janvier 2010* »

Rogério : « *Moi, depuis le jour où on m'a arrêté, je n'ai pas de nouvelles de ma famille* » « *... Depuis ce temps là jusqu'à aujourd'hui j'ai pas de nouvelles de ma famille...* »

Moussa : « *Oui, je suis arrivé seul. Toute ma famille est restée au Congo.* » « *... Mais je ne les ai jamais revus...* »

Inès : « *Mon mari aussi s'est enfui, et on s'est plus entendu, on s'est plus vu... après il y avait plus de nouvelles.* »

Enfin, l'insécurité du départ est présente chez tous les patients, et c'est un facteur favorisant supplémentaire. Ainsi Abdoulaye me raconte : « *Mais j'avais aucune affaire, j'avais tout laissé à la maison, j'avais pas ma carte d'identité sur moi* », tout comme Paul qui se souvient : « *... Donc on m'a pris comme un gamin, j'ai traversé tout le pays jusqu'à Brazzaville avec la pirogue et les autres clandestins.* » « *J'ai traversé tout le pays dans la pirogue de clandestins* », mais aussi Rebecca « *... On a vu un homme qu'on connaissait pas, il faisait des faux papiers pour partir.* », Maria « *J'étais caché d'abord, dans notre pays, quelque part, mais pas là où j'habitais.* » « *... Je ne savais pas où j'allais.* », ou encore Youssoup : « *le voyage était sans papier, de manière clandestins, on était dans un grand camion* » « *le camion s'est arrêté quelque part, on ne sait pas où...* »

3.2.6.3. Le traumatisme post migratoire

Ce traumatisme est particulièrement marqué chez les patients rencontrés. Ils ont à faire face à tous les éléments d'un traumatisme post migratoire.

Trois notions se dégagent du tableau :

Il y a tout d'abord la grande précarité financière, mais aussi administrative : elle est retrouvée pour neuf patients :

Paul : « *Après, quand je suis arrivé au foyer Athanor, je mange le soir, mais avant le soir je dormais comme je pouvais, d'abord à la gare... »*

Moussa : « *Quand je pense que j'ai pas de travail tout le temps..., on est là, à rien faire... »*

Rogério : « *... Comme je n'avais aussi d'argent... » « Je dormais toujours dehors »*

« *C'est pas possible, avec une petite fille comme ça ! Rester dehors pendant la nuit... de marcher jusqu'à 23h, O heure... »*

« *Je fais rien...j'ai pas de travail, je fais rien. » « je reste là, j'ai pas d'activité...j'ai pas où aller, c'est comme ça... »*

Abdoulaye : « *Avec les problèmes de papiers, il y a pas de liberté... on ne peut pas faire de vie quand on a pas les papiers, on peut pas même aller à l'école, on peut pas avoir de chambre, on peut pas travailler, on peut rien faire sans les papiers.*

Maria : « *... et puis je voulais un appartement, mais elle me disait mais non, t'as pas le droit parce que tu as aucune ressource, il faut travailler, tout ça... mais toi tu as rien, tu as pas de papiers, tu as rien... »*

Il y a aussi Annie qui me parle beaucoup de sa situation précaire, qui est d'ailleurs pour elle la cause de ses symptômes, en particulier de sa tristesse.

Puis il existe un isolement important avec une absence de soutien social, qui nous le verrons est pourtant indispensable à une prise en charge optimale :

Abdoulaye : « *Oui, je suis seul. »*

Rogério, lui me raconte son isolement au quotidien : « *Moi je reste seul, je n'ai pas de personne à côté, je ne suis pas habitué. Là où nous sommes là.... je vois personne, je reste tout seul, et ça me fais mal ! »*

« *Et je suis sans ma famille, sans ma femme !... Un homme de 46 ans...(pleure), ça me fait mal, ça me fait mal... je suis seul... » « Je suis seul, et moi je reste seul, les enfants ils vont à l'école, mais moi je reste seul, je n'ai pas de personne à coté, je ne suis pas habitué. Là où nous sommes là, il y a beaucoup de nos amis ils sont*

tchétchènes, ils parlent pas français ni portugais, je vois personne, je reste tout seul, et ça me fait mal ! »

Moussa : *« Oui, oui je suis très seul ici. »*

Mamadou : *« J'ai personne madame ! J'ai pas d'amis, j'ai pas de famille... »*

Marisa : *« ... Depuis là j'ai plus de nouvelles de ma mère, mon père est déjà mort, j'ai pas de nouvelles de ma famille. Je suis seule. »*

Enfin, ils sont sept à devoir faire un deuil, ce qui est reconnu comme facteur favorisant.

Il y a tout d'abord le deuil d'un membre de la famille avec par exemple Rogerio qui me dit en parlant des siens restés au pays : *« Je n'ai pas de nouvelles jusqu'à aujourd'hui, je sais même pas s'ils ont été tués ou quoi ! »*

Et Inès, en évoquant son mari : *« ...et mon mari je sais même pas si il est en vie ou pas, je sais même pas... »*

Quant à Mamadou, il ne peut oublier sa mère : *« Alors j'ai pas pu faire son deuil. (de sa mère)... Et depuis ce jour je pleure ma maman. »*

Mais aussi le deuil à faire de la vie d'avant au pays, avant le traumatisme.

Rogerio parle de façon très fréquente de sa situation antérieure : *« Et parce que des fois je me regarde dans la glace et je me dis, c'est pas moi !, c'est plus moi... et je pleure »*

« Parce que moi je suis bien un homme, même au pays là, j'ai été enseignant dans ma profession »

De même que Paul : *« vous voyez une personne qui gagne bien sa vie, je travaillais, j'étais dans l'entreprise, conseiller fiscal, c'est tout cassé tout ça. »* et Moussa :

« Parce que quand je pense parfois à ce que je faisais chez moi...j'avais un travail, et ici... J'ai pas une vie normale. »

Les autres items relevés sont les angoisses concernant la situation en France (Par exemple pour Annie : *« J'ai beaucoup pleuré car les papiers, toujours rejet, donc toujours peur de retourner au pays »*, et Rebecca : *« je travaille pas, pas de papier pour rester en France, encore dans ma tête ça fait mal, comment je vais vivre... ? »*), et les angoisses sur leurs proches restés au pays, comme Annie qui pense beaucoup à ses filles. J'ai eu plus de difficultés à les mettre en évidence.

Aussi, la perte des repères culturels, est peu explicitée dans les différents discours. Je ne citerais que Maria : « ... *Vous savez, vous savez, vous avez laissé votre pays, vous avez laissé votre mère (pleure),... vous avez laissé tout...* »

«... *C'est ça aussi le problème, je peux dire rien, c'est pas mon pays ici,. Et mon pays c'est là bas, j'ai ma famille la bas, j'ai tout laissé la bas. Je pas dire que je suis tranquille en France, non.* »

3.2.7. Les difficultés de la prise en charge

Elles sont reprises dans le tableau XIII :

TableauXIII : Difficultés de prise en charge

	Abdoulaye	Ines	Rogério	Moussa	Mamadou	Rebecca	Marisa	Annie	Paul	Maria	Youssoup
Barrière de la langue	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Précarité		•									
Effets secondaires des traitements		•	•								
Méfiance	•	•			•			•			
Croyance	•	•	•	•	•	•		•	•		
Evite ce qui évoque le traumatisme		•					•	•	•	•	
Absentéisme		•	•					•		•	
Difficultés à la prise des traitements		•		•							

A travers les différents discours, on peut relever plusieurs facteurs rendant cette prise en charge si particulière et parfois compliquée. Là encore, il s'agit souvent de notions

spécifiques à la population, et la dimension transculturelle apparaît au premier plan avec :

- La barrière de la langue

Cela a été une difficulté pour tous les entretiens. Soit par la nécessité d'interprète ce qui complique l'organisation, ou liée à un accent ou un phrasé souvent difficile à suivre. Or l'échange, la construction d'une relation patient-soignant sont primordiaux, on peut donc facilement imaginer comme cela peut être un obstacle à une prise en charge optimale.

- Croyances culturelles

Au fur et à mesure des entretiens, j'ai pu noter de nombreuses références aux croyances. D'abord celles religieuses comme par exemple pour Abdoulaye qui a l'impression d'avoir trahi, et pour qui les troubles pourraient être liés à « un châtement » : « *moi je suis musulman, ça doit pas se faire ce qui s'est passé... moi j'ai... quelque part là, j'ai été faible, et puis après il y a des choses qui sont, moi je suis musulman, il y des châtements pour les gens qui font des choses comme ça.* », mais pour qui la religion est aussi un soutien important puisqu'il me dira que « *c'est ma religion qui m'aide par rapport à ça. Il est pas permis de se suicider.* ».

Ensuite il y a les croyances d'ordre traditionnel comme Moussa qui a fait appel initialement à un tradithérapeute, tout comme Rebecca. Inès, elle, a honte de ses symptômes vis à vis de ses compatriotes car elle serait considérée comme « folle ».

Les autres obstacles aux soins à considérer ont été :

- La méfiance (symptôme des troubles psycho-traumatiques)

Elle est très présente par exemple chez Inès, qui refusait au début d'aller au rendez-vous : « *Oui mais moi je veux pas le psychologue, parce qu'est ce qui vont me faire, je sais pas moi.* » ou Annie qui se confie très peu, et Abdoulaye qui a peur que son récit soit raconté.

- Le déni et l'évitement de ce qui évoquent le trauma

Ce sont d'autres symptômes de l'ESPT qui rend plus difficile les soins. Ainsi Inès me dit « *J'aime pas parler de ça, c'est trop dur...* » « *Je voulais pas parler de mes choses* », Paul changera de sujet lors de l'entretien : « *... bon j'ai fait des efforts avec vous, mais là je voudrais plus parler de tout ça là ...* ». Maria m'explique qu'elle ne

peut aborder certaines choses : « *Parce qu'avant j'arrivais même pas à m'exprimer, à expliquer tout ça comme aujourd'hui. C'était trop trop dur pour moi, trop dur...* »
« *Oui donc il y a des histoires j'aime pas parler quoi...* ».

Quant à Annie, elle n'aborde presque pas le traumatisme de tout l'entretien avec un déni évident, et Marisa arrêtera l'entretien précocement car « *c'est trop dur* ».

- Les effets secondaires des médicaments

Rogério : « *... Mais il y a le médicament là celui qui me fatigue beaucoup là...* »

Inès : « *Après quand j'ai commencé les médicaments, c'est là où j'ai commencé à manger beaucoup, à grignoter tout ça...* »

- Une difficulté à accepter les traitements

Moussa : « *... les injections il y en avait trop, je n'en voulais plus.*

Et Inès interrompra les soins : « *J'ai tout abandonné les traitements* ». Là encore cela pose la question de la place de la médecine occidentale.

- L'absentéisme

Il est très présent dans cette population, d'une part lié à la précarité, avec un manque de moyen pour venir à l'hôpital, d'autre part lié aux troubles de la mémoire avec de nombreux oublis de rendez-vous.

III – TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

Ce travail d'analyse étant effectué, il est possible de reprendre la globalité du corpus comme étant un moyen de découverte d'un champ de réflexion, et d'en extraire les différentes caractéristiques.

Il me semble cependant important de replacer cette étude dans son contexte et d'en définir les limites.

Je ne reprendrai pas dans cette partie les principales difficultés auxquelles j'ai dû faire face, elles sont précisées dans la méthodologie.

1. LES LIMITES DE LA RECHERCHE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

Cette méthode me paraissait la plus adaptée pour explorer ce sujet de réflexion. Il faut alors reconnaître que ce type de travail n'a pas la validité que peut apporter une étude statistique sur le plan scientifique. Tout de même, je rappellerai que cette démarche semble la plus pertinente en ce qui concerne la recherche en médecine générale. En effet, il faut prendre en considération la différence entre science et savoir. La psychiatrie et la médecine générale ne peuvent être étudiées que par l'intermédiaire des chiffres et des statistiques, ce qui serait réducteur étant donné la complexité et la diversité du genre humain. Dans la statistique le sujet n'existe pas, c'est « un segment de population », or dans la relation médecin-patient, cette individualité semble indispensable⁴⁹. Ainsi, ce travail ne peut être validé selon des critères statistiques qui peuvent être considérés comme plus scientifiques, mais il propose une piste de réflexion sur un sujet qui peut tous nous concerner et qui touche une partie non négligeable de la population.

Il existe alors des difficultés inhérentes à ce type de recherche qu'il faut prendre en compte :

1.1. Les principaux biais

- Biais de recrutement

Le choix des patients ne s'est pas fait de façon aléatoire. En effet, les contraintes linguistiques en particulier ont favorisé une population francophone.

Par ailleurs étant donné la nécessité de coopération des patients pour l'obtention d'entretien ayant un certain contenu, les patients ont été sélectionnés selon leur capacité à communiquer et leur disposition à partager leur vécu.

Ensuite, pour des raisons évidentes, je n'ai vu que les patients qui poursuivent le suivi. Ce sont donc des patients qui adhèrent à ces soins, ce qui peut embellir la notion de l'importance des soins pour ces sujets.

À noter aussi que le volume du corpus un échantillon trop petit pour être représentatif de la population générale. Les difficultés organisationnelles, le manque de temps et la complexité pour identifier des patients correspondant à l'étude en sont la cause.

Mais cet échantillon permet de recueillir de nombreuses données, et des informations riches et diversifiées sur une question de médecine générale. Aussi, soulignons là encore que la singularité de chaque propos paraît adaptée à la recherche en médecine générale comme je l'ai dit précédemment. Ainsi : « *il n'y a de sciences que du général, mais en pratique seul le particulier existe.* »⁵⁰. Enfin, au fur et à mesure des entretiens, j'ai pu me rendre compte que les données apparaissaient saturées avec les patients rencontrés.

- Biais de compréhension

Il était probablement étrange pour ces patients d'être un sujet d'étude. Ont-ils bien compris la finalité de l'entretien ? Les réponses apportées n'étaient alors peut-être pas toujours adaptées au sujet, dû à une incompréhension de l'objectif de l'étude. En effet, j'ai parfois pu noter que la cohérence du discours par rapport aux questions posées n'a pas toujours été évidente.

- Biais d'analyse et d'interprétation

Étant l'unique chercheur, il est évident que cette étude n'est pas exempte de subjectivité. Malgré la rigueur à laquelle je me suis astreinte dans l'exploration du contenu verbal, avec un travail de relectures nombreuses, d'aller-retours récurrents entre les entretiens retranscrits, la description analytique et les tableaux, il est certain

que les résultats proposés et les hypothèses extraites pourraient être confrontés à d'autres modes de pensées, à des opinions différentes.

1.2. Quels moyens mis en place pour limiter les biais d'interprétation

1.2.1. Assurer la qualité des données

1.2.1.1. Les données sont t-elles fiables ? Sont-elles biaisées par la relation chercheur-patients ?

Il s'agit de se questionner sur l'interaction entre le chercheur et le patient. Comment m'ont-ils perçue ? Etaient-ils méfiants ? M'ont-ils caché des informations ? Volontairement ? Ou du fait de leur pathologie ? Ainsi notre relation pouvait influencer les réponses. Il était alors pour moi important d'avoir une position neutre vis-à-vis d'eux. Je n'intervenais ni dans le suivi médical, ni dans les démarches pour l'obtention de papier...

En pratique, j'ai d'abord passé du temps en tant que simple observatrice afin de m'adapter, et faire partie du terrain. Ensuite, j'ai toujours été présentée par leur référent médical pour plus de clarté et de mise en confiance. Enfin, je leur ai remis une lettre de présentation de l'étude. L'ont-ils lu ? Cela reste incertain.

Pour finir, je me suis assurée au début de chaque entretien qu'ils avaient bien compris mon positionnement.

1.2.1.2. S'assurer de la validité factuelle d'une information

C'est la triangulation des données recueillies : c'est à dire multiplier les sources pour obtenir une confirmation des données ou de les préciser. Ainsi, j'ai repris les informations dans les dossiers médicaux afin de compléter les données.

1.2.1.3. Evaluer et pondérer les propositions avancées selon la « qualité » des matériaux recueillis

Certaines conditions et certains informateurs sont meilleurs que d'autres. Les données ne sont donc pas de la même qualité avec par exemple un entretien non enregistré, ou un entretien interrompu, mais aussi les nombreuses diversions ou troubles de compréhension: il s'agit de donner plus de poids aux données les meilleures.

1.2.2. Assurer un feed-back

Je n'ai pas pu revoir les patients rencontrés, principalement à cause du temps nécessaire, mais aussi à cause de la difficulté d'organiser des rencontres avec ces patients. Cela aurait pu infirmer ou confirmer les hypothèses à discuter, mais les différents discours recueillis apportent déjà beaucoup de matière il me semble, et il faut garder à l'esprit qu'il s'agit d'une réflexion, qui ne demande d'ailleurs qu'à être confrontée à d'autres réflexions, d'autres travaux, afin d'enrichir ce débat.

1.3. Ma qualité en tant qu'interviewer

En effet, il faut reconnaître que je manquais d'expérience à ce sujet, car certes nous apprenons lors de nos études certaines pistes dans le domaine de la communication avec le patient, mais guider un entretien, le rendre informatif et « rentable » en termes de contenu n'est pas acquis. Je me suis d'ailleurs rendu compte que je progressais au fur et à mesure des entretiens, que mes questions étaient plus pertinentes, que j'arrivais à mieux rediriger les nombreuses diversions, ou encore que j'apprenais à gérer les différentes émotions des patients qui pouvaient initialement me déstabiliser. Les éléments extérieurs pouvant perturber l'entretien, tels que la présence d'un tiers, les sonneries de téléphone, sont des imprévus qu'il faut considérer mais qui seront souvent présents lors d'une consultation de suivi, il ne s'agit donc pas de vouloir les maîtriser à tout prix, mais plutôt d'apprendre à s'adapter. Par ailleurs d'une manière générale, les entretiens se sont bien déroulés, en dehors d'Annie, je n'ai pas ressenti de méfiance particulière, je les ai sentis à l'aise avec moi, malgré le contexte.

Les différents axes de réflexion que mon travail a pu soulever sont développés dans la discussion suivante.

2. DISCUSSION SUR LA CLINIQUE

2.1. Le traumatisme

Le traumatisme vécu par les patients est en fait un triple traumatisme, puisqu'il s'agit d'un vécu pré-migratoire, puis du vécu migratoire, et enfin du vécu post migratoire.

2.1.1. Le traumatisme pré-migratoire

Les entretiens fournissent de nombreuses informations quant à ce traumatisme. Ils sont nombreux à faire part de tortures, de violences physiques dont certains rapportent les cicatrices. Tous les patients ont vécu des violences extrêmes, ils ont été confrontés à la possibilité de la mort. Ainsi ils ont vécu une expérience qui a fait irruption dans leur psychisme entraînant une rupture dans le fonctionnement mental.

Ce traumatisme est singulier : tout d'abord l'intentionnalité de la violence souvent extrême, fait apercevoir à la victime la possible monstruosité de l'humain. Les valeurs fondamentales et les croyances sont alors remises en causes^{42,43}. Ils peuvent alors considérer comme potentiellement inhumain l'autre quel qu'il soit, ce qui nourrit le sentiment de peur d'autrui, altère les relations vers l'extérieur.

Ensuite, le traumatisme entre souvent dans le cadre de ce que C. Rousseau appelle les violences organisées intentionnelles⁵¹, traduisant la volonté d'un groupe d'en détruire un autre en raisons de ses propres caractéristiques (ethnie, religion...), le fondement identitaire est alors altéré⁴³.

Enfin, concernant ce traumatisme, il faut aussi considérer la dimension transculturelle : dans nos sociétés, l'individu est une entité autonome, individualisée, alors que dans de nombreuses cultures, *le self* est en interaction permanente avec l'environnement, il existe parce que le clan existe, la communauté, la lignée, sont au premier plan. Ainsi, ces actes de violences ne constituent pas seulement une atteinte de l'individu, mais c'est une souillure de la lignée et du groupe⁴³.

C'est pourquoi les troubles observés se rapportent à ce que l'on a appelé le PTSD complexe. Ce syndrome rend compte de la massivité de l'atteinte identitaire, de la symptomatologie riche, du profond bouleversement du sens, des croyances, des valeurs, qui laissent le patient dans la solitude et un profond désarroi.

Enfin, il faut noter que les patients doivent par ailleurs souvent faire de nombreux deuils en rapport avec le traumatisme.

Deux entités à part, fréquente chez les demandeurs d'asile :

- La torture

D'après différentes sources (Centre Primo Lévi, Comede...) ce serait 125 000 personnes en France qui seraient concernées sur les dix dernières années.

Comme nous pouvons le constater d'après mes entretiens, beaucoup de patients vus ont été victimes de tortures.

Or la torture a certaines spécificités: C'est l'expérience de la cruauté, de la monstruosité et donc une altération profonde des principes fondamentaux sur lesquels nous nous construisons. Il y a une volonté de destruction physique infligée par un être humain (définition de l'OMS depuis 1975). Par ailleurs, il faut noter que la torture ne se limite pas seulement aux actes physiques, puisqu'il y a la torture psychique, et elle perdure bien après avec les séquelles des sévices subis. (définition ONU : *“ tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne ”*).

Par ailleurs, en plus des critères A décrits dans le DSM IV (peur de mourir, sentiments d'horreur...), il y a la notion de l'isolement, de l'enfermement, de privation de contact, et souvent d'humiliation. La torture peut être alors considérée comme un *“ processus systématique de destruction de l'intégrité psychique, sociale et relationnelle ”*, il s'agit de museler l'autre, de le faire taire.^{52,53} Ainsi, « la torture fait taire » ce qui ajoute une particularité dans le soin. L'approche du patient et la construction d'une relation thérapeutique peuvent être plus complexes du fait par exemple du rapprochement possible par le patient d'un entretien médical ou infirmier individuel et d'une sensation d'interrogatoire et de soumission...³⁸.

Enfin, on retrouve une perte de la dignité humaine pour le patient, mais aussi un sentiment de honte, favorisant le silence avec de grandes difficultés pour ces patients de parler de leurs souffrances (seulement 1 patient en témoigne). Il existe aussi souvent une culpabilité, tout d'abord d'avoir survécu, mais aussi d'avoir dû fuir ou de ne pas avoir pu défendre sa famille.

La reconnaissance de cette souffrance est alors essentielle pour pouvoir prendre soin. C'est une rupture profonde dans l'histoire des patients, qui entraîne une souffrance physique et psychique qui perdure.

- Le viol

Il est devenu de nos jours une arme de guerre utilisée contre les civils, en particulier dans certains pays en guerre⁴³. Il existe certaines spécificités concernant ce vécu et les conséquences traumatiques.

Les effets du viol ont des conséquences qui vont au delà de l'effroi⁴³. Il s'agit d'une violence extrême qui touche l'être humain dans sa dignité, là encore, les tabous fondamentaux sont brisés. Le viol entraîne donc aussi des modifications des croyances fondamentales.

Le viol est le plus souvent tenu secret par honte, déni, ou par les troubles de la mémoire, ce qui rend la prise en charge plus compliquée.

Sur le plan clinique, la symptomatologie retrouvée correspond à l'ESPT complexe. D'ailleurs, comme nous l'avons vu, la somatisation est très fréquente, chez ces femmes, on retrouve alors souvent des algies pelviennes récidivantes⁵⁴.

Le viol est très difficilement abordé par les patientes, or il faut souligner que les nombreuses démarches administratives nécessaires à leur prise en charge (OFPRA...) nécessitent la narration du traumatisme. Ce récit leur est souvent impossible du fait de la honte, du déni, ou des troubles de la mémoire, elles sont alors déboutées du droit d'asile. Leur parcours est ainsi d'autant plus incertain et aléatoire.

2.1.2. Le traumatisme migratoire

L'expérience de l'exil est aussi pourvoyeuse de troubles psychotraumatiques. La fuite sans possibilité de retour, la perte des repères culturels, la séparation souvent brutale avec la famille, mais aussi l'insécurité du départ et les nombreux obstacles liés au parcours, sont autant de traumatismes qui s'ajoutent à celui déjà vécu.

La migration implique des renoncements, des deuils parfois inacceptables, (proche, groupe d'appartenance, situation sociale antérieure...). De plus, l'exil est la conséquence d'une désorganisation de la communauté dans le pays d'origine, souvent sous une forme de violence et de barbarie. La décision d'exil prend donc ses racines dans une expérience et un vécu violent et traumatique.

Enfin, le sujet sait ce qu'il perd, en revanche l'avenir reste tout à fait incertain avec l'absence de projet défini au préalable.

La migration implique alors un douloureux travail psychique et peut être à l'origine de troubles de l'adaptation.

Le patient arrive donc sur notre territoire dans une situation de vulnérabilité extrême, et les capacités psychiques sont déjà souvent dépassées pour se protéger de situations normalement invivables⁵⁵.

La notion de contenant culturel avec T. Nathan (professeur de psychologie clinique à l'université de Paris 8. Il fonde en 1993 le Centre Georges Devereux, centre universitaire d'aide psychologique aux familles migrantes, au sein de l'université Paris 8.) :

T. Nathan pose la question sur les interactions réciproques entre le « dehors » : culture au sens anthropologique du terme, et le « dedans » : fonctionnement psychique propre de l'individu.

Dans ses travaux, il apporte la notion de cadre culturel comme contenant.

La culture a une fonction contenant du psychisme (qui est le contenu).

De là, né le concept de migration et traumatisme de vie : c'est-à-dire que la migration va être traumatique car il y a la rupture de l'enveloppe culturelle, du contenant culturel du psychisme. Toute migration est donc traumatique parce qu'elle rompt l'homologie entre cadre culturel externe et cadre culturel interne intériorisé.

Ainsi, il considère la culture comme un système de clôture pour permettre une structure psychique. D'où la nécessité de reconstituer une « clôture » pour se reconstituer psychiquement.

Comment demeurer le même alors que les structures qui nous portent et que l'on habite, varient, sont remplacées par d'autres ? Une métamorphose du « dedans » est donc nécessaire dans la cadre de l'adaptation au « dehors »⁵⁶.

2.1.3. Le traumatisme post migratoire

Nombreux sont les patients qui font allusion à leur précarité en France. Ils sont dans une situation de vulnérabilité mais aussi de grande dépendance : où dormir, comment manger..., et sur un territoire dont ils ne maîtrisent ni la langue, ni les codes. Ils racontent bien comme leur situation en France peut être source d'angoisse, de ruminations, et les laisse dans un sentiment d'insécurité permanente, qui va alors entrer en résonance avec le sentiment d'insécurité interne déjà existant. C'est encore une nouvelle forme de violence qui se surajoute aux violences déjà vécues.

Par ailleurs, c'est une dure réalité qu'il découvre avec la perte d'un idéal : un parcours éprouvant à mener dans un contexte où les politiques migratoires contraignantes les forcent sans cesse à prouver qu'ils ne sont ni fraudeurs, ni criminels, et ils sont confrontés au déni de leur vécu traumatique par le pays d'accueil. De plus, il y a une opinion publique souvent hostile, avec un racisme réel, ce qui les isole toujours un peu plus.

Ce sont des patients qui évoluent dans une grande solitude, dans un contexte de deuil de la vie antérieure avec la perte de leurs repères. On imagine bien alors comme il peut être difficile de s'adapter à une nouvelle culture. Ces différents facteurs vont être là encore à intégrer dans l'évolution de leur santé mentale.

2.2. Les symptômes cliniques

Au vu des différents entretiens, on observe que la présentation clinique est complexe, et que seul le DSM IV ne résume pas l'ensemble des symptômes traduisant la souffrance psychique de ces patients. C'est une présentation polymorphe et je retrouve dans les différents témoignages des critères d'autres classifications.

Ainsi, les trois classifications qui paraissent les plus appropriées aux symptômes présentés seraient :

Le Syndrome Psycho-Traumatique, avec le syndrome de reviviscence qui est très marqué par l'ensemble des patients, les troubles non spécifiques avec en particulier la présence d'une part d'un syndrome dépressif notable, mais d'autre part d'un syndrome anxieux, de la somatisation, mais aussi des troubles du comportement. Par ailleurs, on retrouve la notion de triple blocage de la fonction du moi qui peut être illustré par le sentiment constant de menace et de méfiance avec la peur (incapacité à distinguer les stimuli dangereux de ceux qui sont anodins), puis l'aboulie, l'anhédonie et l'impression d'avenir bouché correspondant au blocage de la fonction de présence, et enfin le blocage de la fonction d'amour avec un sentiment de distance avec l'extérieur, et l'incapacité à créer des relations avec autrui, le repli sur soi et l'isolement.

Ces éléments font aussi écho à ce que la CIM 10 décrit comme modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (une attitude méfiante et hostile

envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de perte d'espoir, un sentiment de menace et d'insécurité permanent, impression d'être constamment menacé et le détachement.^{27,38})

Enfin, de nombreux items comme les troubles de la mémoire, certains épisodes dissociatifs, ou encore la somatisation, mais aussi l'irritabilité et les comportements auto et hétéro agressifs, le sentiment de honte ou de culpabilité, rappellent ce que l'on a nommé le DESNOS (cf première partie). Cette nouvelle entité clinique semble être la plus appropriée pour décrire la souffrance psychique des demandeurs d'asile ayant subi des situations extrêmes^{27,38,41} : Ainsi, les troubles de l'humeur sont très présents avec une grande tristesse et des idées suicidaires fréquentes correspondant à l'altération du système des sens. On retrouve l'altération du système dans la régulation de l'état affectif, avec une irritabilité, des accès de colère..., une altération de l'état de conscience avec des états dissociatifs récurrents entraînant des troubles du comportement, mais aussi de nombreux troubles de la mémoire. De même, ils sont nombreux à évoquer un sentiment de rupture avec l'état antérieur, ce qui rappelle la modification chronique du caractère, je vous renvoie ici à l'explication psychopathologique à ce sujet (conséquence de l'incrustation dans l'appareil psychique d'une image de la mort). On retrouve la honte et la culpabilité comme éléments de l'altération de la perception de soi avec l'impression d'avoir un fonctionnement définitivement modifié. La relation aux autres est aussi altérée puisqu'on voit bien comme il leur est difficile de faire confiance, de créer des liens. Enfin, les troubles somatiques sont particulièrement marqués, souvent d'ailleurs au premier plan.

En reprenant les entretiens, on constate donc qu'il existe une diversité de présentation des troubles, le DSM IV ne serait alors pas la classification la plus appropriée.

2.3. Impact de ce tableau clinique sur la qualité de vie et l'intégration

On retrouve tout d'abord un isolement important. Il y a certes les conditions socio-économiques et la migration en elle-même, qui les éloignent de leurs proches, mais les symptômes des troubles psycho-traumatiques vont favoriser cette grande solitude :

le syndrome d'évitement avec émoussement de la personnalité éloigne petit à petit, ils se sentent absent dans la relation à l'autre. Cela rappelle d'ailleurs ce qu'O.Fénichel décrivait comme le blocage de la fonction de présence avec une distance permanente entre le patient et l'extérieur, le sujet se sent loin du monde⁵⁷.

Je rappelle que la CIM 10 parle alors d'anesthésie psychique avec émoussement émotionnel.

Par ailleurs, concernant la modification profonde de la personnalité qu'évoque d'une part le PTSD complexe, ou la CIM 10, on retient une attitude méfiante et hostile envers le monde, un retrait social avec un repli sur soi majeur. Ce que l'on observe pour les différents patients, puisqu'ils rapportent souvent ce sentiment de méfiance.

Ainsi, les différents discours montrent combien la peur d'autrui est présente, on perçoit bien comment cette peur les handicape puisqu'ils vont s'enfermer chez eux, fuir les contacts, avoir une méfiance pour tout ce qui les entoure....

Ils sont nombreux à se plaindre de cette grande solitude, qui les enferme un peu plus tous les jours.

Ensuite, ils se plaignent d'une irritabilité importante, avec une nervosité permanente. Cet état a un impact sur leur relation sociale et familiale. Ainsi l'irritabilité est perçue au quotidien par l'entourage, le fonctionnement familial est alors perturbé, de même que les relations avec l'extérieur, pourtant indispensables à une bonne intégration.

Concernant l'altération du fonctionnement social, on retrouve la problématique des troubles du comportement. D'une part liés à l'hyperactivation neurovégétative, mais aussi secondaires aux différentes pensées envahissantes pouvant entraîner des situations de détresse avec réactions physiologiques. Les différents flashes ou reviviscences peuvent donner lieu à des agitations qu'ils ne maîtrisent pas toujours. Ces troubles sont alors apportés par leur entourage, et l'on imagine bien comme les relations peuvent être compliquées du fait de ces différents troubles.

Ensuite, on retrouve l'anhédonie et l'aboulie, or ces symptômes sont décrits comme un handicap pour assurer le quotidien. Il leur est alors difficile de prendre soin de leur famille, mais aussi tout simplement de se nourrir, de s'occuper de leur logement... Tout leur paraît insurmontable, ce qui les conforte un peu plus dans le sentiment d'avenir bouché, nourrissant un certain désespoir.

Quant aux difficultés dans le monde professionnel, elles sont bien présentes puisque là encore ils sont plusieurs à rapporter le handicap lié à leur comportement ou bizarrerie. Mais aussi, la grande fatigue ressentie entraîne une difficulté à travailler et à assumer les différentes responsabilités. Pourtant ils ont besoin de ce travail, d'une part sur le plan financier, mais aussi, ils rapportent la notion d'utilité. Ils se sentent exister à travers le travail, en particulier pour les hommes pour qui le statut professionnel et social leur donne une valeur en tant qu'homme dans la société. Ils se retrouvent privés de cette reconnaissance du fait de leur difficulté à assumer un travail.

Le travail leur permet aussi de s'évader sur le plan psychique, de ne pas être en permanence avec leurs pensées envahissantes, l'inactivité les enferme dans leurs troubles et participe à l'aggravation des symptômes en particulier dépressif. C'est par ailleurs un enfermement supplémentaire, le travail permet une vie sociale, un échange avec l'extérieur dont ils sont privés.

Enfin, les expériences de honte ou de culpabilité vont souvent les conduire à taire le traumatisme. De même les troubles mnésiques vont les empêcher de témoigner de ce vécu. Or, ces témoignages vont être indispensables pour les différentes démarches devant l'OFPPRA ou la CNDA. L'évocation du traumatisme pouvant être impossible, les demandes de droit sont alors incompréhensibles, et ils doivent faire face à un refus de protection. D'ailleurs on peut se demander si les patients les plus gravement traumatisés, évitant le sujet des violences, presque mutiques, présentant des difficultés mnésiques et de la cohérence temporelle, ceux qui ont subi les pires mutilations psychiques ne sont pas ceux qui ont le moins de chance de « réussir » leur entretien à l'Ofpra...⁴¹.

On peut aussi noter que les troubles du sommeil permanents vont entraîner une fatigue qui va se ressentir au quotidien, compliquant l'ensemble des démarches et activités. Cette fatigue favorise l'aboulie, l'irritabilité, et présente un obstacle supplémentaire pour trouver la force de s'intégrer.

2.4. Facteurs favorisants et aggravants

En reprenant la littérature, j'ai relevé de nombreux facteurs favorisant l'apparition de troubles psycho-traumatiques.

Les différents entretiens nous montrent que les demandeurs d'asile sont concernés par un grand nombre de ces facteurs. D'ailleurs, je reprends ici le concept de stress multiples décrit dans le Syndrome d'Ulysse : C'est en particulier ce triple traumatisme, que je ne détaille pas à nouveau dans son ensemble, j'en ai déjà parlé.

Mais précisons tout de même certains points : la fréquence du développement d'un ESPT après une exposition traumatique est influencée par la nature même du trauma : La violence donnée intentionnellement par un autre être humain ³⁸ est classiquement considérée comme plus traumatique, ainsi la torture occupe une place importante dans les causes d'apparitions des troubles. Citons aussi que la présence de blessures séquellaires du traumatisme serait aussi un facteur favorisant surtout lorsqu'il s'agit de brûlure. Enfin, le viol et les agressions sexuelles sont le traumatisme le plus souvent associé avec le développement ultérieur d'un ESPT dont la gravité est souvent majorée ^{6,39}.

Le vécu post migratoire est aussi pourvoyeur de troubles du fait des nombreuses difficultés auxquelles ils doivent faire face. Par exemple, le bas niveau socio-économique est un facteur de risque reconnu⁶.

Mais aussi généralement, les exilés avaient un travail dans leur pays, étaient impliqués dans leur communauté et faisaient vivre leur famille. L'interdiction de travailler les place dans une situation de dépendance vis-à-vis de l'État d'accueil. De soutiens de famille autonomes dans leur pays, ils deviennent dépendants, perdent l'estime d'eux-mêmes et craignent de perdre celle de leurs proches. Les gens n'existent plus qu'à travers leurs maladies puisque c'est le seul espace social qui leur est accordé.

Ainsi, l'isolement, l'inactivité contrainte, le sentiment d'inutilité et la perte d'estime de soi sont de réels facteurs de risque en matière de santé mentale ¹².

Dans ce triple traumatisme, il faut noter aussi l'absence de soutien social : c'est à dire l'entourage familial et social proche, mais aussi le soutien que le patient peut recevoir des soignants ou encore l'aide financière éventuelle. Cette absence de soutien est un élément important, d'une part comme facteur favorisant l'émergence d'un trouble,

mais d'autre part pour l'évolution du trouble ^{6,39}. Or là encore, cet élément est bien défectueux pour ces patients qui ont vécu une rupture familiale, un éloignement géographique d'avec leur réseau social, et qui sont dans de grandes difficultés à se reconstituer un entourage soutenant, puisque comme nous l'avons vu ils souffrent d'une grande solitude, de part leur exil et de part la nature des symptômes psychiatriques. Ainsi, 38 % des patients suivis au Comede en 2011 déclaraient n'avoir personne sur qui compter ou avec qui partager leurs émotions⁵⁸.

Par ailleurs, on considère que le soutien qui peut être apporté lors de la phase post immédiate du traumatisme, avec par exemple l'importance du débriefing psychologique immédiat (c'est le concept d'abréaction cathartique), où la réévacuation du traumatisme, permet d'aider à maîtriser les réactions liées. Or il est bien sûr inexistant pour ces patients.

De plus, l'absence de soutien peut être vécue comme un rejet avec un vécu abandonnique qui peut être considéré comme un autre traumatisme, facteur de repli et de chronicisation des troubles.

Enfin, le soutien social, la mobilisation de la famille, c'est ce qui va permettre au patient de trouver le courage pour lutter, c'est donc un élément déterminant pour le pronostic.

Lors d'un voyage à Bamako, j'ai eu l'occasion de rencontrer le Dr Traoré, médecin psychiatre à l'hôpital du point G. Il m'explique l'importance de la famille pour les migrants d'origine africaine : c'est souvent la famille qui va conduire le patient vers les soins, mais aussi, c'est la famille qui favorise une bonne observance : « *Même si le patient n'est pas du tout d'accord avec le traitement, si la famille est d'accord, on peut mettre des choses en place. Mais si la famille n'est pas prête au traitement conventionnel, alors ça ne marche pas.* ». Ensuite c'est un relais à l'équipe soignante à domicile, qui permet une certaine continuité des soins. Enfin d'un point de vue traditionnel, la famille permet l'intégration, puisqu'un patient entouré de sa famille sera considéré, alors qu'un patient seul attirera la méfiance : « *Pour garder une intégration au village, il faut qu'il y ait le soutien de la famille* ». « *Quelqu'un de seul, il sera exclu, ça c'est vrai.* » « *La famille est capitale pour l'intégration* ». L'isolement peut donc être très mal vécu par ces patients, il y aura alors souvent de la honte, de la culpabilité pour le patient, ce qui participe au mal-être du fait du poids de la tradition. C'est un facteur de vulnérabilité supplémentaire. On retrouve en effet

cette notion dans certains discours où le fait d'être seul, sans famille est mal assumé de la part des patients et participe à leur souffrance.

Enfin, autre stress, le temps de la demande d'asile est marqué par l'attente angoissante des moments où il faut témoigner à l'Ofpra et à la CNDA. La décision qui viendra valider ou invalider ce témoignage constitue un enjeu psychique important⁵⁹. Les nombreuses ruminations anxieuses liées à ce parcours administratif, sont alors un facteur supplémentaire aggravant les troubles.

On voit donc comment ce triple traumatisme peut être l'occasion de développer des troubles psycho-traumatiques, et comme cette population est particulièrement concernée puisqu'elle cumule de nombreux facteurs aggravants (Etat de stress chronique aux traumatismes multiples).

2.5. Les bénéfices de la prise en charge

Les différents témoignages rapportent plusieurs éléments sur les bénéfices de la prise en charge :

Même si cela reste une notion assez floue, les patients estiment presque tous que le suivi leur fait du bien. Il y a donc pour eux un avant et un après le début des soins. Ils se sentent mieux, sont moins en souffrance sur le plan moral. À travers cet item, on comprend alors que la vie est alors plus acceptable. D'ailleurs cela se traduit par une nette amélioration pour six d'entre eux des idées suicidaires. Cet élément est à considérer, car comment se réinvestir dans un nouveau pays, comment trouver l'énergie nécessaire à la construction progressive d'un avenir en France lorsque l'on est envahi par les idées noires ? Certains traduisent cette notion en précisant que le suivi redonne de l'espoir et du courage. Ainsi, on modifie ici l'impression d'avenir bouché et de désespoir, empêchant toute projection dans l'avenir. Les patients retrouvent alors la volonté de lutter et de vaincre les nombreux obstacles à leur insertion.

L'amélioration au quotidien est manifeste puisque six patients m'expliquent qu'ils refont certaines choses de la vie courante. De nouveau, ils retrouvent la force de participer aux choses élémentaires qui font le quotidien, ce qui paraît être une

condition à une intégration débutante. En effet comment s'intégrer si l'on ne parvient plus à assumer les tâches élémentaires ?

Ils rapportent aussi une évolution favorable sur le plan de la communication. On imagine comme cela peut avoir des conséquences directes sur le plan de l'intégration. D'une part, ils s'ouvrent à nouveau vers le monde extérieur, peuvent échanger avec autrui, et ainsi se recréer un réseau social. C'est un élément déterminant d'une intégration qui se veut réussie. D'autre part, pouvoir partager le vécu traumatique est une condition nécessaire à la régularisation de leurs papiers puisqu'on leur demande de témoigner de ce vécu lors des différentes démarches.

Enfin, dans le soin en lui-même, la prise en charge étant essentiellement basée sur l'échange, l'amélioration de la communication est un facteur pronostic favorable et encourageant.

Ensuite, la reconnaissance du trouble permet pour plusieurs patients l'ouverture de droit, et donc la possibilité de rester en France ou de pouvoir bénéficier de l'« AME d'urgence ». C'est alors un facteur direct d'intégration.

Il faut aussi réfléchir à cette reconnaissance comme un élément fondamental pour redonner une identité au patient. Ainsi, en obtenant des papiers, le migrant peut à nouveau se sentir dans un groupe d'appartenance. Il n'est plus isolé, il n'est plus caché. Il a de nouveau le droit d'exister en tant que personne.

La rédaction de certificat médical descriptif des troubles psychiques constatés permet alors d'asseoir la reconnaissance de la souffrance du patient.

Concernant l'évolution de certains symptômes, on retrouve en premier lieu l'amélioration du sommeil. On peut alors penser que l'état de fatigue étant moins important, c'est une chance supplémentaire pour le patient de retrouver l'énergie nécessaire à sa reconstruction.

La diminution des pensées envahissantes va permettre à nos patients d'être plus présents, de pouvoir se concentrer et mémoriser plus facilement. Par exemple, comment apprendre une nouvelle langue si le psychique est en permanence envahi par les ruminations anxieuses ? Comment renouer des liens lorsqu'on est enfermé dans ses pensées, entraînant un repli sur soi ? Il y a alors plus de place pour des pensées

constructives, et pour se recréer des repères. Le contenu psychique va pouvoir se reconstruire après la fracture interne qu'a entraînée le trauma.

L'amélioration des troubles de la concentration va avoir des conséquences sur l'intégration pour les mêmes raisons. Ils seront aussi facilités dans les différentes démarches administratives qui vont leur paraître moins obscures et insurmontables. Dans ce registre, la diminution des troubles de la mémoire leur permettra aussi de pouvoir mieux raconter leur vécu lors des différents entretiens nécessaires à l'évolution de leur statut.

Le syndrome dépressif est moins important pour plusieurs d'entre eux. Les symptômes tels que l'aboulie, l'anhédonie vont alors être moins handicapant, afin de « ré-apparaître » petit à petit, pour poursuivre dans la voie de l'intégration qui nécessite beaucoup d'énergie et de volonté. Comme on l'a vu, ils retrouvent un certain espoir, qui peut être un moteur face à l'adversité de leur nouvelle vie.

Enfin, le syndrome d'hyperactivation neuro végétative est moins fort avec par exemple l'amélioration de l'irritabilité et des éventuels accès de colère. Leur vie familiale et sociale est alors préservée et ils peuvent retrouver un certain équilibre sur lequel ils peuvent s'appuyer. Comme on l'a vu le soutien social est indispensable et peut être un élément soutenant, pour améliorer la qualité des relations de ces patients.

2.6. Quelles difficultés de prise en charge ?

2.6.1. Liées aux caractéristiques même de cette population

Tout d'abord, c'est une population précaire et souvent cachée. Ainsi, le dépistage d'une population invisible devient complexe. D'où l'intérêt d'être sensibilisé aux troubles afin de pouvoir les dépister à l'occasion d'une sollicitation de leur part. C'est d'ailleurs souvent de façon indirecte que les patients sont dirigés vers les soins psychiatriques. L'intégration des spécificités des exilés victimes de torture et de violences politiques dans la formation initiale et continue des professionnels est d'ailleurs recommandé dans le livre blanc du centre Primo-Lévi sur la santé des victimes de tortures.¹²

Ensuite, l'accès à la protection maladie est indispensable pour ces patients si précaires. Or les délais d'attente pour l'obtention de l'AME ou de la CMU implique parfois des retards de traitement, voir une rupture des soins.

Une autre cause d'altération des soins dans leur continuité va être la précarité sociale et administrative, qui va conduire à des ruptures de vie ou d'hébergement caractéristiques de cette population "nomade" et instable, entraînant un parcours de soins parfois aléatoire et incompatible avec une prise en charge de secteur territorialisée. D'où la nécessité des structures telles que les équipes mobiles de psychiatrie et précarité.

De plus, ils sont très dépendants des réponses administratives, puisqu'un patient qui se verra refuser le droit d'asile par l'OFPRA ne pourra alors plus bénéficier des aides mises en place par les CADA (le temps d'interprétariat...), ni de ressources financières, ce qui met en général fin à des soins de continuité.

2.6.2. Manque de moyens et de temps

Le temps est indispensable pour ces consultations. D'une part lié la barrière linguistique, d'autre part lié la difficulté psychologique à aborder les questions douloureuses, mais il faut aussi prendre en compte la différence culturelle. Ce sont des éléments qui expliquent la nécessité de dégager un temps certain pour instaurer une relation de confiance. Prendre soin nécessite une disponibilité en temps et en écoute considérable.

Or, il y a un réel manque de temps de la part des différents acteurs de soins, comme le souligne le Dr M. WLUCKZA Médecin-chef du service de santé publique et d'assistance médicale de l'Anaem en 2005¹².

Aussi j'ai pu l'expérimenter lors de mes entretiens, il est parfois difficile de canaliser le discours, il s'agit fréquemment de reformuler du fait de la barrière de la langue... Ce sont donc des consultations très chronophages, dans un contexte de soin qui s'inscrit nécessairement dans la durée.

2.6.3. Un diagnostic difficile

Comme nous avons pu le voir en reprenant la littérature, mais aussi à travers les différents entretiens, la présentation clinique est souvent polymorphe. Les symptômes caractéristiques des ESPT peuvent manquer.

La somatisation peut être au premier plan ou être le seul motif de consultation et entraîner un retard diagnostique. Par exemple Annie n'évoque que des symptômes somatiques, ou encore Rogerio qui ne se plaint initialement que de maux de tête.

Ainsi les chercheurs de SAMDARRA (Santé Mentale, Demandeur d'asile et Réfugiés en Rhône-Alpes) constataient que "les soins somatiques sont massivement sollicités... il faut souvent plusieurs mois avant que l'hypothèse d'une problématique psychique soit évoquée."¹⁸.

Cette somatisation fait alors se questionner sur la place que fait cette population à la souffrance psychique. D'une part, cette souffrance existe-t-elle ? Et d'autre part quels sont les moyens de l'exprimer ? Il peut parfois être compliqué face à un demandeur d'asile en souffrance de faire accepter l'idée que l'origine des troubles puisse être psychique. Il s'agit alors pour nous soignant, d'y être sensibilisé pour y penser face à ces plaintes complexes devant lesquelles nous restons impuissants, et ainsi orienter le patient vers un nouvel axe de soin qui pourrait le soulager de ces symptômes.

C'est parfois le sentiment d'un changement de personnalité qui va amener le patient à témoigner de sa souffrance. Il faut pouvoir alors entendre ces différents éléments qui peuvent être déroutants pour le soignant. En effet, il leur est difficile de consulter pour cette raison, puisque la plupart restent impuissants face à ce changement et n'imaginent pas qu'il puisse être le symptôme d'une pathologie qui nécessite des soins.

Par ailleurs, le déni et la dissociation, qui peuvent être un moyen de défense psychologique contre le traumatisme psychique, peuvent conduire le patient à taire sa souffrance, rendant le dépistage plus complexe. La dissociation peut aussi aboutir à des erreurs diagnostiques avec une prise en charge initiale de psychose alors qu'elle peut être un symptôme du DESNOS.

Il s'agit donc d'être sensibilisé d'une part à l'existence de cette souffrance et d'autre part aux différentes façon de l'exprimer. Cet un enjeu important puisque c'est grâce à ce dépistage et cette reconnaissance que les médecins de premiers recours pourront alors orienter les patients vers des soins adaptés.

La difficulté diagnostique est aussi liée à l'absence de conscience de leurs troubles. C'est bien sûr un facteur de sous-reconnaissance.

Le tableau VIII nous montre qu'ils ont majoritairement ressenti un changement dans leur personnalité, mais qu'ils le considéraient bien souvent comme "normal", c'est alors souvent les remarques de l'entourage qui conduisent à la consultation.

D'ailleurs, comme me l'expliquait le Dr Traoré (médecin psychiatre, Bamako), l'entourage dans le domaine psychiatrique est souvent à l'origine des consultations. Il est rare que les patients consultent spontanément. C'est une altération de l'équilibre familial liée aux modifications observées qui vont alerter la famille et convaincre le patient d'aller vers les soins.

Or les demandeurs d'asile sont souvent seuls et isolés. Les soignants de premiers recours ont alors toute leur place dans le dépistage, il s'agit d'être vigilant à l'apparition de troubles afin de pouvoir alerter et permettre une prise en charge.

Ces constats sont aussi fait par des médecins suisses¹⁸ : *“ La souffrance, qui bien souvent n'a jamais été partagée, la personne voulant oublier l'horreur et l'entourage ne voulant pas l'entendre, poursuit la victime des années au travers des cauchemars, d'insomnies, des flash-back, des reactions d'angoisse. Tôt ou tard elle va s'exprimer par des symptômes peu spécifiques qui amènent la personne à voir un médecin. Rarement la plainte d'appel suggère l'origine traumatique. Masqué par le patient, occulté par le médecin, le traumatisme causal passe souvent inaperçu. Or le médecin se trouve dans une position clé pour rompre ce cercle vicieux.”*

Nous pouvons conforter cette notion grâce au tableau montrant le parcours de soin: aucun n'est venu spontanément, et c'est souvent des médecins somaticiens de premier recours ou l'entourage (famille, travailleurs sociaux...) qui ont orienté les patients.

Ce qui amène certains à dénoncer le manque de formation des médecins de premiers recours : « *Les probabilités pour qu'un praticien puisse être ou ait été confronté à un ensemble de pathologies qui relèvent des suites de torture sont importantes, et malgré cela, rien, dans les études médicales, n'y fait ne serait-ce qu'une allusion* », Dr Hélène Jaffé et le Pr Lionel Fournier¹² .

Il y a donc souvent une sous-évaluation des troubles psycho-traumatiques parce que difficilement exprimables pour les uns et difficilement repérables pour les autres.

2.6.4. L'importance des croyances

A travers les entretiens réalisés, nous pouvons constater que plusieurs patients attribuaient leurs troubles à certaines croyances religieuses ou traditionnelles.

Il me semble donc important d'en discuter car occulter cette particularité, c'est compromettre toute la relation de confiance et de partage entre le soignant et le patient. Comment pouvons-nous aider ces sujets si nous ne les comprenons pas ?

Je voudrais ici, en m'appuyant sur les entretiens et le témoignage du Dr Traoré montrer cette dimension indispensable à considérer.

Ainsi, ils sont sept patients à m'avoir explicitement fait part de la possibilité d'intervention d'ordre mystique dans leurs troubles. Certains comme Abdoulaye font allusion à l'importance de la religion, car il lui semble qu'il a péché, qu'il a trahi sa religion, et que par conséquent il doit être puni. D'autres me parlent timidement de l'intervention du "magique", de la sorcellerie, ainsi, Moussa a d'abord fait appel à un "médecin traditionnel" pour se soigner, tout comme Rebecca.

Or cela fait écho au discours du psychiatre malien que j'ai rencontré : Ainsi, il y a toujours une origine au mal, et particulièrement au trouble psychiatrique. Il s'agit toujours initialement d'une transgression, d'un "mauvais sort", d'un défaut de croyance... Les symptômes ne sont que les conséquences de cette magie noire. Ce qui amène à considérer la façon dont les patients considèrent la psychiatrie : La psychiatrie est "*comme un moyen de calmer les symptômes, mais pas pour soigner la cause, non pour guérir complètement la maladie* ». « *Soit il y a eu transgression, soit l'attaque des esprits ... on t'a jeté des mauvaises choses ... ce n'est pas la maladie psychiatrique. Elle ne reste que l'expression visible de la cause initiale.* »

Le Dr Traoré m'affirme donc que quelque soit l'origine sociale des patients, il y aura une part de « magie noire » dans l'explication de la maladie. Ainsi les patients vont d'abord se tourner vers les « tradithérapeutes » : *« On l'amène en psychiatrie pour calmer ses symptômes, et après quand ces symptômes là seront calmés, il faut retourner vers le tradithérapeute qui va conjurer le sort, qui va rétablir la relation avec les ascendants ou avec les aïeux, ou bien pour calmer les esprits. Et le psychiatre ne fait pas ça »* . *« On vient en psychiatrie pour les symptômes, et on repart ensuite chez le tradithérapeute pour soigner la cause. »*

C'est donc une difficulté supplémentaire pour nous, soignants occidentaux, pour les prendre en charge puisqu'il y aura dès le départ une vision différente de la nécessité des soins. Les patients ne feront pas appel aux médecins psychiatres spontanément, s'ils ne sont pas gênés au quotidien par des symptômes précis. La notion de mal-être, de modification de la personnalité, leur est alors accessible, mais trouve son origine dans le registre de la tradition culturelle.

« Et dans toutes les couches intellectuelles, même chez les intellectuels, la croyance est partout. Ce qu'il faut bien comprendre c'est la conception même de la maladie mentale chez nous, c'est qu'il y a toujours une cause. »

Ainsi, d'une part, il n'est pas naturel pour ces patients de consulter des soignants du domaine de la souffrance mentale, *« La croyance qui est là est la plus forte. Et très souvent il faut beaucoup de temps, beaucoup de tentatives qui n'aboutissent pas sur le plan traditionnel pour que finalement les gens essaient de voir avec la psychiatrie. »*, mais d'autre part le suivi peut être rapidement interrompu lorsqu'ils estiment que ces soins deviennent facultatifs par rapport aux soins traditionnels qui seuls à leurs yeux sont efficaces. *« Au tout début, quand il y a des troubles très agités, très aigus, on peut commencer par la psychiatrie. Mais on repart après vers le tradithérapeute »*.

2.6.5. Une attitude méfiante

Comme nous le voyons à travers les témoignages des patients, certains symptômes des troubles psycho-traumatiques vont être un frein à la prise en charge. En effet, le cas d'Inès est démonstratif en ce qui concerne le refus de soins lié à la méfiance. Elle reste hostile à toute prise en charge puisqu'elle est convaincue qu'on lui veut du mal. Il faut alors se donner du temps, et c'est au fur et à mesure des rencontres qu'elle pourra revoir son jugement et donc être plus compliante.

2.6.6. Le syndrome d'évitement

De même, ce syndrome va être un obstacle initialement, par exemple Annie, Marisa, ou encore Paul, ne peuvent évoquer ce qui est douloureux, il est alors difficile d'avoir accès au traumatisme, ou à leur souffrance psychique, le travail en profondeur sur le plan psychique ne peut se faire. C'est donc à nouveau une question de temps, il faudra être patient et rester à l'écoute de ces patients en souffrance pour pouvoir les aider.

2.6.7. La barrière linguistique

C'est une des grandes difficultés dans cette prise en charge. En effet, nous parlons de soins essentiellement basé sur l'échange. Il est important pour permettre une relation de confiance mutuelle, rétablir un lien entre le patient et l'extérieur, mais c'est aussi la base du suivi, puisque partager le vécu, partager la souffrance au quotidien est indispensable pour pouvoir aider ces sujets. C'est seulement en ayant accès à leur intimité, à leur vécu traumatique que nous pouvons faire évoluer le soin. Il s'agit aussi de les soutenir au quotidien dans leurs difficultés. Or cela passe nécessairement par la parole et le partage. Il faut donc prendre le temps d'écouter, de comprendre, de reformuler si besoin. Les interprètes sont alors en général nécessaires, ce qui peut être parfois contraignant.

Aussi, comme le souligne Arnaud Veisse (directeur du COMEDE), l'incapacité pour les migrants de pouvoir s'exprimer dans leur propre langue renforce la perte d'identité et l'estime de soi, dans un moment de leur vie où ils ont fortement besoin de relation et de reconnaissance.

En pratique, c'est souvent un membre de la famille qui aide au travail de traduction, du fait du manque de moyens et par simplicité. Mais ce n'est pas la solution optimale puisqu'il y a alors un manque de neutralité évident. Le patient partagera-t-il sincèrement son intimité si c'est un membre de sa famille qui traduit ? Quelle est la place de la censure ? Cependant, il faut considérer que les demandeurs d'asile en début de parcours se sentent étrangers à tout, l'entourage est alors rassurant, et il leur est parfois plus facile de participer à un entretien avec la présence de ce proche qui comprend, qui rassure, qui a parfois vécu les mêmes souffrances.

Aussi, l'interprète professionnel à toute sa place dans le soin en donnant un sens au discours, en le replaçant dans son contexte. Parce que pour traduire il faut

comprendre, et pour comprendre, comme dans chaque domaine il faut posséder les outils d'accès, la maturité nécessaire⁶⁰. Ainsi, l'interprète grâce à sa formation son expérience et la sensibilisation aux domaines sur lesquels il travaille peut être la meilleure personne pour traduire les mots et les maux des patients.

J'ai d'ailleurs pu constater ce travail avec l'entretien de Youssoup. L'interprète étant de même culture, elle comprenait certaine subtilité de langage et pouvait en dégager un sens, elle pouvait aussi m'aider à mieux me faire comprendre lorsque le patient ne voyait pas la finalité de mes questions.

Par ailleurs, permettre au patient de pouvoir s'exprimer par le biais de l'interprète dans un registre et une langue familière est aussi un premier pas essentiel vers la prise en compte de ces représentations⁶¹.

Pour le soignant, c'est un moyen d'éviter la simplification et de s'assurer de la compréhension par le patient de sa maladie et des traitements.

C'est la condition sine qua non à l'établissement d'une relation qui se veut thérapeutique en permettant une compréhension mutuelle et un réel échange.

Mais cette présence d'un tiers n'est pas sans conséquence. C'est une nouvelle relation qui s'installe, une relation à trois. Ce tiers dans une consultation de psychiatrie peut en déranger certains, pour qui l'entretien individuel serait la base de la prise en charge psychiatrique. Par ailleurs, on perd une certaine spontanéité, avec une communication non-verbale qui est alors bien moins exploitable.

De plus, c'est un élément qui peut être à l'origine d'un certain absentéisme, les patients ayant parfois des craintes à partager leurs souffrances avec un inconnu.

2.6.8. Difficultés d'observance

J'ai pu le constater moi même lors de multiples rendez-vous qui n'ont pas été honorés. Il me fallait souvent les recontacter avant l'entretien pour leur rappeler, et malgré cela, ils ont été nombreux à ne pas venir, ou annuler au dernier moment, prétextant souvent "être souffrant", ou alors qu'il leur était difficile de s'organiser pour venir.

Cet absentéisme est retrouvé au sein des différentes structures travaillant avec les demandeurs d'asile. Il peut être expliqué d'une part par la précarité sociale et administrative (Médecin du Monde retrouve que 98 % des patients vivent sous le

seuil de pauvreté⁵). On imagine bien alors que se rendre à des rendez-vous de consultations lorsqu'on habite loin d'un centre de soins peut être la première des difficultés par manque de moyens.

D'autre part, cet absentéisme peut être lié aux troubles psycho-traumatiques en lui-même qui entraîne des troubles de la mémoire et de la concentration.

De même il faut considérer le syndrome d'évitement : il leur est plus confortable de ne pas se confronter une nouvelle fois à ce qui est douloureux.

Enfin il arrive que les patients soient trop souffrants pour venir se présenter à la consultation. On imagine combien il peut leur être difficile de venir lorsqu'il souffre d'aboulie, qu'ils n'ont même plus l'énergie simplement pour vivre, ou encore lorsque sortir de chez eux est source d'angoisse.

2.7. La dimension transculturelle

Je vous renvoie à la première partie concernant la discussion sur la validité transculturelle de l'ESPT. Quelles sont les applications en pratique ?

Dans le soin, cette dimension est indispensable à considérer puisque les conceptions de chacun sur le trouble qu'il traverse et sur les stratégies à mettre en place pour y faire face sont structurées par des représentations complexes qui empruntent aux représentations culturelles, aux représentations médicales⁴¹.

En effet, la vision de la médecine, mais aussi celle du psychisme et de l'existence de celui-ci est bien différente selon les cultures. Certaines cultures vont dissocier totalement l'âme du corps par exemple, d'autres ne verront les symptômes qu'à travers le spectre de la sorcellerie. Il est donc indispensable d'avoir notion de ces différences pour prendre soin de l'autre, l'approche thérapeutique ne peut pas se faire sans cette démarche de compréhension.

Les représentations culturelles vont conditionner la manière dont les symptômes vont être vécus par le patient et par ses proches, le degré de gravité qui leur est conféré, l'attente par rapport aux soins et les possibilités d'alliance thérapeutique avec les soignants. Les théories étiologiques du patient, sa recherche de sens quant à l'expérience qu'il traverse se construisent en référence à ses représentations culturelles.⁴³

Ces représentations sont indispensables à prendre en compte pour les soins. En effet, appliquer de manière rigide des techniques, même validés dans le monde occidental peut conduire à l'échec voire, avoir un effet néfaste⁴².

Il est donc nécessaire de s'appuyer sur la psychiatrie transculturelle pour apprendre à travailler avec ces représentations, afin de mieux comprendre et alors mieux soigner ces patients.

D'ailleurs, le Dr Traoré confirme cela en m'expliquant que cette connaissance de la culture de l'autre favorise le lien, et permet d'établir une confiance : *« S'ils ont confiance, ils voient que vous connaissez bien la culture, donc ils parlent bien, ils se sentent bien à l'aise, et on peut vraiment aller en profondeur. » « Quand la personne arrive à comprendre que tu arrives à bien comprendre sa culture, il partage avec toi les choses. Que tu le comprennes par rapport à ses croyances, alors on a beaucoup plus accès au patient, ça joue beaucoup »*. Le temps est alors indispensable pour pouvoir aborder les différentes croyances. En effet, si le patient ne se sent pas considéré avec ses représentations personnelles de la souffrance psychique, de la maladie et des thérapeutiques, il gardera une méfiance et une distance délétères à des soins de bonne qualité.

Quelles sont les conséquences en pratique ? :

Comme j'ai pu le montrer à travers l'entretien du Dr Traoré, pour les patients d'origine africaine la psychiatrie n'est pas la solution aux troubles. C'est souvent vers les médecines traditionnelles qu'ils vont se diriger.

Dans ces références culturelles, le ressenti personnel et émotionnel ne paraissent pas des raisons suffisantes pour demander de l'aide à un professionnel. C'est l'attente d'une réponse médicamenteuse qui justifie de demander une consultation. Il faut donc entendre cette demande, car refuser cet aspect particulier de la sollicitation peut provoquer le retrait de toute approche thérapeutique. Ainsi, certains auteurs concluent que c'est l'association d'un traitement et d'une thérapie au long cours, assurant la verbalisation, le soutien et la réhabilitation progressive, qui paraît être la meilleur approche pour ces populations³⁸. Les patients viennent chercher une thérapie symptomatique. Il est nécessaire de l'entendre afin de pouvoir faire adhérer le patient aux soins.

Ensuite, il faut se questionner sur la validité de l'entretien médical. Tout d'abord sur la nécessité même de l'entretien puisque dans certaines cultures, la thérapie par la parole n'est pas considérée, les patients croyant plus à des rituels de purification ou aux prières par exemple. L'idée selon laquelle la catharsis au cours de l'entretien individuel avec un professionnel soulagerait n'est pas universellement partagée⁴¹.

Par exemple, les traitements proposés en Sierra Léone portent avant tout sur la restauration des liens avec la communauté, la réintégration dans le corps social aux travers de différents rituels. Ce que confirme le Dr Traoré en m'expliquant l'importance de l'intégration du patient dans la communauté comme élément de soin.

Ce qui amène aussi à débattre sur le caractère individuel des entretiens. En effet, les patients n'ayant une identité qu'à travers le groupe, la rupture communautaire peut être perçue comme menaçante. Là encore c'est une difficulté supplémentaire chez ces patients qui sont souvent isolés.

Par ailleurs, concernant les patients victimes de torture, comme je l'ai souligné précédemment, l'entretien individuel peut faire écho à ce traumatisme, et il peut mettre le patient dans une situation de vulnérabilité du fait du rapprochement possible avec le trauma.

Ainsi, certaines équipes travaillent de plus en plus avec les thérapies de groupe. Cela favoriserait la communication, la reconstruction d'une identité par l'appartenance à une communauté, et permettrait de lutter contre le sentiment d'isolement et d'exclusion. De plus, le groupe peut être le lieu d'expression d'une expérience commune qui « normalise » les émotions, permet de replacer les symptômes comme la dissociation, le vécu de persécution... comme des éléments autres que la folie et partageables.³⁸

Enfin, j'ai pu constater que selon la culture d'origine, l'expression de la souffrance peut être différente. Ainsi, j'ai remarqué que les Africains étaient dans l'ensemble démonstratifs, très spontanés dans leurs réactions et émotions qu'ils ne cherchaient pas forcément à contenir, alors que Youssoup, qui vient des pays de l'Est m'a paru beaucoup plus renfermé, comme s'il y avait une certaine honte à être en souffrance, comme si la souffrance morale devait être tue.

2.8. Les déterminants d'une bonne observance thérapeutique, discussion autour des traitements

Quelques points sont à souligner concernant les traitements. J'ai pu le constater avec les patients, et le Dr Traore m'a confirmé ces observations. Les patients peuvent être méfiants initialement vis à vis des traitements médicamenteux. C'est souvent après le constat d'échec des traitements traditionnels qu'ils vont être amenés à considérer les traitements classiques. Par ailleurs, l'important pour eux c'est l'efficacité immédiate sur le symptôme. Pour ces patients, les soins ne permettent pas le traitement de la cause, mais seulement un moyen de calmer les symptômes. Il en découle que s'ils ne voient pas d'amélioration rapide sur leurs symptômes, ils auront du mal à être observants. Ainsi, la notion de traitement de fond leur est compliquée, altérant l'observance des différentes thérapeutiques. En effet, ils prennent sans difficulté les médicaments tels que les hypnotiques, ils voient les bénéfices de ce traitement tous les soirs, en revanche, il est moins facile pour eux de prendre régulièrement les antidépresseurs ou les neuroleptiques, qui ont une action moins immédiate.

Ensuite, les effets secondaires en particulier l'asthénie vont être un élément freinateur, puisque certains m'ont confié ne pas toujours prendre les bonnes doses du fait du ralentissement qu'ils perçoivent.

Par ailleurs, il faut noter là encore l'importance de l'échange. En effet, on sait que la compliance va nettement dépendre de l'information qui va être donnée et surtout comprise en rapport avec le traitement, et va dépendre aussi de la qualité de la relation de confiance entre soignant et patient. Ainsi, cette confiance peut prendre du temps à s'installer avec un possible retard de thérapeutique associé.

2.9. Intérêt d'une prise en charge

Je ne reprends pas tous les items déjà discutés à ce propos, mais je voudrais préciser quelques points. Les différents entretiens ont montré l'importance des symptômes, leurs répercussions sur la vie quotidienne et les éventuelles conséquences sur l'intégration. Les patients ont pu alors témoigner de l'importance à leurs yeux de la prise en charge, et des bénéfices en lien avec ce suivi.

Mais la prise en charge, en plus ces effets bénéfiques, est aussi un élément clé du soutien social. En effet, une prise en charge sur le plan psychologique est un élément déterminant pour le pronostic des troubles. Ainsi, le partage de l'événement traumatisant permet de se comparer, de pouvoir considérer ses réactions émotionnelles comme normales. Cela permet de partager l'événement, de le revivre, mais cette fois de façon accompagnée. Le patient se réapproprie le sentiment de contrôle sur son existence. La qualité de ce soutien va permettre aussi de redonner confiance en autrui, en l'être humain, ses capacités, son humanité. Cela redonne des repères stables et durables, et permet la mise en place d'un contenant, d'un cadre pour une reconstruction psychique.⁶²

Par ailleurs, les soignants peuvent alors être leur seul soutien, et ainsi la relation thérapeutique permet la reconstruction après un trauma, c'est un repère qui peut être nécessaire au milieu du chaos et de la souffrance. Ce soutien aide à cheminer vers un mieux-être, difficilement imaginable pour quelqu'un d'isolé dans le traumatisme, seul à lutter, sans appui. L'être humain est par essence en relation, c'est donc par l'intermédiaire des autres qu'il est possible de « s'en sortir »⁶².

De plus, Claude Barrois apporte quelques précisions concernant le rôle que doit jouer cette prise en charge²⁶: Une sensation d'abandon aggrave le trouble, vécu comme un deuxième trauma. Ainsi, le premier levier thérapeutique est de ne pas oublier.

Avec tous ces éléments, il est légitime de considérer l'importance de débiter un suivi et une prise en charge médicamenteuse. Il semble que l'amélioration des symptômes améliore la qualité de vie et on peut alors discuter le fait qu'elle améliore l'intégration en France.

CONCLUSION

Les syndromes psycho-traumatiques sont un syndrome fréquent dans la population des exilés, qu'il faut considérer pleinement car les enjeux en termes de santé mentale sont considérables.

Arnaud Veisse dira d'ailleurs que la prise en charge de ces troubles devrait être une priorité des politiques de santé publique en faveur des migrants en situation précaire⁵⁹, « On ne guérit pas de la torture, mais à travers une prise en charge appropriée, il est possible de vivre après la torture, de reconstruire une vie, de s'intégrer dans notre pays. »¹²

Ce travail illustre bien les différents et nombreux symptômes dont ils souffrent. On peut par ailleurs constater combien ces désordres psychiques altèrent leur qualité de vie, et rendent alors plus compliquée leur intégration. Or, ces différents entretiens nous montrent comme les soins leurs sont utiles, avec une amélioration de cette souffrance pour chacun d'entre eux.

Nous pouvons alors en déduire l'importance d'être sensibilisé à ces troubles en tant que médecins généralistes, de pouvoir y penser face à des symptômes déroutants. En effet, nous sommes souvent les premiers interlocuteurs de ces patients, et nous pouvons donc leur permettre de témoigner de cette souffrance, et alors mettre en place un suivi adapté.

Pourtant, il existe une nette sous-reconnaissance du trouble. Nous en avons vu les principaux facteurs. Ainsi il me semble important de retenir qu'il y a d'une part un manque de dépistage lié à l'offre : avec des structures insuffisantes, un manque de formation des médecins...^{18,58} et lié à la demande avec une population cachée et précaire, qui consulte peu, surtout pour des problèmes d'ordre psychique, avec le questionnement sur la place que font ces populations aux désordres psychiques.

Ainsi, en étant sensibilisé à ce trouble, nous pouvons améliorer le dépistage.

Aussi, j'insisterai sur l'importance de considérer le migrant dans toute sa différence, avec ses propres représentations, puisque c'est cette compréhension qui sera la base

d'une relation thérapeutique. Les soins sont utiles et efficaces s'ils s'adressent à un sujet pris dans un contexte culturel, social et politique.

Il pourrait être intéressant dans un futur travail de repérer les symptômes que l'on pourrait considérer comme "signes d'alerte", et peut être faire une grille de repérage, afin de penser à les rechercher, ce qui permettrait par la suite d'orienter les patients vers des soins adaptés.

Ce travail fait résonance avec un rôle clé de la médecine générale, puisqu'il s'agit de repérer une souffrance chez un patient en difficulté, ce qui est le quotidien de notre métier....

BIBLIOGRAPHIE

1. Vaiva G, Lebigot F, Ducrocq F, Goudemand M, Collectif. *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*. Masson; 2005.
2. Veisse A, Wolmark L, Revault P. Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2012;(2-3-4):36-40.
3. COMEDE. *Rapport d'activité et d'observation*. 2010.
4. Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides O. Rapport d'activité 2010. Available at: http://www.ofpra.gouv.fr/documents/RA_2010_Ofpra.pdf.
5. Médecin du Monde. *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France- Rapport 2010*.
6. Preto N, Rouillon F. Importance de l'enjeu en termes épidémiologiques. In: *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*. Masson; 2005:9-14.
7. Jolly A. Données épidémiologiques. *Neuropsych News*. 2003;(Spécial):24-26.
8. Jehel L, Lopez G. *Psychotraumatologie : Evaluation, clinique, traitement*. Dunod; 2006.
9. Lempérière T. Les syndromes psychotraumatiques - Editorial. *Neuropsych News*. 2003;(Spécial):4-5.
10. Wluczka M, Ricard E, Fatras J yves. Dossier : Un bilan de santé pour protéger les migrants. *Maux d'exil*. 2008;(22).
11. Veisse A. Etat de santé des migrants en France. *Congrès National des Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA)*. 2008.
12. Le Centre Primo Levi. *Soigner les victimes de torture exilées en France*. Le Centre Primo Levi. 2012.
13. Groupe d'information et de soutien des travailleurs immigrés (GISTI). *Sans-papiers mais pas sans droits*. 5ème éd. Paris : GISTI; 2009.

14. Comede. Protection maladie : l'Aide Médicale d'Etat. In: *Le guide du Comede.*; 2008.
15. Comede. Affection grave et demande d'asile. In: *Le guide du Comede.*; 2008.
16. Comede. Accès aux soins, accès aux droits: conditions de l'accès aux soins. In: *Le guide du Comede.*; 2008.
17. Le Comede, Rapport d'observation et d'activité 2007. Proposition de dépistage pour des primo-arrivants. *Maux d'exil.* 2008;(22):1-3.
18. Agrali S, Morel E. Prendre soin. *Maux d'exil.* 2012;(36):3-4.
19. Le Comede, Rapport d'observation et d'activité 2005. Violence, torture et séquelles traumatiques chez les exilés. *Maux d'exil.* 2006;(14):7-8.
20. Médecins Sans Frontières. *Rapport annuel 2010/2011.*
21. Moro M, De La Noë Q, Mouchenik Y. *Manuel de psychiatrie transculturelle Travail clinique, travail social.* 2ème éd. La Pensée Sauvage; 2006.
22. Médecin du Monde. *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France- Rapport 2007.*
23. Médecin du Monde. *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France- Rapport 2007 « les personnes concernées par une demande d'asile ».* 2007:147-157.
24. Ferreri M. Introduction historique. In: *Psychotraumatologie : Evaluation, clinique, traitement.* Dunod; 2006:IX-XXVIII.
25. Crocq L. Préhistoire et histoire des syndromes psychotraumatiques. *Neuropsychy News.* 2003;(Spécial):10-18.
26. Barrois C. Les névroses traumatiques. 2006.
27. Bigot T. Clinique du syndrome psycho-traumatique. In: *Psychotraumatologie : Evaluation, clinique, traitement.* Dunod; 2006:37-48.
28. Lebigot F. Stress et trauma. *Neuropsychy News.* 2003;(Spécial):19-23.

29. Lebigot F. Le traumatisme psychique. In: *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*. Masson; 2005:3-8.
30. Lebigot F. *Traiter les traumatismes psychiques*. 2ème Edition. Dunod; 2011.
31. Vaiva G, Brunet A, Boss V, Ducrocq F. Neurobiologie des état de stress psychotraumatique. In: *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*. Masson; 2005:65-69.
32. Vaiva G, Ducrocq F. Neurobiologie des états de stress psychotraumatiques. In: *Psychotraumatologie : Evaluation, clinique, traitement*. Dunod; 2006:13-25.
33. Birmes P, Brunet A. Entités cliniques immédiates et post immédiates prédictives du développement d'un trouble de stress post-traumatique. In: *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*. Masson; 2005:34-39.
34. Nuss P, Gilot B. Clinique du syndrome psychotraumatique durable chez l'adulte. *Neuropsych News*. 2003;(Spécial):33-43.
35. Crocq L. Pourquoi l'appellation « syndromes psychotraumatiques » ? *Neuropsych News*. 2003;(Spécial):6-9.
36. Association Americaine Psychiatrique. *DSM-IV: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson; 1996.
37. Janin A. Le concept d'état de stress post-traumatique masqué. *Journal International de Victimologie*. 2004.
38. Katz JF. Les situations extrêmes. *Neuropsych News*. 2003;(Spécial):54-66.
39. Birmes P, Klein R. Facteurs prédictifs et évolution du trouble de stress post traumatique. In: *Psychotraumatologie : Evaluation, clinique, traitement*. Dunod; 2006:49-56.
40. Birmes P, Brunet A, Carreras D, et al. The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *Am J Psychiatry*. 2003;160(7):1337-1339.

41. Baubet T. Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile : des outils insuffisants. *Maux d'exil*. 2008;(25):1-3.
42. Baubet T. Approche culturelle des troubles psychotraumatique. In: *Psychotraumatologie : Evaluation, clinique, traitement*. Dunod; 2006:121-127.
43. Baubet T, Rezzoug D, Gansou G, Moro M-R. Viols de guerre : conséquences cliniques et thérapeutiques chez les femmes migrantes en France. *Neuropsychy News*. 6(4):156-159.
44. Achotegui J. [Emigration in hard conditions: the Immigrant Syndrome with chronic and multiple stress (Ulysses' Syndrome)]. *Vertex*. 2005;16(60):105-113.
45. Luong C. L'état de stress chronique aux traumatismes multiples. *Nervure Journal de psychiatrie*. 2005:6-9.
46. Blanchet A, Gotman A. *L'enquête et ses méthodes: L'entretien*. A.Colin; 2007.
47. Mucchielli A, Collectif. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. 3e édition revue et augmentée. Armand Colin; 2009.
48. Maroy C. L'analyse qualitative d'entretiens. In: *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*. A.Colin; 1995:83-110.
49. Gori R. La dignité de penser. *Pratiques*. 2012;(57):5-11.
50. Draperi C, Leconte N. L'indispensable place des sciences humaines dans l'exercice de la médecine générale. *La revue du praticien. Médecine générale*. 2002;16(587):1438-1439.
51. Rousseau C. Violences organisées et traumatisme. In: *Psychiatrie et migrations*. 1e éd. Editions Masson; 2003.
52. Agrali S. Les séquelles psychologiques de la torture. In: *Un Monde tortionnaire*. Rapport 2010 de l'Acat-France. 2010:291-297.
53. Sironi F. *Bourreaux et victimes, psychologie de la torture*. Paris: Odile Jacob; 1999.

54. Baubet T, Moro M-R. Culture et soins des traumatisés psychiques en situation humanitaire. In: *Soigner malgré tout*. Vol 1 Trauma, cultures et soins. La Pensée Sauvage. 2003:71-95.
55. Zeroug-Vial H. Samdarra : genèse d'un réseau de santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes. *Maux d'exil*. 2008;(25):3-4.
56. Nathan T. *La folie des autres - Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. 2e édition. Dunod; 2012.
57. Fenichel O. *La Théorie psychanalytique des névroses, tome 1 : Le Développement mental, les Névrozes traumatiques et les Psychonévroses*. 4e éd. Presses Universitaires de France - PUF; 1987.
58. Wolmark L. Des structures et des hommes. *Maux d'exil*. 2012;(36):1-2.
59. Wolmark L, Morei E, Agrali S, Douville O. Dossier : santé mentale des exilés, quel accès aux soins ? *Maux d'exil*. 2012;(36).
60. Mete-Yuva G. Traduire pour rendre la parole. *Maux d'exil*. 2008;(24):1-2.
61. Gaudillière B. Se comprendre et accéder au soins. *Maux d'exil*. 2008;(24):3-4.
62. Vermeiren E. Importance du soutien social. In: *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*. Masson; 2005:65-69.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Taux de prévalence des pathologies graves observés au COMEDE par région et pays d'origine (Page 24)

Tableau II : Taux de prévalence observés au COMEDE, par sexe, par région et par pays d'origine (Page 25)

Tableau III : Fréquence des antécédents de violence, de torture, de la délivrance des certificats médicaux et des psycho-traumatismes graves (Page 27)

Tableau IV : Critères diagnostiques du Trouble d'Etat de Stress Post Traumatique (Page 42)

Tableau V : Le traumatisme (Page 124)

Tableau VIa : Les symptômes cliniques - 1^{ère} partie (Page 126)

Tableau VIb : Les symptômes cliniques - 2^{ème} partie (Page 129)

Tableau VII : Altération du fonctionnement social (Page 132)

Tableau VIII : Perception des troubles : mode d'entrée dans la maladie, accès à la souffrance psychique (Page 136)

Tableau IX : Mode d'entrée dans les soins (Page 140)

Tableau X : Ce que leur apportent les soins (Page 141)

Tableau XI : Evolution des symptômes (Page 144)

Tableau XII : Facteurs favorisant et aggravant les troubles (Page 148)

Tableau XIII : Difficultés de prise en charge (Page 152)

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	10
SOMMAIRE	11
INTRODUCTION.....	12
I – PREMIERE PARTIE : ASPECTS THEORIQUES.....	18
1. UN ETAT DES LIEUX	18
1.1. Les migrants en France.....	18
1.1. Quels droits sur le plan administratif ?	20
1.2. Le réseau de soins qui leur est offert.....	22
1.2.1. Pour les soins de premiers recours.....	22
1.2.2. Pour la psychiatrie.....	22
1.3. La santé mentale des migrants	23
1.3.1. Situation chez les exilés.....	23
1.3.2. Une autre porte d'entrée : les populations vulnérables et démunies	28
2. LES TROUBLES PSYCHO-TRAUMATIQUES.....	30
2.1. Historique des psycho-traumatismes^{1,24,25}	30
2.2. Théorie psychanalytique du psycho traumatisme²⁶⁻²⁹	34
2.2.1. Représentations métaphoriques.....	34
2.2.2. Le traumatisme : conditions nécessaires	35
2.2.3. Les effets intra-psychiques de l'effraction traumatique	36
2.2.3.1. Incrustation dans l'appareil psychique d'une image de la mort.....	36
2.2.3.2. Déréliction.....	37
2.2.3.3. Culpabilité	37
2.3. Evolution du terme ESPT vers le Syndrome Psycho-Traumatique	38
2.4. Neurobiologie ESPT	39
2.5. Clinique du syndrome psychotraumatique	39
2.5.1. Cadre nosologique	39
2.5.2. Tableaux cliniques ^{27,33,34}	40
2.5.2.1. Pathologie immédiate réactionnelle au traumatisme : de quelques minutes à un jour	40
2.5.2.2. Pathologie post-immédiate : supérieur à 2 jours jusqu'à 1 mois :.....	41
2.5.2.3. Clinique des séquelles tardives.....	41
2.5.3. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) ou Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) ^{34,36} dans la classification DSM IV	41
2.5.3.1. Le critère A.....	42
2.5.3.2. Les critères B et C.....	43
2.5.3.3. Le critère D.....	44
2.5.3.4. Le critère E : L'évolution des troubles	44
2.5.3.5. Le critère F : Le retentissement sur le fonctionnement social :.....	44
2.5.4. L'état de stress post traumatique durable (classification CIM 10)	45
2.5.5. Le Syndrome Psycho-Traumatique.....	45
2.5.6. Formes cliniques ²⁷	45
2.5.7. Les formes prolongées associées aux stress extrêmes.....	46
2.6. Facteurs prédictifs et évolution^{6,26,33,39}	47
2.6.1. Facteurs prédictifs.....	47
2.6.1.1. liés aux patients	47
2.6.1.2. liés à la nature du trauma.....	47
2.6.1.3. liés au soutien social défectueux	47
2.6.1.4. liés au bas niveau socio-économique	47
2.6.1.5. liés à la sévérité de l'expérience traumatique	48

2.6.2. Evolution.....	49
3. LES PSYCHO-TRAUMATISMES CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILES : QUELLES PARTICULARITES ?	50
3.1. Dimension transculturelle des troubles psycho-traumatiques	50
3.2. Particularités cliniques des troubles psycho-traumatiques dans les situations extrêmes chez les migrants (tortures, viols...)	52
3.2.1. Le syndrome de Capgras, ou « syndrome des sosies » (JP Capgras, 1923).....	54
3.2.2. Le syndrome d'Ulysse ^{44,45}	54
II – DEUXIEME PARTIE : METHODE ET RESULTATS	58
1. DESCRIPTION DE LA METHODE PAR ENTRETIENS SEMI DIRIGES, RECHERCHE QUALITATIVE.....	58
1.1. Pourquoi avoir choisi la méthode qualitative ?	58
1.2. La préparation de l'enquête	58
1.2.1. Constitution du corpus	59
1.2.1.1. Contexte et critères d'inclusion	59
1.2.1.2. Modalités de recrutement	60
1.2.2. La conception du guide d'entretien	61
1.3. Le cadre de l'entretien	61
1.4. Les difficultés rencontrées	62
2. LA METHODE D'ANALYSE.....	63
2.1. Introduction de la méthode d'analyse.....	63
2.2. Les grands principes de méthodologie dans l'analyse de contenu thématique d'un discours, selon la démarche proposée par Christian Maroy ⁴⁸	64
2.2.1. Etape 1 : le travail de découverte.....	64
2.2.1.1. Retranscription de l'ensemble des entretiens préalablement enregistrés.....	64
2.2.1.2. Listing des thèmes : réalisation de la grille d'analyse.....	64
2.2.2. Etape 2 : travail de codage et de comparaison systématique.....	65
2.2.2.1. Le travail de codage	65
2.2.2.2. Le travail d'interprétation des données	65
2.2.3. Etape 3 : Discussion et travail de validation des hypothèses forgées au cours de l'analyse	66
3. RESULTATS	67
3.1. La description analytique : présentation des onze entretiens.....	67
3.2. Exposé des tableaux de typologie	123
3.2.1. Le traumatisme	123
3.2.2. Les symptômes cliniques.....	125
3.2.3. Altération de la vie quotidienne	132
3.2.4. La conscience de la maladie	135
3.2.5. L'importance des soins.....	141
3.2.6. Les facteurs aggravant ou favorisant l'apparition des troubles	146
3.2.6.1. Le traumatisme pré-migratoire	147
3.2.6.2. Le traumatisme migratoire.....	148
3.2.6.3. Le traumatisme post migratoire.....	150
3.2.7. Les difficultés de la prise en charge	152
III – TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	155
1. LES LIMITES DE LA RECHERCHE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES	155
1.1. Les principaux biais.....	155
1.2. Quels moyens mis en place pour limiter les biais d'interprétation.....	157
1.2.1. Assurer la qualité des données	157

1.2.1.1. Les données sont t-elles fiables ? Sont-elles biaisées par la relation chercheur-patients ?	157
1.2.1.2. S'assurer de la validité factuelle d'une information.....	157
1.2.1.3. Evaluer et pondérer les propositions avancées selon la « qualité » des matériaux recueillis.....	157
1.2.2. Assurer un feed-back	158
1.3. Ma qualité en tant qu'interviewer	158
2. DISCUSSION SUR LA CLINIQUE.....	159
2.1. Le traumatisme	159
2.1.1. Le traumatisme pré-migratoire.....	159
2.1.2. Le traumatisme migratoire.....	161
2.1.3. Le traumatisme post migratoire.....	162
2.2. Les symptômes cliniques.....	163
2.3. Impact de ce tableau clinique sur la qualité de vie et l'intégration	164
2.4. Facteurs favorisants et aggravants	167
2.5. Les bénéfiques de la prise en charge	169
2.6. Quelles difficultés de prise en charge ?.....	171
2.6.1. Liées aux caractéristiques même de cette population.....	171
2.6.2. Manque de moyens et de temps	172
2.6.3. Un diagnostic difficile.....	173
2.6.4. L'importance des croyances.....	175
2.6.5. Une attitude méfiante	176
2.6.6. Le syndrome d'évitement.....	177
2.6.7. La barrière linguistique.....	177
2.6.8. Difficultés d'observance	178
2.7. La dimension transculturelle.....	179
2.8. Les déterminants d'une bonne observance thérapeutique, discussion autour des traitements.....	182
2.9. Intérêt d'une prise en charge	182
CONCLUSION.....	184
BIBLIOGRAPHIE	186
LISTE DES TABLEAUX.....	191
TABLE DES MATIERES.....	192
ANNEXES.....	195

ANNEXES

Annexe 1 – Lettre d'information aux patients

Madame, monsieur,

Je suis en dernière année d'internat de médecine et je m'intéresse pour mon sujet de recherche de thèse à la prise en charge de la souffrance morale chez les Demandeurs d'Asile.

C'est dans ce contexte que je souhaiterais vous rencontrer lors d'un entretien personnel, afin d'avoir votre point de vue, votre opinion sur ce sujet d'après votre expérience en tant que migrant et demandeur d'asile ayant eu une prise en charge psychologique en France.

Cet entretien serait enregistré par moi même, parfaitement anonyme et confidentiel. Seule moi aurais accès aux enregistrements, et votre identité n'apparaîtra en aucun cas.

L'entretien pourra se dérouler selon vos choix de lieux et de date, afin que vous soyez le plus en confiance et libre de communiquer.

Par ailleurs, il se peut que pour plus de facilité, je demande éventuellement à un interprète de nous accompagner afin de mieux vous comprendre traduire comme il faut vos paroles et sentiments.

Si vous avez des questions supplémentaires à me poser, n'hésitez pas, je me tiens bien sûr à votre disposition.

Si vous êtes d'accord pour organiser une rencontre prochaine, je vous prie de laisser votre nom et prénom, un numéro de téléphone ou une adresse mail où je pourrai vous contacter.

A noter que vous pourrez bien sûr avoir accès à la thèse lorsqu'elle sera écrite sur simple demande.

En vous remerciant d'avance pour votre aide à ce travail, qui permettra je l'espère d'améliorer notre soutien aux migrants, de permettre une prise en charge adaptée grâce à une meilleure compréhension de vos souffrances et de vos difficultés au quotidien sur le sol français.

Chloé Lamotte d'Incamps, interne en médecine.

Mail : chloe.lamotte@hotmail.fr

Annexe 2 – Grille d’entretien

1) Pouvez-vous m’expliquer en quelques phrases les raisons de votre arrivée en France et votre parcours ?

2) Vous sentiez-vous en souffrance lorsque l’on vous a proposé une aide psychologique ?

si oui, quels étaient les symptômes dont vous souffriez ?

Aide pour cette question d’une grille de symptômes selon les classifications reconnues pour le diagnostic d’ESPT :

Items :

Présence du syndrome de reviviscence ?

- terreur nocturne ? sensation d’angoisse ?
- cauchemars
- épisode de palpitations spontanément ou à l’évocation du trauma ou stimuli le rappelant ?
- pensées angoissantes récurrentes ?
- hallucinations (auditives, olfactives visuelles...) ?

Evitement de ce qui rappelle le trauma ? Eoussement de la réactivité générale ?

- diminution de l’intérêt et de l’investissement pour les différentes activités de la vie quotidienne ?
- Diminution des émotions et des capacités de tendresse ?
- Méfiance permanente ? isolement ? retrait de la vie sociale ? (Exemple : regarder des émissions rappelant le trauma ? Croiser la police...)
- Sentiment de honte et de culpabilité ?

Symptômes d’activation neuro végétative ?

- hyper vigilance ?
- état d’alerte permanent ?
- sursaut exagéré à des stimulations anodines ?
- trouble du sommeil ? Lutte contre endormissement ? (regarder la télé, marcher...)
- sommeil léger avec réveils fréquents ?
- accès de colère et irritabilité ?
- trouble de la concentration et de la mémoire ?

Durée des symptômes ?

Symptômes non spécifiques, co-morbidités ?

- anxiété, tristesse, perte des envies ?
- Asthénie, physique, sexuelle et morale ?
- Rite obsessionnel ? phobie ?
- Trouble des conduites avec addictions ? Troubles du comportement alimentaire ? agressivité ?
- Somatisation : tension, céphalée ?, douleur abdominale ?, dorsalgie ?, tremblements ? nausées ? appétit ?

3) Quelles sont les répercussions des symptômes dans votre vie ?
Familiale ? Sociale ? Pour l'intégration ? Le travail ?

4) En quoi pensez-vous que la prise en charge a modifié les symptômes et leurs répercussions ?

Annexe 3 - Grille d'analyse de contenu

- 1) Le traumatisme
 - a. Le vécu traumatique
 - b. Avoir été témoin de la mort
 - c. Vivre un sentiment de détresse intense, peur de mourir
- 2) Les symptômes cliniques
 - a. Syndrome de reviviscence
 - i. Souvenirs répétitifs, pensées envahissantes
 - ii. Rêves répétitifs provoquant une détresse
 - iii. Détresse psychique face à un indice évoquant le trauma
 - iv. Réactivité physiologique face à un indice évoquant le trauma
 - v. Sentiment de revivre l'évènement
 - b. Eoussement de la réactivité générale
 - i. Evite les pensées ou conversations évoquant le trauma
 - ii. Evite les activités ou endroits évoquant le trauma
 - iii. Perte d'intérêt pour les activités
 - iv. Sentiment de détachement d'autrui
 - v. Restriction des affects
 - vi. Sentiment d'avenir bouché
 - c. Hyperactivité neurovégétative
 - i. Trouble du sommeil
 - ii. Irritabilité, accès de colère
 - iii. Trouble de la mémoire ou de la concentration
 - iv. Hyper vigilance
 - v. Réaction de sursauts exagérés
 - d. Troubles non spécifiques
 - i. Angoisse
 - ii. Tristesse
 - iii. Idées suicidaires
 - iv. Perte d'appétit
 - v. Fatigue
 - vi. Somatisation
 - vii. Addiction
 - viii. Trouble du comportement
 - ix. Syndrome dissociatif, hallucinations
 - x. Honte culpabilité
- 3) Altération du fonctionnement social
 - a. Isolement
 - b. En société, trouble du comportement
 - c. Peur d'autrui
 - d. Difficultés professionnelles
 - e. Difficultés dans les démarches
 - f. Vie familiale
 - g. Assurer le quotidien
- 4) Perception des troubles, mode d'entrée dans la pathologie
 - a. Sensation d'avoir changé, rupture avec la vie antérieure
 - b. Somatisation
 - c. Remarque de l'entourage
 - d. Ne se pensait pas malade

- e. Participation des croyances
- f. Fait le lien avec le trauma
- 5) Moyen d'entrée dans les soins
 - a. Médecin traitant
 - b. Entourage
 - c. Travailleurs sociaux des CADA
 - d. PASS
 - e. SAU
 - f. Spontanément
- 6) Importance du suivi
 - a. Donne du courage
 - b. Met en confiance
 - c. Redonne espoir
 - d. Permet d'oublier « comme une parenthèse »
 - e. Favorise la communication
 - f. Redevenir comme avant
 - g. Fait du bien
 - h. Lutte contre idées suicidaires
- 7) Evolution des symptômes
 - a. Le sommeil
 - b. Hyperactivation neurovégétative, apaise
 - c. Peur d'autrui
 - d. Pensées envahissantes
 - e. Idées suicidaires
 - f. Tristesse
 - g. Somatisation (palpitations, sensation d'étouffer...)
 - h. Asthénie, perte des envies
 - i. Cauchemars
 - j. Troubles de la mémoire
- 8) Facteurs aggravants, favorisants
 - a. Nature du trauma
 - i. Torture
 - ii. Blessure physique
 - iii. Viol
 - b. Taumatisme migratoire
 - i. Situation d'exil, fuite sans retour possible
 - ii. Séparation familiale brutale
 - iii. Insécurité du départ
 - c. Traumatisme post migratoire
 - i. Angoisse liée à la situation personnelle ou de la famille
 - ii. Précarité sociale et/ou administrative
 - iii. Isolement, absence de soutien social
 - iv. Perte des repères culturels
 - v. Deuil à faire
 - 1. D'un proche décédé
 - 2. De la vie d'avant
- 9) Difficultés de la prise en charge
 - a. Barrière de la langue
 - b. Précarité
 - c. Effets secondaires des médicaments

- d. Méfiance
- e. Croyance
- f. Evite ce qui évoque le trauma
- g. Absentéisme
- h. Difficultés à prendre les traitements

Annexe 4 – Tableaux de fréquence d'apparition des spécifications :

1. Le traumatisme	
1.1 Le vécu traumatique	11
1.2 A été témoin de la mort	4
1.3 Sentiment de détresse intense, peur de mourir	7
2. Symptômes cliniques	
2.1. Syndrome de reviviscence	
2.1.1. Pensées envahissantes, souvenirs répétés	11
2.1.2. Rêves répétés entraînant détresse	10
2.1.3. Détresse psychique face à indice évoquant le trauma	6
2.1.4. Réactivité physiologique face à indice évoquant le trauma	7
2.1.5. Sentiment de revivre l'évènement	5
2.2. Emoussement de la réactivité générale	
2.2.1. Evite les pensées ou conversations évoquant le trauma	4
2.2.2. Evite activité ou endroit évoquant le trauma	3
2.2.3. Perte d'intérêt pour les activités	4
2.2.4. Sentiment de détachement d'autrui	3
2.2.5. Restriction des affects	2
2.2.6. Sentiment d'avenir bouché	7
2.3. Hyperactivité neurovégétative	
2.3.1. Troubles du sommeil	10
2.3.2. Irritabilité, accès de colère	6
2.3.3. Troubles de la mémoire ou de la concentration	10
2.3.4. Hypervigilance	7
2.3.5. Réaction de sursaut exagérés	2
2.4. Troubles non spécifiques	
2.4.1 Angoisse	2
2.4.2. Tristesse	9
2.4.3. Idées suicidaires	8
2.4.4. Perte d'appétit	7
2.4.5. Fatigue	8
2.4.6. Somatisation	8
2.4.7. Addiction	2
2.4.8. Troubles du comportement	6
2.4.9. Symptômes dissociatifs, hallucinations	5
2.4.10. Honte culpabilité	7

3. Altération du fonctionnement social	
3.1. Isolement	9
3.2. Vie en société, troubles du comportement	8
3.3. Peur d'autrui	8
3.4. Difficultés professionnelles	3
3.5. Difficultés dans les démarches	7
3.6. Altération de la vie familiale	3
3.7. Difficultés à assurer le quotidien	5
4. Mode d'entrée dans la pathologie . accès à la souffrance psychique ?	
4.1. Sensation d'avoir changé, rupture avec la vie d'avant	10
4.2. Somatisation	6
4.3. Remarques de l'entourage	6
4.4. Ne se pensait pas malade	5
4.5. Participation des croyances	7
4.6. Fait le lien avec le trauma	4
5. Mode d'entrée dans les soins	
5.1. P.A.S.S.	2
5.2. Médecin traitant	3
5.3. Travailleurs sociaux / CADA	4
5.4. Services d'accueil des urgences	2
5.5. Spontanément	0
6. Importance du suivi pour les patients	
6.1. Donne du courage	3
6.2. Met en confiance	3
6.3. Redonne espoir	5
6.4. Permet d'oublier, « comme une parenthèse »	1
6.5. Favorise la communication	6
6.6. Redevenir comme avant	1
6.7. Fait du bien	10
6.8. Aide pour le quotidien	6
6.9. Ouverture de droit	6

7. Evolution des symptômes	
7.1. Le sommeil	11
7.2. Hyperactivation neuro-végétative, apaise	9
7.3. Peur d'autrui	3
7.4. Pensées envahissantes	6
7.5. Idées suicidaires	6
7.6. Tristesse	7
7.7. Somatisation (palpitations, sensation d'étouffer...)	3
7.8. Asthénie, perte des envies, perte d'appétit	4
7.9. Cauchemars	8
7.10. Troubles de la mémoire	7
8. Facteurs aggravants, favorisants	
8.1. Nature du trauma	
8.1.1. Torture	5
8.1.2. Blessures physiques	6
8.1.3. Viol	4
8.2. Traumatisme migratoire	
8.2.1. Situation d'exil, fuite sans retour possible	10
8.2.2. Séparation familiale brutale	8
8.2.3. Insécurité du départ	11
8.3. Traumatisme post migratoire	
8.3.1. Angoisse, liée à la situation en France ou à la famille au pays	4
8.3.2. Précarité sociale et / ou administrative	9
8.3.3. Isolement, absence de soutien social	7
8.3.4. Perte des repères culturels	4
8.3.5. Deuil à faire	7
8.3.5.1. D'un proche	4
8.3.5.2. De la vie d'avant	6
9. Difficultés de prise en charge	
9.1. Barrière de la langue	11
9.2. Précarité	1
9.2. Effets secondaires des médicaments	2
9.3. Méfiance	3
9.4. Croyances	8
9.5. Evite ce qui évoque le traumatisme	5
9.6. Absenteisme	4
9.7. Difficulté pour la prise des traitements	2

Annexe 5 – Exemples de certificat médical

Le Mans, le 30 octobre 2008

Docteur M. NGUYEN

Psychiatre des Hôpitaux
Chef de Service Secteur 2
Responsable Pôle G

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) Docteur **NGUYEN**, Psychiatre des Hôpitaux, certifie suivre en consultation depuis octobre 2003 :

Monsieur [REDACTED]
Demeurant : [REDACTED]
72000 LE MANS
Né le [REDACTED]/1971

Il est pris en charge pour une psychose chronique nécessitant un traitement par antipsychotique depuis 2003.

Sous traitement antipsychotique nous avons pu observer une amélioration d'un certain nombre des symptômes aigus, mais il persiste des éléments dissociatifs et un apraxisme autant lié à la maladie qu'au traitement.

Son état nécessite une prise en charge psychiatrique de longue durée, un traitement antipsychotique de dernière génération. Le retour dans son pays d'origine serait préjudiciable à son état de santé.

Docteur NGUYEN,

Docteur CHAAR – Docteur GODARD – Docteur VERITE
Secrétariat : 02 43 43 52 15 (ligne directe)

Centre de Consultations – 116, rue de la Maricette – 72000 LE MANS – Téléphone : 02 43 50 44 59

Double

Le Mans, le 6 novembre 2007

SECTEUR VI
Docteur Michel NGUYEN
Psychiatre des Hôpitaux
Médecin Co.2



Je soussigné(e) Docteur NGUYEN, Psychiatre des Hôpitaux, certifie que :

Madame [REDACTED]
Demeurant : [REDACTED]
72000 LE MANS
Née le [REDACTED] 1972

est vue en consultation par mon service depuis septembre 2006.

Il s'agit d'une personne originaire de l'Angola, en France depuis 2005 où elle vit avec son fils.

Elle présente un état anxiodépressif sévère avec une idéation suicidaire. Son fils est suivi régulièrement en Pédiatrie. Il faut noter que cet enfant avait un fumeur mort à la naissance et enterré au Mans.

L'état dépressif est consécutif aux violences et pressions que cette patiente a subi dans son pays, mais aussi au deuil lié au décès de son fils.

Son état psychique nécessite une prise en charge médicale psychiatrique de longue durée avec un traitement psychotrope qui, pour l'instant, n'est pas activé.

Le retour dans son pays d'origine serait préjudiciable à son état de santé.

Docteur NGUYEN,


Docteur CHAAR - Docteur GODARD - Docteur VERITE
Secrétariat: 02 43 43 52 15 (ligne directe)

Centre de Consultation - 116, rue de la Harrière - 72000 LE MANS - Téléphone: 02 43 50 31 50

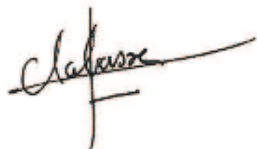
PERMIS D'IMPRIMER

**THÈSE DE Mademoiselle LAMOTTE
D'INCAMPS Chloé**

Vu, le Directeur de thèse



Vu, le Président du jury de thèse



**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer



TV_RDRM_permis_imprimer.DOC

