

PSYCHOSE ET MIGRATION

VERS UN PARADIGME PSYCHOSOCIAL



Là où vont nos pères, Shaun Tan, 2010, Palaiseau: Dargaud

**Diplôme Inter-Universitaire « Santé, Société, et Migration »
année universitaire 2012-2013**

Leaune Edouard – Salmon Camille

*Richard – Je suis blessé, Berthe.
Berthe – Blessé comment chéri? Expliquez-
moi ce que cela signifie? Je veux essayer de
comprendre tout ce que vous me direz. De
quelle manière êtes-vous blessé?
Richard – J'ai une profonde, profonde
blessure de doute.*

Les Exilés, James JOYCE (1950)

Table des matières

LISTE DES ACRONYMES UTILISES

INTRODUCTION	1
1ère partie: REVUE DE LA LITTERATURE ET PROBLEMATISATION.....	5
A. Données des sciences humaines et de la neurobiologie.....	5
1. Apport des sciences humaines	5
2. Résultats des études épidémiologiques	6
B. Contexte social : une triple quarantaine	9
1. Une quarantaine économique : l'installation dans la précarité	9
2. Une quarantaine sociale : inutilité, isolement	11
3. Une quarantaine psychique : attente d'un jugement ordalique	13
4. De la quarantaine à l'adversité psycho-sociale	15
C. CRITIQUE DES DONNEES: L'ETHNOPSYCHIATRIE.....	16
1. Définition des groupes	17
2. Validité transculturelle du diagnostic.....	17
3. Stabilité du diagnostic.....	18
2ème partie: ENQUÊTE DE TERRAIN.....	19
A. ARGUMENTAIRE ET METHODOLOGIE GENERALE.....	19
B. LE DISCOURS DES PROFESSIONNELS.....	23
1. Méthodologie	23
2. Résultats.....	23
C. La pratique diagnostique des soignants.....	29
1. Premier cas clinique: patiente serbe de 19 ans.....	29
2. Modification du cas clinique: patiente soudanaise de 22 ans.....	32
3ème partie: REPENSER LES LIENS ENTRE PSYCHOSE ET MIGRATION: du modèle au paradigme psychosocial.....	35
A. Vers la notion d'adversité partagée.....	35
1. L'évolution récente de la demande d'asile.....	35
2. L'évolution des conditions d'accueil	36

3.	La volonté d'un regard.....	37
4.	Difficultés de prise en charge.....	37
5.	La notion d'adversité partagée.....	39
B.	Le paradigme comme dépassement.....	40
1.	Définitions.....	40
2.	Le paradigme	41
3.	La mise en oeuvre	42
C.	Limites et ouverture	43
	CONCLUSION.....	46

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Liste des acronymes utilisés

AME: Aide Médicale d'Etat

AMS: Aide Mensuelle de Subsistance

ANAFE: Association Nationale d'Assistance aux Frontières pour les Etrangers

ATA: Aide Temporaire d'Attente

BDA: Bouffé Délirante Aiguë

CADA: Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile

CASO: Centre de Soins, d'Accueil et d'Orientation

CHRS: Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU: Centre d'Hébergement Social

CIMADE : Comité Inter-Mouvements Auprès Des Evacués

CMU: Couverture Médicale Universelle

CNDA: Cour Nationale du Droit d'Asile

DIRECCTE: Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DNA: Dispositif National d'Accueil

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESPT: Etat de Stress Post-Traumatique

OFPRA: Office Français de Protection des Réfugiés et Apatride

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

ORSPERE : Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion

RSA: Revenu de Solidarité Active

SAMENTA: SAnité MENTale et Addictions chez les sans domicile franciliens

SPDT: Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPDRE: Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat

INTRODUCTION

C'est d'une Europe des Nations en pleine agitation (révolutions de juillet 1830 en France et de 1848 en France et en Allemagne) que sont nés le concept de psychose en Allemagne et les premières lois sur l'immigration en France. En effet, en réaction à l'empirisme des Lumières, le médecin viennois Ernst von Feuchtersleben (Nicolas Dewez, 2009) désigne l'aliénation mentale par le terme de psychose (du grec *psyché*, âme et *-ose*, anomalie) dès 1845. Dans le même temps, et devant l'afflux de nationalistes polonais exilés (Blanc-Chaléard Marie-Claude, 2001), la loi du 3 décembre 1849 encadre les premières procédures d'expulsion des étrangers représentant un danger pour l'ordre public, et prélude ainsi des futurs va-et-vient entre une tradition d'accueil et une politique migratoire de plus en plus sélective.

Alors que le terme de psychose se développe en contre-pied des névroses, tantôt comme sous-catégorie, tantôt comme synonyme de maladie mentale, la psychiatrie fait ses premiers pas en tant que discipline médicale.

A partir de 1914, la psychiatrie, comme les politiques migratoires, connaissent de profonds bouleversements, car comme l'explique Marie-Claude Blanc-Chaléard, « *la Grande Guerre est une guerre des nations et tout natif d'une contrée ennemie est un adversaire à neutraliser.* » Une chasse aux étrangers s'installe donc, en même temps que la remise en question de l'idéal patriotique lorsque les soldats reviennent du front traumatisés par les combats. « *Car ce sont avant tout les qualités morales prêtées aux traumatisés, leur supposé sens civique ou patriotique, leur faiblesse de personnalité et le soupçon pesant sur leur condition médicale qui déterminent les pratiques sociales et médicales qui se mettent en place durant les années de guerre* » (Didier Fassin et Richard Rechtman, 2007). Parallèlement aux soupçons qui pèsent sur ces soldats simulateurs, ces « *déserteurs psychiques* » (Ibid.), la surveillance s'installe aussi envers les étrangers qui ont vocation à offrir leur force de travail à la France ou à rentrer chez eux. Alors que les médecins traitent les névroses de guerre avec des décharges électriques à forte intensité, on invente la carte de séjour (décret du 2 avril 1917) afin de mieux contrôler les travailleurs immigrés. Les colonies sont alors sollicitées pour offrir de la chair à canon et une main d'œuvre peu exigeante, que l'Etat se gardera bien d'intégrer, de peur d'en perdre le contrôle. « *Lorsque des troubles sont constatés chez ces soldats venus des colonies, ils sont interprétés comme des manifestations psychotiques (éliminant de ce fait tout lien causal possible*

entre l'événement et les symptômes) et les patients sont renvoyés dans leur pays, ce qui élude la question des indemnisations.» (Ibid.) Les colonies sont considérées comme autant de réservoirs d'hommes, ce qui pose les premiers jalons de l'immigration choisie. Parallèlement, le terme de schizophrénie, découverte par Bleuler en 1911, prend le pas sur la psychose et rencontre un véritable succès, malgré des désaccords et contradictions sur ses limites.

La distinction névrose/psychose tend donc à disparaître, et notamment à partir de la parution du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM, abréviation de l'anglais : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), dont le premier volume sera publié en 1952, faisant suite à la 6^{ème} édition de la Classification Internationale des Maladies publiée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 1949, qui intégrait pour la première fois les troubles mentaux dans les causes de mortalité répertoriées.

De fait, la Seconde Guerre Mondiale permet, elle aussi, de grandes avancées sur le champ de la psychiatrie, et notamment en ce qui concerne la prise en charge des soldats. Les mouvements importants de populations suite à la guerre, dans un contexte de xénophobie intense (qui débute dans les années 30), suscite le raidissement des politiques migratoires, et notamment avec l'ordonnance du 2 novembre 1945, texte phare dans le domaine, qui marque une volonté politique affirmée de contrôler l'immigration au lieu de l'abandonner aux fluctuations de l'offre et de la demande et aux initiatives du patronat.

Dès 1939, la Cimade (Comité Inter-Mouvements Auprès Des Evacués) est créée pour venir en aide aux populations évacuées, et entre dans les camps français d'internements des juifs et des ennemis du régime dès 1940, basculant rapidement dans la résistance. A la sortie de la guerre, le 28 juillet 1951, est ratifiée la Convention de Genève relative au statut des réfugiés, qui encadre et limite l'obtention d'un titre de séjour dans le cadre de l'asile. Se pose de nouveau la question du traumatisme, de l'exil, de la souffrance des survivants.

La première structure de soins psychiatriques à destination des immigrés en France voit le jour la même année, grâce à Eugène Minkowsky, psychiatre ayant vécu lui-même un parcours migratoire complexe. Les consultations sont proposées dans la langue maternelle du patient, et c'est une clinique basée sur l'expérience de l'exil, qui se développe alors, et qui, suite à l'arrivée des demandeurs d'asile cambodgiens victimes des *Khmers rouges* (1979) s'adaptera plus spécifiquement aux victimes de traumatismes en devenant le Comede (Comité médical pour les

exilés). Une clinique de la migration, de l'exil puis du traumatisme apparaît donc dès les années 50, prise entre un modèle français universaliste, et une psychiatrie coloniale culturaliste.

Dans les années 70, en réaction à ces modèles passésistes et racistes, François Tosquelles, Lucien Bonnafé et Georges Daumezon remettent en question l'asile psychiatrique totalitaire, Henri Collomb, Georges Devereux et Tobie Nathan (en 1979) élaborent une ethnopsychiatrie ouverte et universaliste, et Saïd Bouziri, suivi de dizaines de milliers de manifestants, entament les premières luttes des « sans-papiers ». Mais la chasse aux clandestins s'intensifie et le contrôle aux frontières se resserre.

Les lois dite « Pasqua » (1986 et 1993) organisent cette répression et précarisent la situation des migrants en attente d'un titre de séjour ; les lois suivantes ne feront que confirmer ces orientations politiques : l'hospitalité n'est plus à l'ordre du jour, les mesures coercitives à l'égard des migrants se renforcent. Ces mesures ont un impact direct sur la vie physique et psychique des migrants, les maintenant souvent dans une pauvreté extrême, une méfiance et un isolement forcés. Et si des structures spécialisées se développent dans toutes les grandes villes, les difficultés que connaissent les services publics hospitaliers rendent toujours plus difficile l'accès aux soins de ce public particulièrement vulnérable. Ainsi, lorsqu'ils y ont accès, les services sociaux et de psychiatrie publique, doivent revoir leurs modes d'évaluation et leurs pratiques afin de s'adapter aux multiples difficultés, tant médicales que sociales, que rencontrent les migrants. C'est dans ce cadre que nous avons été amenés à rencontrer ces personnes, et que l'origine (*Camille*) et la nature (*Edouard*) de leur souffrance psychique nous ont interrogées.

Camille : Par différentes missions au sein de l'Education Nationale, j'ai été confrontée à la problématique des enfants de « sans-papiers » il y a 8 ans. Ayant rejoint très vite les mouvements de lutte pour leur régularisation j'ai dû me former au droit des étrangers, et accompagner, parfois de façon quasi-quotidienne, les familles en situation irrégulière dans leur difficultés sociales et administratives. Ayant entamé il y a 3 ans une formation d'assistant de service social, et ayant parallèlement été recrutée par Médecins du Monde pour intervenir sur une mission hors-centre, j'ai pu poursuivre mon expérience auprès de ces populations et plus spécifiquement dans le domaine de la santé. Cela m'a permis de me rendre compte directement, lors de mes accompagnements, des décalages entre le vécu intime des personnes et la prise en charge proposée par les soignants dans le droit commun.

Edouard : Interne de deuxième année en psychiatrie, ayant pour l'heure principalement travaillé en unité de secteur psychiatrique adulte dans différents territoires de l'agglomération lyonnaise, à la fois en service intra-hospitalier, correspondant à de l'hospitalisation complète sur le mode de la contrainte (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT, ex HDT) ou du Représentant de l'Etat (SPDRE, ex-HO)) ou libre, et en milieu extra-hospitalier (Centres Médico-psychologiques (CMP) et Centre de Jour), mais également sur l'Unité Médicale d'Accueil de l'hôpital du Vinatier. J'ai rapidement été confronté à la question de la migration dans l'espace thérapeutique, en tant que facteur inhérent à la prise en charge de patients, venant interroger la problématique du diagnostic, du fait du caractère hétérogène et complexe des tableaux cliniques rencontrés.

Il nous a semblé intéressant de nous pencher sur cette thématique avec un double regard médico-social, car nous avons fait très rapidement des parallèles entre les difficultés que pouvaient rencontrer les psychiatres et les travailleurs sociaux au contact du public migrant. Il ne nous a donc pas semblé pertinent de séparer les souffrances d'ordre social (liées directement à l'environnement et la situation du migrant) des souffrances d'ordre psychique (symptômes apparaissant sur les lieux du soin). Nous présenterons donc notre problématique au travers de cette double perspective, afin de l'enrichir de nos différentes expériences.

Nous nous sommes tout d'abord interrogés sur les liens qui pouvaient exister entre psychose et migration, et plus particulièrement nous nous sommes demandés **comment les facteurs d'adversité observés chez les migrants pouvaient influencer sur la démarche diagnostique des soignants.**

Nous développerons cette problématique au travers de trois grandes parties, une première partie sur les éléments théoriques et la littérature concernant le sujet, une deuxième partie mettant notre problématique à l'épreuve d'une enquête de terrain, et une troisième partie analysant ces données afin d'en tirer des éléments de réponse.

1ère partie: REVUE DE LA LITTERATURE ET PROBLEMATISATION

Les liens entre psychose et migration ont été, au cours des dernières années, analysés depuis différents points de vue, qu'il s'agisse des travaux en psychanalyse et psychologie, des études épidémiologiques ou des données venues des professionnels de terrain. Nous avons, dans cette première partie, tenté de faire une synthèse de ces données, et essayé ainsi de relever le rôle des facteurs d'adversité et d'introduire notre enquête de terrain sur le sujet. Car autant les différentes études scientifiques semblent s'accorder sur la nature des rapports entre psychose et migration, autant la réalité psycho-sociale des migrants pose question quant à l'origine des troubles psychiatriques.

A. DONNEES DES SCIENCES HUMAINES ET DE LA NEUROBIOLOGIE

1. Apport des sciences humaines

a. Psychanalyse : partie psychotique du self

Dans leur ouvrage « *Psychanalyse du migrant et de l'exilé* », les époux Grinberg (1986) reprennent le concept découvert par Bion de l'association d'une *part psychotique et non psychotique de la personnalité* au sein du psychisme afin d'avancer l'hypothèse selon laquelle la migration favoriserait l'expression de la partie psychotique du Moi, proposant ainsi qu'« *une crise individuelle ou collective [...] peut précipiter l'apparition d'une prédominance des mécanismes psychotiques latents, donnant lieu à l'apparition de véritables états psychotiques* », postulant ainsi que la « **perte de soutien dans le nouvel environnement tend à mobiliser la partie psychotique de la personnalité** ». Reprenant alors la description faite par Racamier (2001) du paradoxe, ils décrivent cet environnement comme étant paradoxant pour le migrant pris dans une situation dite « $X+Y+Z$ », c'est-à-dire dépassant les capacités de contenance des processus psychotiques de la personnalité où "Z" correspondrait à ce **surplus environnemental paradoxant**.

Alberto Eiguer (2007) postule que la migration entraînerait des "*accommodations et adaptations*" sur le mode du *faux self* visant à préserver un lien intime avec la culture d'origine dans l'optique de protéger le self face à une **double menace psychique, d'annihilation et de marginalisation de la part de la nouvelle culture**. Cet aménagement utiliserait les mécanismes défensifs de l'ordre de la psychose : déni, clivage pathologique..., au risque du développement d'une réelle pathologie, de type psychotique ou limite.

b. Psychologie : la place de l'exil

De son côté, Betty Goguikian Radcliff (2010) appuie sur le caractère d'**obligation** présent dans l'exil, qui en fait une expérience particulière aux effets psychiques spécifiques, sous l'action de la **désaffiliation, la déculturation, la déliaison** et de l'expérience traumatique. A ce titre, elle décrit des mécanismes défensifs sous la forme du clivage et de la projection, habituellement retrouvés dans la psychose.

Aurélie Pestre dans *La vie psychique des réfugiés* (2010) insiste sur les effets psychiques résultants d'une **situation sociale et traumatique spécifique**. Ainsi, elle évoque la possible

apparition d'une psychose passagère créée par l'injonction à témoigner lors de la procédure d'examen de la demande d'asile par les autorités, trouble qu'elle nomme « *psychose testimoniale* », décrite comme « *un montage testimonial quasi dissociatif, une psychose passagère* » faisant apparaître une « *néoréalité* » pour le réfugié. Questionnant en fin d'ouvrage la place de la psychose dans la clinique des migrants, Pestre fait le parallèle avec la force désorganisée des traumatismes infantiles et les réactions défensives primaires qui peuvent en découler (déli, clivage, dépersonnalisation) et utilise le terme de « *psychose actuelle* », reprenant celui de « *névrose actuelle* » décrit par Ferenczi en matière de traumatisme de guerre, entendu comme un « *état psychotique inorganisé à valeur traumatique [...] qui laisse le sujet aux prises avec une excitation qui ne parvient pas à trouver sa voie vers la psychisation* ».

Ainsi, les travaux en psychanalyse et psychologie ont amené l'idée que le passage se ferait progressivement d'un mode défensif marqué par des processus empruntés à la psychose (déli, clivage, faux-self...) vers l'apparition d'une réelle pathologie psychotique dont les causes seraient à rechercher du côté des conditions d'accueil et d'existence des migrants et réfugiés.

2. Résultats des études épidémiologiques

a. Majoration du risque de schizophrénie

En 2005, une méta-analyse (Cantor-Graae, Selten) a permis de valider l'existence d'une **augmentation du risque de schizophrénie** chez les populations migrantes, à raison d'une majoration du risque relatif (RR) de **2.7** pour la première génération et de **4.5** pour la seconde génération. Il était démontré que la couleur de peau noire était également un facteur de risque (RR = 4.8) en comparaison avec les populations blanches (RR = 2.3). Il n'existait aucune différence significative selon le genre. A noter qu'un calcul de l'hétérogénéité inter-études (Qw) effectué afin d'affiner l'existence de potentiels groupes à risques a permis de réfuter l'idée d'une population homogène pour laquelle une cause unique pourrait a priori être démontrée¹.

b. Hypothèses neurobiologiques

Le phénomène de *migration sélective* proposé par Ödegaard (1932), correspondant à l'existence d'une plus grande prédisposition à la schizophrénie chez les personnes souhaitant migrer a été réfuté par des études ultérieures ayant démontré l'absence de symptomatologie

¹ Une synthèse des résultats est disponible en annexe 1.

psychotique ou pré-psychotique chez des jeunes africains ayant un projet de migration (Lundberg, 2007). Par la suite, la probabilité d'une plus grande prédisposition génétique chez certains groupes ethniques a également été abandonnée, les incidences de schizophrénies dans les pays d'origines n'ayant jamais été retrouvées supérieures à celles des pays d'accueil (Hickling, 1995; Bughra 1996; Mahy, 1999).

Parmi les hypothèses neuro-développementales, le rôle de la vitamine D, l'exposition à des virus neurotropes (rubellose, virus de la grippe, toxoplasmose) ou le rôle des complications obstétricales n'ont pu être retenues (Hutchinson, 1997). De même, il n'a été retrouvé aucune évidence d'un rôle prépondérant de l'abus de toxiques pouvant expliquer le lien entre migration et schizophrénie (Cantwell, 1995; McGuire 1999).

c. Hypothèse psychosociale : vers un modèle socio-développemental

L'insuffisance des données neurobiologiques à fournir un modèle explicatif valide ont amené les chercheurs à se pencher sur le rôle des **facteurs psychosociaux** dans l'émergence des troubles psychotiques chez les migrants.

Se basant principalement sur l'écart important de risque entre les personnes noires et blanches de peau, Cantor-Graae et Selten avancent l'hypothèse d'un rôle prépondérant de la **discrimination** et du **sentiment d'échec social** en reprenant l'idée que les personnes noires souffrent davantage de discrimination au sein des sociétés qu'elles intègrent et ont un niveau social bien plus faible. A l'inverse, le **rôle protecteur de la densité ethnique** vis-à-vis de la schizophrénie a été démontré (Kirkbride, 2007; Veling, 2008). En effet, il est retrouvé une augmentation de risque de schizophrénie d'autant plus importante que l'ethnie est minoritaire, c'est-à-dire que sa population est faible en nombre et en proportion au sein de la société d'accueil.

D'autres études ont mis en avant le rôle pathogène de l'**adversité sociale** et d'événements tels que le célibat, l'isolement social, le chômage (Mallett, 2002), les séparations avec les parents pendant l'enfance (Morgan, 2007), le harcèlement moral, les antécédents d'attaque raciale ou de racisme à l'emploi qui favorisent les pathologies psychotiques (Karlsen, Nazroo, 2002). Les événements évoqués seraient associés à des processus neurocognitifs bien identifiés tels que la sensibilisation du système dopaminergique mésolimbique (Tidey, 1996) ou la dérégulation de l'axe-hypothalamo-hypophysaire (Mondelli). Du point de vue neurocognitif, l'hypothèse

d'apparition de schémas et de biais cognitifs dysfonctionnels est également bien documentée (Garety, 2001).

Reprenant l'ensemble de ces données, Morgan et ses collaborateurs proposent une **modélisation «socio-développementale»²** qui associe un risque génétique présent dès la naissance à des facteurs environnementaux survenant à la fois pendant l'enfance (traumatismes infantiles) et l'âge adulte, eux-mêmes en lien avec un contexte donné au sein duquel le statut social prend toute son ampleur. L'association de ces différents facteurs de risque entraînerait une vulnérabilité plus grande à la psychose sous la forme de symptômes prodromiques (anxiété, dépression, expériences pré-psychotiques) et de dysfonctionnements cognitifs et neurobiologiques, terrain sur lequel la répétition de facteurs de stress environnementaux entraînerait une entrée dans la pathologie psychotique avérée. L'hypothèse principale est donc **que ce sont les expériences sociales, le contexte de vie et donc la notion d'adversité psychosociale qui font la différence, pouvant entraîner certains individus à risque dans des groupes donnés vers la pathologie schizophrénique.**

d. Théorie de la vulnérabilité

Le modèle ainsi décrit offre une excellente mise en perspective de la théorie de la vulnérabilité introduite par les études de Zubin et Spring (1977) dans le champ de la psychiatrie. Ces derniers postulent qu'il existe un *seuil de vulnérabilité à la schizophrénie* propre à chacun par rapport auquel va se situer chaque événement stressant, pouvant dépasser les capacités adaptatives de l'individu et entraîner un épisode psychotique. La notion de « *marqueurs de vulnérabilité* » induit qu'il existe des individus *hautement vulnérables*, porteurs d'un risque élevé de développer des épisodes psychotiques en réaction à des événements mineurs et à l'inverse des *individus peu vulnérables*. Par la suite, Ciompi (1989) a modélisé la vulnérabilité en trois phases: phase prémorbide (élaboration d'un terrain de vulnérabilité), phase de déstabilisation de la vulnérabilité (effet d'un stress) puis phase d'évolution à long terme. La crise y est décrite sous forme d'une *décompensation progressive*, débutant par une symptomatologie peu spécifique (nervosité, angoisse, insécurité) pouvant évoluer par la suite vers une déréalisation et une dépersonnalisation puis un réel état psychotique. On peut citer également le modèle de Brenner (1992), introduisant les notions de *facteurs prédisposants* et *facteurs déclenchants*, les premiers abaissant le seuil de tolérance aux seconds.

² Voir annexe 2.

On voit ainsi comment la migration peut apparaître comme un facteur favorisant l'apparition de troubles psychotiques, mettant alors en pratique le modèle de la théorie de la vulnérabilité. La notion d'**adversité sociale** qui ressort de cette première revue de la littérature nécessite d'être précisée à travers une synthèse des connaissances issues du monde du travail social.

B. CONTEXTE SOCIAL : UNE TRIPLE QUARANTAINE

Les difficultés psycho-sociales des migrants se situent au cœur d'un éco-système **individu** (histoire, vulnérabilités, ressources) **environnement** (droits sociaux, hébergement, accompagnement) et **procédure** (demande d'asile, recours, OQTF). Chacun de ces trois éléments peut apporter son lot d'étayage et de ressources, mais aussi de violence et de souffrance physique et psychique. Si certains migrants ont les ressources nécessaires à des formes de résilience face aux traumatismes subis, bénéficient d'un solide accompagnement social, familial et associatif, et s'inscrivent dans le DNA, relevant ainsi d'une prise en charge médico-sociale, ils sont peu nombreux. Comme le note la CIMADE dans son rapport « *Migrations, Etat des lieux 2012* », seulement un quart des demandeurs d'asile ont été pris en charge en CADA sur le sol national, en 2010. La majorité des migrants comptent donc sur un membre de la famille, la communauté, les dispositifs d'urgence, ou restent en situation de rue le temps de la procédure.

Nous nous attacherons donc à réfléchir aux conséquences psychiques de cette triple quarantaine : **économique (installation dans la précarité), sociale (désaffiliation), et psychique (attente d'un jugement)**. Nous utiliserons le terme de quarantaine, car la procédure de la demande d'asile, s'inscrivant dans une temporalité définie (en moyenne 17 mois), marquée par des impératifs administratifs, contraint à une forme d'isolement social et administratif les migrants. Nous développerons plus amplement la nature de cet isolement dans les paragraphes suivants.

1. Une quarantaine économique : l'installation dans la précarité

a. L'hébergement

L'enquête SAMENTA (2010) révèle que 60% des personnes ayant fréquenté les services d'aide franciliens, pendant la période d'étude, sont nées à l'étranger, et que 25,4% des personnes a déclaré avoir vécu dans une zone de guerre. On peut donc parler d'une surreprésentation des

migrants dans les publics de rue³ et notamment des migrants relevant de l'asile, avec des conséquences importantes sur la santé mentale, et notamment dans l'expression de troubles psychotiques : « *Les troubles psychotiques, majoritairement des schizophrénies, représentent la pathologie la plus grave et la plus fréquente dans cette population comparé à la population générale, soit une prévalence huit à dix fois supérieure.* »⁴

Les migrants ayant trouvé une solution alternative au CADA sont soit chez des tiers (famille, amis, connaissances, compatriotes...), soit dans des CHU, soit à l'hôtel. Ici, encore, le rapport SAMENTA note les effets de l'hébergement en hôtel sur la santé des personnes : « *Les personnes hébergées en hôtel [...] souffrent de troubles anxieux et de troubles dépressifs moyens ou légers, majoritairement liés aux situations administratives et sociales qu'elles traversent (départ du pays d'origine, en provenance de zones de conflits, en attente de régularisation ou déboutées, impossibilité de trouver un emploi, etc.).* »

La situation de rue, la précarité des modes de prise en charge, les conditions inadaptées lors de l'hébergement chez un tiers, etc.... sont autant de facteurs déstructurant en ce qu'ils placent les personnes dans des situations de **rupture, abandon, insécurité** et ne permettent pas d'entamer de processus de reconstruction nécessaire à la suite d'un exil forcé.

b. L'autonomie financière

Le montant de l'ATA est 30,5% inférieur à celui du RSA, pourtant censé assurer « *des moyens convenables d'existence, afin de lutter contre la pauvreté* »⁵. Nous pouvons donc comprendre que même en percevant l'ATA, les demandeurs d'asile restent dépendants des associations et de leur capacité à les mobiliser. Chaque association délivrant un service bien spécifique et souvent sectorisé, il s'agit donc d'une précarité qui morcelle et oblige à multiplier les demandes. Elle met le sujet en position d'assistance systématique, ce qui, pour un adulte chef de famille habitué à subvenir aux besoins de plusieurs personnes, peut être vécu comme une humiliation significative ; avec un risque important de basculer de l'assistance à la désaffiliation, pour reprendre le vocabulaire de Jean Furtos (2007). La **honte** générée par la perte de l'autonomie, l'**impuissance** face à cette posture d'assistance dans laquelle ils sont placés, et le

³ En se basant sur les chiffres de 2009 de l'INSEE, qui compte 5,9% d'étrangers et 8,4% d'immigrés dans la population totale en France.

⁴ Enquête SAMENTA.

⁵ Loi du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion.

découragement produit par les nombreuses injonctions aux démarches sans suite, sont autant de ressentis qui peuvent amener le migrant à la mélancolie, l'inhibition, et la disparition sociale.

c. L'accès aux soins

Si, comme le montrent Cognet et al. (2012), les personnes migrantes arrivent en France en meilleure santé que les autochtones, leur état de santé se dégrade rapidement au fur et à mesure de leur séjour sur le territoire. Les conditions de vie vulnérabilisantes développées précédemment expliquent en partie ce phénomène. Selon Philippe Warin⁶, la non-connaissance (méconnaissance des dispositifs, non-actualisation des droits, changement de situation...), et la non-demande (par inhibition, découragement, « bricolages personnels »...) d'accès aux droits, sont particulièrement présents chez le public du rue. Ainsi, au CASO de Médecins du Monde Lyon, 36% des personnes reçus sont en demande d'asile⁷. Isabelle Parizot (2003) a étudié comment la « resocialisation » à l'œuvre dans les CASO pouvait être un des éléments expliquant l'attractivité de ces lieux, au même titre que les habitudes de « bricolages », l'utilisation du bouche-à-oreille, et la sécurité qu'ils offrent. Pour ce qui est du droit commun, Yan Benoist (2009) a largement démontré combien la précarité et l'origine géographique étaient facteurs de **discrimination**. Les structures spécialisées en santé mentale sont saturées et demandent un temps d'**attente** avant la prise en charge peu adapté à la réalité des personnes⁸. Les difficultés d'accès aux droits et aux services restent donc un facteur d'aggravation des problématiques de santé et alimentent le **nomadisme** médical.

2. Une quarantaine sociale : inutilité, isolement

a. L'interdit du travail

Le travail ayant une fonction sociale très importante, l'absence d'autorisation de travail des demandeurs d'asile touche durement leur capacité d'intégration. Cependant, si, « *pour des raisons qui ne sont pas imputables au demandeur, [l'Office] n'a pas statué sur la demande d'asile dans un délai d'un an suivant l'enregistrement de la demande* » le demandeur d'asile peut demander une autorisation de travail⁹, avec l'aide d'un employeur, selon une procédure

⁶ ODENORE (2010).

⁷ Données extraites du Rapport d'activité de 2011.

⁸ Le centre ESSOR de Forum réfugiés à Lyon demande, au moment de la rédaction de ce mémoire, 3 mois d'attente avant la première consultation.

⁹ Voir article R 742-2 du CESEDA.

contraignante¹⁰ et en fonction d'une liste de 30 métiers non-opposables (en dehors des accords bilatéraux) en Rhône Alpes¹¹. La décision appartient alors à la DIRECCTE, sans que le demandeur d'asile ne puisse argumenter sa requête ou contester la décision. Celui qui ne peut prétendre à ce droit essentiel peut alors se sentir “ **inutile** au monde” (Robert Castel, 2009), perd la dignité et la dimension collective qu'offre le travail. Ainsi, les compétences et qualifications que les personnes ont pu développer avant leur migration ne sont que très rarement interrogées et valorisées en France. Les récits qu'elles doivent produire concernent uniquement des détails contextuels ou les violences à l'origine de leur migration figeant l'identité des personnes autour de ces deux aspects et alimentent le sentiment de **disqualification** sociale.

b. L'interdit de l'insertion

Si l'administration donne aux demandeurs d'asile des éléments tangibles d'intégration dans la société française : une Carte Vitale¹², une carte de transport, un compte bancaire, une place à l'école pour les enfants... la réalité est toute autre. Il leur est particulièrement difficile d'accéder à des cours de français souvent surpeuplés, aux lieux de la culture française, et ils restent entre demandeurs d'asile dans tous les endroits qu'ils fréquentent (CADA, associations caritatives, services administratifs...). Cet **entre-soi** ne leur permet pas de s'insérer, et de se familiariser avec les codes et les normes françaises. Ils restent ainsi étrangers en France pendant des années (le temps de leur demande auprès de l'OFPRA, la CNDA, le recours contre l'OQTF, souvent suivi d'une demande au titre de la santé, puis une demande Vie Privée Vie Familiale...), **déracinés** de leur pays, leur culture, et dans l'incapacité de s'inscrire dans un territoire. Cette **quarantaine géographique** peut-elle se faire sans dommage pour la vie psychique des individus?

c. L'interdit du passé

L'attente passive, l'absence de lieux où parler du passé en dehors des événements traumatiques, cette temporalité basée sur une rythmicité ethno-centrée et “traumato-centrée”, tous ces éléments concourent à mettre en difficulté l'équilibre psychique de l'individu. Dans le cadre de la demande d'asile, les uniques occasions de mettre des mots sur les événements passés

¹⁰ Arrêté du 10 octobre 2007 *fixant la liste des pièces à fournir à l'appui d'une demande d'autorisation de travail*

¹¹ Arrêté du 18 janvier 2008 *relatif à la délivrance, sans opposition de la situation de l'emploi, des autorisations de travail aux étrangers non ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un autre Etat partie à l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse.*

¹² Par opposition aux personnes en situation irrégulière qui ont une carte d'Aide Médicale d'Etat, plus stigmatisante.

sont l'écriture du récit, et l'interrogatoire par l'Officier de Protection. Dans les deux cas, il ne s'agit pas de processus thérapeutique ou de réappropriation de sa propre histoire, mais plutôt d'une surenchère d'éléments témoignant des violences subies, et, de la part de l'écouter, d'une suspicion de dissimulation ou affabulation.

Comme l'a développé Ferradji T. (2003), les données spatio-temporelles jouent un grand rôle dans le lien entre environnement social et santé mentale. Dans le cas de la demande d'asile, le départ précipité provoque une "**rupture transgénérationnelle**", et ainsi une **perte du cadre externe et interne**, entraînant une remise en question de la place du sujet dans son environnement. Ferradji rappelle ainsi que "*dans la migration, peut être plus qu'ailleurs, la temporalité participe à la structuration des interactions entre le dehors (la culture au sens anthropologique) et le dedans (le fonctionnement psychique de l'individu).*"

3. Une quarantaine psychique : attente d'un jugement ordalique

a. Le recueil du récit

Lorsque le passé fait souffrance et le présent est suspendu, le demandeur d'asile confie ce qu'il a de plus précieux, son devenir, dans les mains d'agents administratifs. Un premier récit est rédigé avec l'aide de l'association compétente, et permet l'enregistrement de la demande d'asile. Il conditionne l'entretien oral à l'OFPRA. Le chargé d'opération¹³ a des connaissances géopolitiques et juridiques, mais n'est pas formé à la clinique du traumatisme. Il explique, avec l'aide d'un interprète si nécessaire, les enjeux et attentes vis à vis de ce récit, et joue le jeu de l'administration: rendre ce récit cohérent et crédible. Sans maîtriser totalement les conséquences en terme de santé mentale que peuvent avoir la reviviscence des événements traumatiques, il doit demander les détails et les éléments de contexte permettant au récit de paraître crédible. Ce récit se fait donc dans une forme de double anomie : l'incompréhension face aux règles qui régissent l'asile (le professionnel qui accompagne aide ou juge? qui croire, ce dernier ou les compatriotes?...), et la perte des repères sociaux (la hiérarchie, le rapport de genre, l'âge...). Ce **désordre** social, ajouté à l'**isolement**, peut faire violence. L'attente prend alors une dimension **inquiétante**, et ne permet pas d'entamer un processus de réparation.

¹³ Selon le vocabulaire utilisé par l'association Forum Réfugiés, chargé de l'accompagnement des demandeurs d'asile en Rhône Alpes.

b. Le récit comme climax

Les trois effets pervers de la réactivation traumatique décrits par Patsalides B. (2008) résument parfaitement les contradictions et la dangerosité de ce récit de la demande d'asile. En effet, elle souligne que si la violence du traumatisme a un "*caractère intrusif, chaotique, incompréhensible et imprévisible*", le récit, lui, doit être parfaitement cohérent, circonstancié, et précis, ce qui peut être assimilé à une injonction paradoxale, tant cela est incompatible avec la réalité psychique de la personne.

Le deuxième effet vient du caractère indicible des tortures et violences subies, et de l'impossibilité de raconter de tels faits tant ils peuvent paraître disproportionnés pour des personnes qui n'ont pas assisté à la scène. En dernier lieu, B. Patsalides note qu'un des effets du syndrome post-traumatique est l'altération de la mémoire, or c'est sur cette faculté en particulier, que les demandeurs d'asile doivent être particulièrement performants. Dates exactes, heures, jour de l'année, nom du lieu, de la personne, ils doivent donner des éléments précis sur lesquels les officiers de protection et les juges s'appuient pour juger de la réalité des faits, ce qu'ils ne peuvent pas faire, du fait même des effets du traumatisme.

Il ne s'agit donc pas ici d'un récit de vie, rendant possible l'émergence d'un sujet au centre de son histoire et de l'Histoire, mais bien d'un récit du traumatisme obéissant à une **commande aliénante**, et mettant le demandeur d'asile au cœur d'une **injonction paradoxale**.

c. L'attente d'un jugement ordalique

Comme l'explique Abdelnasser Al Saad Egbariah (2003), le temps de l'attente est particulièrement déstructurant: « *Le sentiment de lassitude, d'ennui, d'inutilité, d'angoisse, éprouvés dans les ombres de la période d'attente entre l'introduction de la demande d'asile et l'obtention d'une réponse définitive figent la personne et la famille dans un « hors temps » et un espace sans contours. Le piétinement de l'horloge et la défaillance du cadre, du contenant, sont deux facteurs pathogènes qui menacent l'intégrité psychosomatique de la personne et bouleversent les relations au sein de la famille et ses rapports avec le monde social.* »

De plus, la décision, qui peut induire une notion de vie ou de mort (dans le cas d'un retour forcé au pays, la sécurité de la personne n'est pas toujours assurée), ou remettre en question la stabilité

de la personne (impossibilité sociale du retour entraînant l'errance), est exposée en terme administratifs peu compréhensibles et justifiée de manière stéréotypée¹⁴.

Le terme d' "**ordalique**" utilisé ici renvoie donc au caractère **aliénant** et rédhibitoire, qui peut apparaître, à l'aune de l'effondrement du taux de reconnaissance du statut de réfugié et de l'augmentation du taux de reconduites à la frontière, comme une "conduite comportant une **prise de risque mortel**, par laquelle le sujet [tentera de retrouver la maîtrise] de son destin."¹⁵

Ce parcours de vulnérabilité articulé autour d'une triple quarantaine (économique, sociale, et psychique) conduit donc à la perte de son histoire, son statut social et familial (quand les enfants parlent mieux français que les parents...), et sa capacité à se projeter dans un avenir. Comme le résume Abdelnasser Al Saad Egbariah (2003) "*La procédure de demande d'asile fait donc partie des situations « extrêmes » et constitue un terrain fertile pour la production ou la reproduction du traumatisme et pour l'éclosion de la maladie bio-psycho-sociale.*"

4. De la quarantaine à l'adversité psycho-sociale

J. Furtos, chef de file des penseurs de la clinique psychosociale¹⁶, se base sur un schéma sociologique de Robert Castel pour illustrer le processus (Furtos 2000) de vulnérabilisation psychique. On y observe que la qualité et l'intensité des liens sociaux rééquilibrent les processus d'exclusion quand la sphère du travail (et donc de l'autonomie) est atteinte. A l'opposé, les sphères de la « *vulnérabilité* » et de la « *désaffiliation* » provoquent une souffrance inacceptable, que le sujet transforme en symptômes lorsqu'il est intégré, ou évite par un processus de désubjectivisation lorsqu'il est exclu. Cette dernière sphère provoque une « *souffrance qui empêche de souffrir* », c'est-à-dire une mise à distance avec son corps et ses affects, une « *déshabitation de soi* » que nous avons déjà abordé dans les chapitres précédents sous le terme de quarantaine. Comme cela a été démontré, c'est bien l'absence de liens sociaux et d'autonomie socio-économique qui accélère le phénomène de désaffiliation chez les demandeurs d'asile, de même que l'assignation identitaire à un statut administratif aliénant.

¹⁴ Voir Annexe 8.

¹⁵ Définition du dictionnaire Larousse

¹⁶ La clinique psychosociale est définie par J. Furtos comme « *la prise en compte d'une souffrance psychique qui s'exprime sur les lieux du social* » : Furtos, J. et Laval, C. (2005).

J. Furtos pose alors la question de la lecture des symptômes de cette souffrance, et remet en question la nosographie habituelle des soignants (et entre autre une psychiatrisation à outrance). Car si “*le mal-être des intervenants fait parti de la clinique psycho-sociale, il en est même la condition*” (Furtos 2005), la clinique de l’exil et de la précarité décrite ici est aussi marquée par le débordement et la remise en question des lieux de soin.

Nous avons ici préféré le terme d’adversité plutôt que vulnérabilité car il nous a semblé qu’il rendait mieux compte des défenses mises en place par le sujet, et du rôle majeur d’un environnement délétère sur la santé mentale. Il ne s’agit pas seulement de rendre compte de cette *désaffiliation*, mais aussi de tous les facteurs en jeu, dont le facteur migration sur lequel nous faisons un focus ici. De plus, la notion d’adversité permet également d’envisager une influence qui reste à préciser de cet environnement sur les professionnels du soin.

A ce stade, la synthèse entre les données consensuelles des sciences humaines et fondamentales, les connaissances du monde du travail social et de la clinique permet d’avancer l’existence du modèle biopsychosocial suivant:

Les usagers ou patients migrants ont à faire à un environnement nouveau marqué par une adversité psychosociale (quarantaine économique, sociale et psychique) qui peut offrir un terrain de double vulnérabilité (psychosociale et neurobiologique) intense et venir faire écho à des traumatismes anciens ou récents, potentialisant fortement l'apparition de phénomènes psychopathologiques pouvant correspondre ou ressembler de manière plus ou moins intense et de manière plus ou moins pérenne à une symptomatologie psychotique. Ce modèle intrique la coexistence possiblement traumatogène d'évènements antérieurs et de leur "dés-accueil" psychosocial dans la société d'asile et peut de fait être dénommé "modèle biopsychosocial".

C. CRITIQUE DES DONNEES: L'ETHNOPSCHIATRIE

Au-delà du consensus apparent amenant à ce modèle d’adversité et de vulnérabilité psychique à la psychose, l’école ethno-psychiatrique française, menée par le Pr M-R Moro et le Dr T. Baubet (2012), apporte des critiques documentées à l’existence d’un lien causal direct.

1. Définition des groupes

Dans le cas des travaux en matière de migration, force est de constater que la définition du concept de « migrant » demande à être retravaillée du fait de son manque de précision. Cette remarque paraît d'autant plus pertinente que les flux migratoires, les conditions d'accueil et les types de migration se modifient au fil du temps et au grès des conditions socioéconomiques, politiques et géopolitiques. Ainsi, alors que l'étude de Cantor-Graae et Selten insiste sur le caractère hétérogène des groupes étudiés, il peut paraître étonnant de ne pas retrouver de catégorisation plus spécifique des migrants, la simple mention du lieu de naissance du patient ou de ses parents semblant peu à même de rendre compte de la complexité d'un parcours migratoire et de ses effets psychopathologiques potentiels (voir Gatti, 2010).

2. Validité transculturelle du diagnostic

Les travaux menés en ethnopsychiatrie font état de différences à la fois dans l'expression symptomatologique de mêmes pathologies psychiatriques et du diagnostic posé en fonction de l'origine des patients. Ainsi, Mukherjee et al. (1983) ont montré qu'aux Etats-Unis les patients bipolaires afro-américains et hispano-américains encouraient un plus grand risque de se voir attribuer un diagnostic de schizophrénie, ce d'autant plus qu'ils étaient jeunes et souffraient d'hallucinations. De même, une étude anglaise (Johns, 2002) a démontré qu'en population générale, 9.8% des sujets caribéens présentaient des hallucinations contre seulement 4% des sujets caucasiens. Après standardisation, seules 25% des patients relatant la survenue d'hallucinations étaient atteints d'un trouble psychotique, la proportion étant plus importante pour les patients caucasiens (50%) que pour les caribéens (20%).

Dans ce cadre, un étude portant sur le risque de psychose chez les migrants marocains aux Pays-Bas (Zandi, 2007) a fait grand bruit et porté un fort contrebalancement aux résultats jusqu'alors retrouvés. En effet, cette étude tenait à s'assurer de la validité transculturelle de l'existence d'un sur-risque de psychose en situation migratoire, en utilisant deux échelles diagnostic distinctes, une (CASH) non standardisée à la culture, la seconde (CACH-CS) standardisée à la culture marocaine. Si les résultats avec la première échelle ont corroboré ceux antérieurs (majoration du risque évaluée à 7.9), ceux retrouvés avec utilisation de la seconde n'ont montré aucune différence significative entre populations autochtones et migrantes en

matière de schizophrénie, mettant en avant un phénomène d'erreur diagnostique due au caractère interculturel.

3. Stabilité du diagnostic

Les dix-huit études utilisées pour la méta-analyse de Cantor-Graae et Selten portent uniquement sur des primo-admissions hospitalières ou des premières demandes de consultation, questionnant ainsi l'évolution du trouble observé dans le temps, tant du point de vue de sa pérennisation que de sa validité. Une étude de Kirov et Murray (1999) a ainsi démontré que les patients bipolaires caribéens noirs présentaient davantage de symptômes schizophréniques et d'idées délirantes que leurs homologues blancs, notamment lors de la première décompensation de la maladie.

Ce dernier paragraphe tend à postuler que l'adversité psychosociale évoquée au début de cette première partie se retrouverait directement dans l'espace de soin et les pratiques soignantes et pas uniquement dans le "dés-accueil" social et économique dont sont victimes les personnes migrantes. L'école ethnopsychiatrique va jusqu'à dire que cette augmentation du risque psychotique n'est qu'un artefact diagnostique ne recouvrant aucune réalité de terrain, ce qui nous amène à poser la question de ce qu'est cette adversité psychosociale et de ce que peut recouvrir la notion de quarantaine. La problématique devient donc maintenant : **de quelle manière la notion d'adversité psychosociale se retrouve dans les discours voire les pratiques diagnostiques des professionnels de la psychiatrie? En quoi le diagnostic de psychose en situation migratoire peut-il correspondre à un type particulier d'adversité psychosociale?**

Afin d'offrir des réponses possibles à ce questionnement, nous avons effectué une enquête de terrain auprès de professionnels de la psychiatrie dont la méthodologie et les résultats sont exposés dans le paragraphe suivant.

2ème partie: ENQUÊTE DE TERRAIN

*Cette première partie de contextualisation théorique concernant les liens entre psychose et migration nous a permis de mettre en lumière un consensus entre sciences fondamentales et sciences humaines quant aux rôles que peuvent jouer les conditions d'accueil délétères décrites (quarantaines économique, sociale et psychique) dans l'apparition et la prévalence accrue des phénomènes psychotiques chez les migrants. Qu'il soit issu des théories neurobiologiques ou psychodynamiques, l'émergence d'un "**modèle biopsychosocial**" semble s'être dessinée au détour de la dernière décennie, sous-tendu par la notion d'une double vulnérabilité majorée chez les migrants.*

Il convient également de prendre en compte les critiques ou réserves qui sont émises par différents mouvements théoriques quant à ce lien causal direct, pour tenter d'apporter un modèle réellement valable. Issus des travaux de l'école ethnopsychiatrique française, plusieurs points nous amènent en effet à être prudents à l'égard d'un diagnostic trop hâtif et viennent interroger la place réelle de l'adversité dans la prise en charge et la démarche diagnostique de la part des professionnels de la psychiatrie.

A. ARGUMENTAIRE ET METHODOLOGIE GENERALE

Dans l'optique de tester notre problématique, il nous a semblé intéressant de mener une enquête auprès des **professionnels psychiatres** afin de repérer les déterminants leur permettant de prendre ou non en compte la migration dans leur démarche diagnostique. Alors que de nombreuses études multicentriques sont actuellement en cours à l'échelle européenne pour tenter de valider la pertinence du modèle biopsychosocial en matière de prise en charge des patients migrants, il nous est en effet apparu préférable de nous pencher sur le point de vue des professionnels pour tester notre hypothèse de recherche. L'argument voulant que les difficultés rencontrées par les professionnels face à des populations en souffrance psychosociale fassent partie de la symptomatologie même des patients, a également motivé ce regard porté préférentiellement sur les professionnels. Ainsi, le mal-être des intervenants pourrait s'apparenter à "*l'aliénation momentanée*" que décrit Pestre. Cette rencontre avec "*la troisième différence*" qu'évoque Kaës (1998) ou "*l'inquiétante étrangeté*" de Freud (1919) peut-elle en elle-même modifier la démarche diagnostique ou le regard porté sur les patients migrants? Quel est le rôle de la rencontre soignant-soigné dans les phénomènes psychopathologiques à l'oeuvre en matière de migration?

L'analyse du rôle primordial des positions subjectives des soignants dans l'accueil de la souffrance psychique nous est apparue particulièrement pertinente. En effet, une enquête sur la santé des migrants a été menée en Suisse en 2001 (Chimienti, Cattacin, Efionayi, Niederberger et Losa) auprès de professionnels du champ psychiatrique et social utilisant la méthode Delphi (consultation d'experts pour mise en évidence de convergences et consensus). Elle retient dans un paragraphe intitulé "Domaine psychosocial", que la schizophrénie et les troubles psychotiques "*n'entraient pas dans les priorités au sein des soins apportés aux migrants*", n'étant pas considérés comme directement liés au processus migratoire, à l'inverse des troubles réactionnels, dépressifs ou addictifs. Il convient alors de s'interroger si, douze ans plus tard, l'apport des études épidémiologiques et des travaux en sciences humaines a tendu à modifier ce positionnement.

Nous avons choisi de n'interroger que des psychiatres, car toute autre profession de santé mentale aurait constitué un biais supplémentaire, que nous n'avons pas la place d'analyser ici. Nous n'avons retenu que le **milieu professionnel**, libéral, associatif ou institutionnel (intra ou

extra-hospitalier), comme critère et leur avons soumis deux séries de Q-sort tests afin de récolter finement les appréciations subjectives des professionnels sur notre problématique.

Le test utilisé dans ce travail pour appréhender la problématique abordée est un test du Q-sort (**Quotation Sort** - Tri par proposition). Ce test, créé en 1953 par le statisticien W. Stephenson, permet d'effectuer un tri sélectif et d'analyser la "*distribution et l'interrelation d'attitudes individuelles dans l'évaluation par un groupe donné d'une situation donnée*" (Seltner Iden, in Pourtois & Desmet, 2007) en se "*préoccupant de la subjectivité de la personne*". Il consiste une hiérarchisation ou "*ordination forcée*" par la personne testée d'un nombre donné de propositions. Il nous est ainsi apparu comme l'instrument le plus efficient dans l'optique d'analyser la place que les professionnels donnent au facteur migration dans le diagnostic des troubles psychotiques du fait du recueil et de l'analyse d'un grand nombre de données subjectives qu'il permet en un temps réduit.

Un premier test a été établi autour de la perception des problématiques migratoires dans leur pratique soignante. Un deuxième test a été réalisé ensuite autour d'une situation clinique, avec dans les propositions de diagnostic des pathologies prenant plus ou moins en compte le facteur migration¹⁷.

La partie concernant les discours des soignants visait à analyser les opinions des psychiatres concernant les liens entre psychose et migration à travers seize énoncés proposés. L'ordination se faisait dans un tableau à cinq colonnes, nombre déterminé par la loi normale de Laplace-Gauss. En effet, selon J.M. Faverges (in Pourtois & Desmet, 2007) la répartition des propositions doit suivre la répartition suivante : 6,7%; 24,2%; 38,2%; 24,2%; 6,7% ce qui donne le nombre de proposition par colonnes suivant: 1 - 4 - 6 - 4 - 1. Ceci permettait de hiérarchiser l'ensemble des énoncés selon la valeur de véracité qui leur était accordée via l'échelle suivante: *tout à fait d'accord, d'accord, plus ou moins d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord*. Le questionnaire a initialement été testé sur plusieurs internes en psychiatrie afin d'affiner les propositions, d'éviter les énoncés ambigus ou peu compréhensibles et les stéréotypes. Nous avons veillé à ce que les énoncés soient le plus neutres possibles afin d'éviter que certains ne soient systématiquement rangés d'un côté ou de l'autre du tableau du fait de leur valeur négative ou positive évidente. La réalisation préalable du test a favorisé cette neutralité des propositions

¹⁷ Les deux modèles d'enquête ainsi que tous les résultats statistiques se retrouveront en annexe.

grâce aux réactions des personnes testées (modifications d'énoncés jugés peu clairs ou stéréotypés).

L'idée est ensuite venue d'y associer un test diagnostique consistant en une ordination forcée de seize diagnostics répondant à un cas clinique fictif. Cette partie du test visait principalement à éclairer d'une autre manière le premier questionnaire concernant les discours, reprenant en cela les prérogatives de J.P. Pourtois et H. Desmet (2007) qui conseillent, afin d'accroître la validité de l'information recueillie dans le test du Q-sort "*d'effectuer une approche diversifiée du thème investigué par l'emploi de techniques variées*", ce qu'ils appellent la "*triangulation méthodologique*". Elle consistait en une utilisation détournée du Q-sort et ne répondait pas stricto sensu aux critères statistiques d'un test du Q-sort classique. Le cas clinique fictif comprenait des éléments cliniques dont l'origine psychopathologique pouvait porter à discussion (éléments hallucinatoires ou syndrome de répétition post-traumatique, sentiment de persécution ou reviviscences anxieuses...) ainsi que des événements de vie d'ordre traumatique pouvant amener à certains préjugés. Malgré son caractère fictif, il reposait sur des histoires cliniques réelles rencontrées respectivement sur le terrain du social et de la psychiatrie de secteur par les deux auteurs de ce mémoire. Il s'agissait ainsi d'observer les tendances diagnostiques en terme d'hétérogénéité des diagnostics ou si les éléments de vie pouvaient entraîner un certain "jugement diagnostique" et la mise en avant de diagnostics à priori peu adaptés et ainsi constituer une forme d'adversité pour les patients migrants. Seize diagnostics issus du DSM-IV étaient proposés et devaient être classés dans un tableau en croix comprenant 5 colonnes établies selon le degré de probabilité attribué aux diagnostics: *très probable, probable, plus ou moins probable, peu probable, pas du tout probable*, sous la forme suivante en terme de nombre de cellules: 1 - 3 - 7 - 3 - 1.

Après avoir été testé préalablement et ajusté en fonction des retours, l'ensemble du questionnaire a été envoyé via *mailing list* à l'ensemble des internes et psychiatres adhérents de l'AFFEP (Association Fédérative Française des Etudiants en Psychiatrie), les médecins du Centre Hospitalier Saint Cyr au Mont d'Or, les psychiatres de Médecins du Monde à Lyon et de Forum Réfugiés à Lyon.

Concernant la grille de lecture du test, il est nécessaire de rappeler que le Q-sort se situe aux frontières respectives des méthodes qualitatives et quantitatives, puisque amenant à un traitement statistique de données subjectives. Ainsi, selon son emplacement dans le tableau en

croix, chaque énoncé ou diagnostic se voyait attribuer un score allant de -2 (le moins probable) à +2 (le plus probable). Avec l'effectif de personnes interrogées, nous n'avons pas pu légitimement adopter un traitement purement quantitatif et sommes donc restés dans le domaine qualitatif, ce qui ne nous a pas permis de recourir à des moyennes et à des scores discutables puisque basés sur le principe que deux avis favorables équivalaient à un avis très favorable. Nous avons donc plutôt analysé les proportions des cinq options de choix (très favorable, favorable, défavorable, très défavorable), le modèle de hiérarchisation et discriminé les réponses en fonction de critères donnés. Par exemple, pour la partie diagnostique, il nous a semblé possible de les séparer selon quatre déterminants:

- leur place dans les axes du DSM-IV: axe I, axe II ou axe "culturel"
- leur caractère évolutif: aigu ou chronique
- leur caractère réactionnel ou non
- leur valence "névrotique" ou "psychotique"¹⁸

Après une première lignée de réponses homogènes, il nous a semblé intéressant de modifier légèrement l'anamnèse et les données culturelles du cas clinique sans pour autant changer les symptômes présentés afin d'objectiver l'apparition ou non de modifications dans le discours ou la démarche diagnostique des professionnels en fonction de l'origine ethnique et culturelle, et du parcours de vie. Les règles de réponse au test et d'analyse des données et la partie du test concernant les opinions des professionnels sont demeurées à l'identique.

¹⁸ Appartiennent à l'**axe I du DSM-IV** les diagnostics suivants: épisode dépressif majeur, pharmacopsychose, schizophrénies, bouffé délirante aiguë, état de stress post-traumatique, trouble anxieux, épisode mélancolique, trouble bipolaire et trouble de l'adaptation. L'axe II comprend l'ensemble des diagnostics de trouble de personnalité. L'axe dit culturel correspond aux "culture-bound" syndrom, situés dans un appendice du DSM-IV-TR.

Ont été classés comme d'**évolution aiguë** les diagnostics suivants: épisode dépressif majeur, pharmacopsychose, BDA, ESPT, "Culture-bound syndrom", épisode mélancolique, trouble de l'adaptation. L'ensemble des autres diagnostic était considéré comme d'évolution chronique.

Étaient décrits comme **réactionnels**: épisode dépressif majeur, pharmacopsychose, BDA, ESPT, culture-bound syndrom et trouble de l'adaptation.

Ont reçu une **valence psychotique** les diagnostics suivants: pharmacopsychose, schizophrénies, BDA, épisode mélancolique, trouble de personnalité schizotypique, trouble schizo-affectif. Les autres diagnostics, à l'exception du trouble de personnalité borderline, se sont vus adresser une valence névrotique.

B. LE DISCOURS DES PROFESSIONNELS

1. Méthodologie

Cette partie de l'enquête a utilisé un test du Q-sort classique comprenant 16 propositions différentes, portant sur les effets potentiels de la migration sur la psychose, les dispositifs de traitement mis en place ou les soignants eux-mêmes¹⁹.

Il s'agissait donc ici de mesurer la nature des rapports entre les soignants et les patients migrants au travers de la démarche diagnostique, d'observer si ces patients sont porteurs d'adversité et de remise en question, ou si au contraire, les démarches diagnostiques classiques leurs sont appliquées sans tenir compte du facteur migration. Les patients migrants sont-ils perçus par les professionnels comme une source de difficultés supplémentaires, voir une limite de leur pratique, ou au contraire témoignent-ils d'une envie de repenser celle ci afin de s'adapter à ce nouveau public?

Pour la lecture des résultats, un diagramme en bâtons a été fait afin de repérer les tendances que les scores laissent entrevoir. Pour faciliter la compréhension de celui-ci, un seul mot a été retenu, résumant la proposition²⁰. Cette dernière a cependant été rappelée intégralement dans les commentaires.

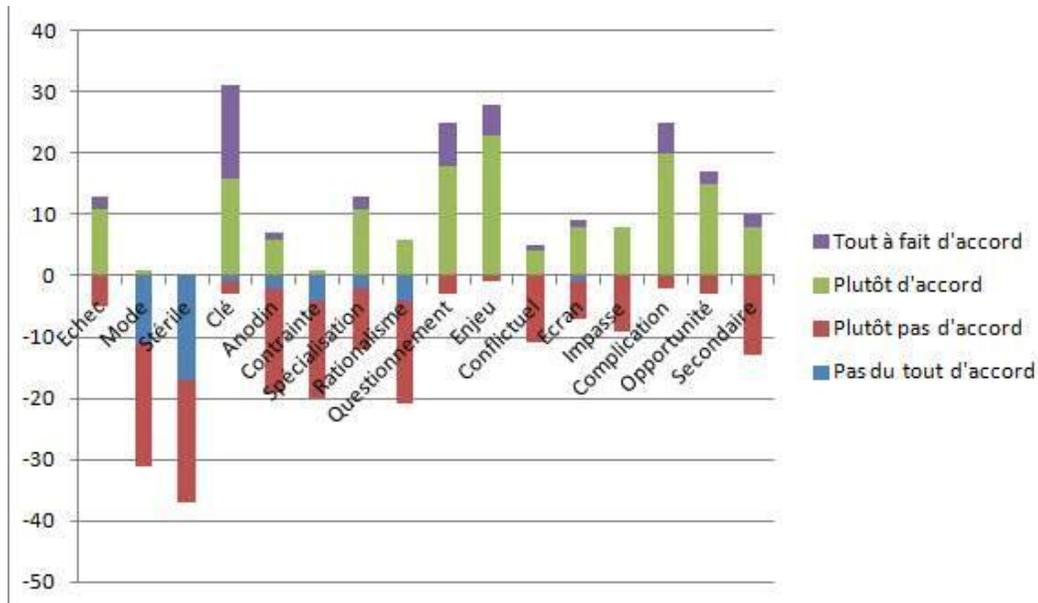
2. Résultats

Le nombre total de tests pris en compte pour l'analyse est de 40. Sur le premier test, 22 réponses, dont 11 de praticiens et 11 d'internes, ont été validées; pour ce qui est du deuxième test, seules 18 réponses ont été utilisables, dont 9 internes et 9 psychiatres. Seule une professionnelle bénévole à Médecins du Monde a répondu, ce qui ne nous a pas permis de comparer, comme cela était prévu au départ de notre recherche, les réponses issues du droit commun et celles du milieu associatif.

En premier lieu, il s'agit de commenter les résultats obtenus dans leur globalité (c'est à dire test 1 et 2, internes et praticiens). Ils peuvent apparaître sous forme de diagramme comme suit:

¹⁹ Voir annexe 3.

²⁰ Les deux sont en annexe 3.



Le premier constat qui peut être mis en exergue est celui d'un certain consensus sur les réponses (peu d'écarts -2/+2 notés sur une même proposition).

Les propositions atteignant les scores les plus hauts (scores confirmés par le faible taux de réponses neutres "plus ou moins d'accord" ou négatives) sont:

- **Le facteur migration est un élément clé pour comprendre l'ensemble de la symptomatologie des usagers présentant des manifestations psychotiques**
- **Le facteur migration est un enjeu pour comprendre l'ensemble de la symptomatologie des usagers présentant des manifestations psychotiques**

Hypothèse: Les psychiatres font donc nettement le lien entre manifestations psychotiques et migration. L'évolution du public, avec l'arrivée importante de migrants dans le droit commun, et notamment au niveau des services d'urgence, et les données de la recherche des dix dernières années (données qui influent sur les pratiques) peuvent expliquer ce discours, tout comme le fait que seuls des professionnels concernés ont a priori répondu au questionnaire. Cependant, on peut noter, dans les commentaires²¹ adressés lors du retour du questionnaire, une vraie préoccupation pour cette thématique.

Les deux propositions atteignant les meilleurs scores ensuite sont:

²¹ Voir annexe 9.

- **Le facteur migration est, sur les usagers présentant des manifestations psychotiques une source de remise en question pour les professionnels**
- **Le facteur migration est, sur les usagers présentant des manifestations psychotiques un des éléments qui compliquent la démarche diagnostique**

Hypothèse: Ainsi donc, après avoir été perçu comme une clé de compréhension et un enjeu dans la démarche diagnostic, le facteur migration apparaît comme une remise en question et un élément de complication, On voit donc ici qu'il y a une hésitation entre la prise de conscience de l'importance du facteur migration, et simultanément les difficultés qu'il entraîne dans la démarche diagnostique.

Inversement, quatre propositions ont été décrites comme non adaptées à la description des liens entre facteur et migration.

- **Le facteur migration est un élément sans rapport avec les symptômes psychotiques**
- **L'utilisation du facteur migration en matière de psychose est une explication influencée par une mode**

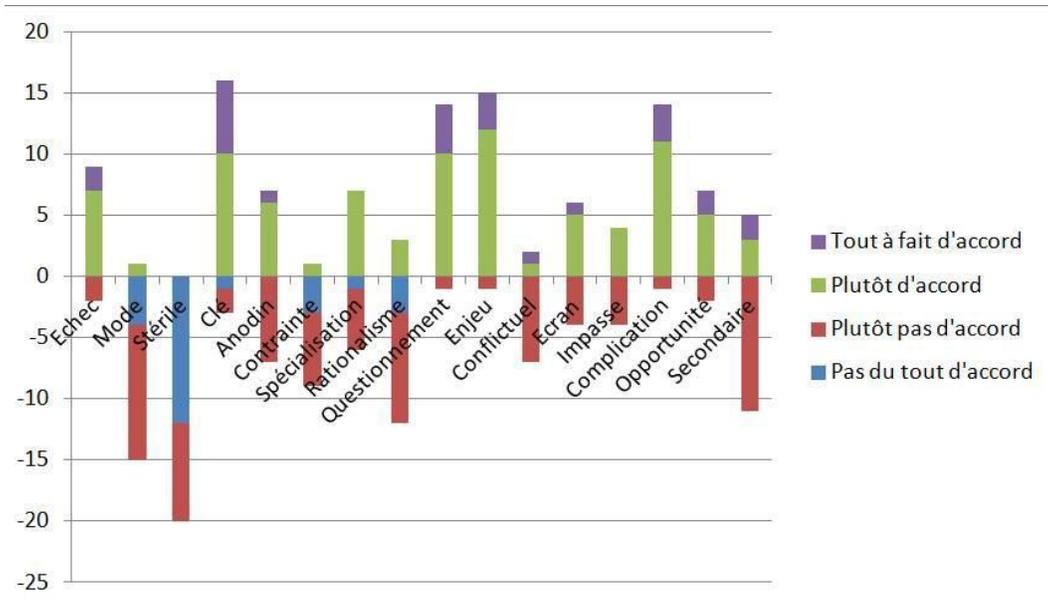
Hypothèse: Les professionnels interrogés confirment donc qu'ils font bien le lien entre symptômes psychotiques et facteur migration, et cela indépendamment des phénomènes de mode. Cette réponse peut être expliquée par le contexte dans lequel a été réalisé ce Q-sort, l'intérêt préalable des soignants ayant accepté de répondre à ces questions, et le peu d'anonymat garanti par la forme des réponses (par mail). Il faudra donc modérer ces résultats et s'attendre à ce que dans d'autres conditions ils aient été différents.

Les deux propositions rejetées ensuite, par ordre d'importance, sont:

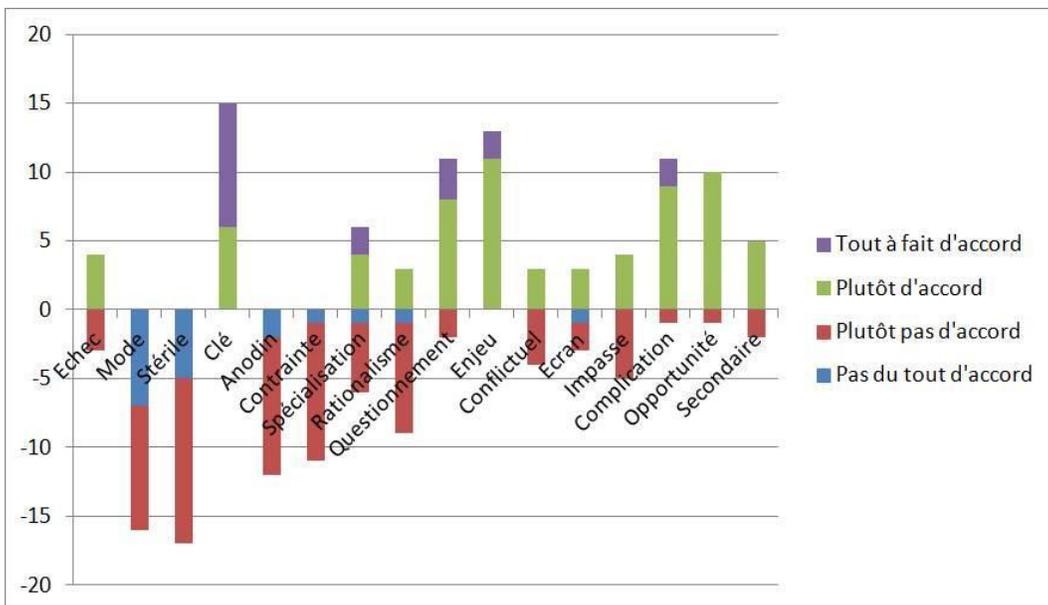
- **Le facteur migration est une source de rationalisme morbide pour les patients**
- **Le facteur migration représente une contrainte imposée par un nouveau public**

Hypothèse: Ici aussi l'intérêt du facteur migration est réaffirmé, ce n'est pas un raisonnement abstrait et obsédant, ni un élément peu maîtrisé et imposé par le patient, mais bien une difficulté positive, qui pousse les professionnels à repenser leurs évaluations. Ce n'est pas le public migrant qui impose cette difficulté, mais bien les professionnels qui s'en emparent pour remettre en question leurs diagnostics, et repenser leur pratique.

Lorsque les deux tests sont analysés séparément, quelques petits décalages s’observent qu’il importe de noter. Ainsi, en ce qui concerne le premier test (portant sur une jeune femme de nationalité serbe), les résultats peuvent s’illustrer comme suit:



Pour ce qui est du deuxième test (portant sur une jeune fille d’origine soudanaise), ils peuvent être lus comme suit:



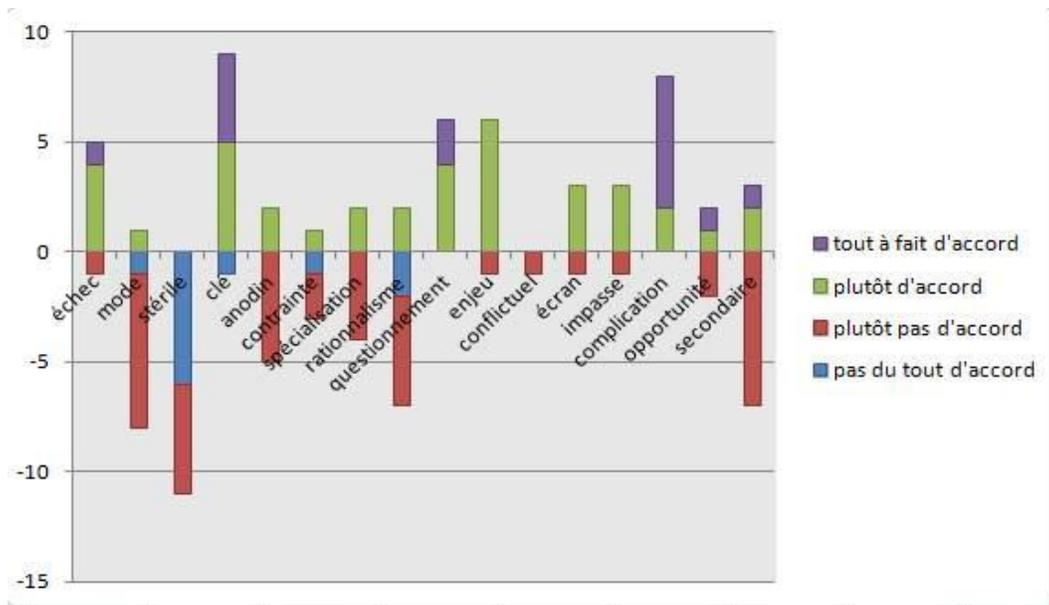
Nous pouvons, en superposant les deux tests, remarquer que la proposition 4 (“Un élément clé pour comprendre l’ensemble de la symptomatologie”) est plus unanimement partagé dans le test 2, et que la proposition 5 (“Un élément d’anamnèse parmi tant d’autres”) est, a contrario, plus

unanimentement décriée dans le test 2. Par contre la proposition 16 (“Loin d’être la principale cause des troubles”) est moins rejetée dans le 2ème test.

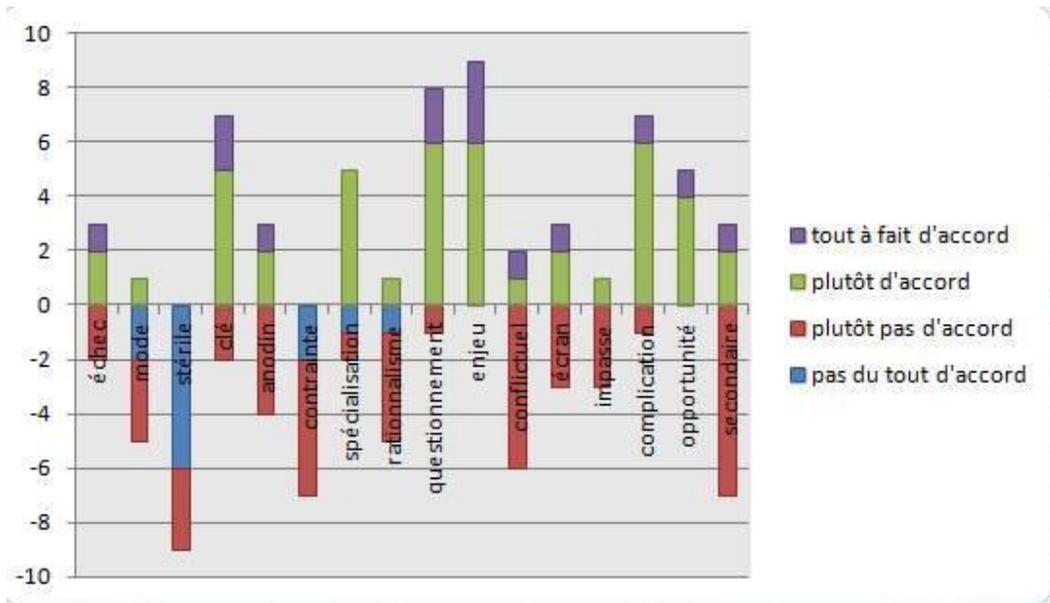
Hypothèse: Il est certain que le faible échantillon de réponse ne peut rendre significatifs ces résultats, mais on peut tout de même poser la question de la prise en compte du facteur migration par origine, et notamment en rapport avec notre propre perception de la migration et de l’inconnu. Ainsi, l’étrangeté d’une soudanaise ne peut être comparée à celle d’une serbe, considérée comme européenne, et dont les codes culturels sont plus familiers. Il serait alors intéressant d’étudier comment le pays d’origine, et donc notre perception ethno-centrée, joue sur l’importance donnée à l’exil dans la démarche diagnostique.

Puis, nous pouvons observer les deux tests avec une attention particulière sur les décalages entres internes et praticiens. Pour le deuxième test, ils ne sont pas significatifs, et cela en partie à cause du nombre moindre de réponses. Cependant, pour ce qui concerne le premier test on observe plus de disparité entre les réponses des internes et celles des psychiatres.

Pour les internes, les résultats peuvent s’illustrer ainsi:



Pour les praticiens, ils peuvent se décomposer comme suit:



Deux décalages notoires peuvent être retenus:

-« **Le facteur migration est, sur les usagers présentant des manifestations psychotiques un des éléments qui compliquent la démarche diagnostique** », semble être une proposition qui concerne plus les internes.

-« **Le facteur migration est, sur les usagers présentant des manifestations psychotiques une source de conflit entre professionnels** », obtient des positionnements plus francs de la part des praticiens, et cela plutôt dans le sens d'un désaccord.

Ainsi, on peut observer que les internes se sentent plus en difficulté concernant la prise en compte du facteur migration dans leur diagnostic, et que cela peut être potentiellement une source de conflit entre professionnels. Les autres décalages, étant minimes, ne peuvent pas être retenus comme significatifs.

Hypothèse: On peut faire comme hypothèse que ces contrastes illustrent le rôle majeur de l'expérience/enseignement face aux liens entrevus entre psychose et migration. Ainsi, les différences ont pu résulter de l'effet institutionnel de la psychose des migrants, de l'enseignement sur le sujet tel qu'il est pratiqué, ou de la durée des suivis nécessaire à la prise en compte de cette causalité psychopathologique.

Ces résultats portent sur le discours des professionnels, c'est-à-dire ce qu'ils disent de leur pratique et de leur vision de la problématique, il sera maintenant intéressant d'observer leurs pratiques directement, c'est à dire la démarche diagnostique qu'ils mettent en œuvre autour de celle ci.

C. La pratique diagnostique des soignants

1. Premier cas clinique: patiente serbe de 19 ans

a. Contenu

Le cas clinique initial était celui d'une patiente serbe de 19 ans vivant en CADA (cf annexe 4), présentant une symptomatologie floride (troubles relationnels, troubles de la régulation affective, troubles du comportement), exacerbée depuis une quinzaine de jours sous formes de visions diurnes "d'ombres" menaçantes et de cauchemars nocturnes itératifs, associée à une attitude d'étrangeté avec anxiété et comportements de fuite l'ayant amené à une tentative de défenestration la veille de la consultation. Lors de l'entretien psychiatrique initial, elle se montre mutique, méfiante puis agressive avant de présenter un épisode de dissociation (rire immotivé). L'anamnèse décrivait une fuite de Roumanie trois ans auparavant (où elle vivait chez sa grand-mère, du fait de viols répétés dans un réseau de prostitution), une séparation d'avec son enfant de dix-huit mois (grossesse alors qu'elle était mineure) né d'une union avec un homme mafieux, lui-même assassiné par la pègre locale²².

b. Résultats

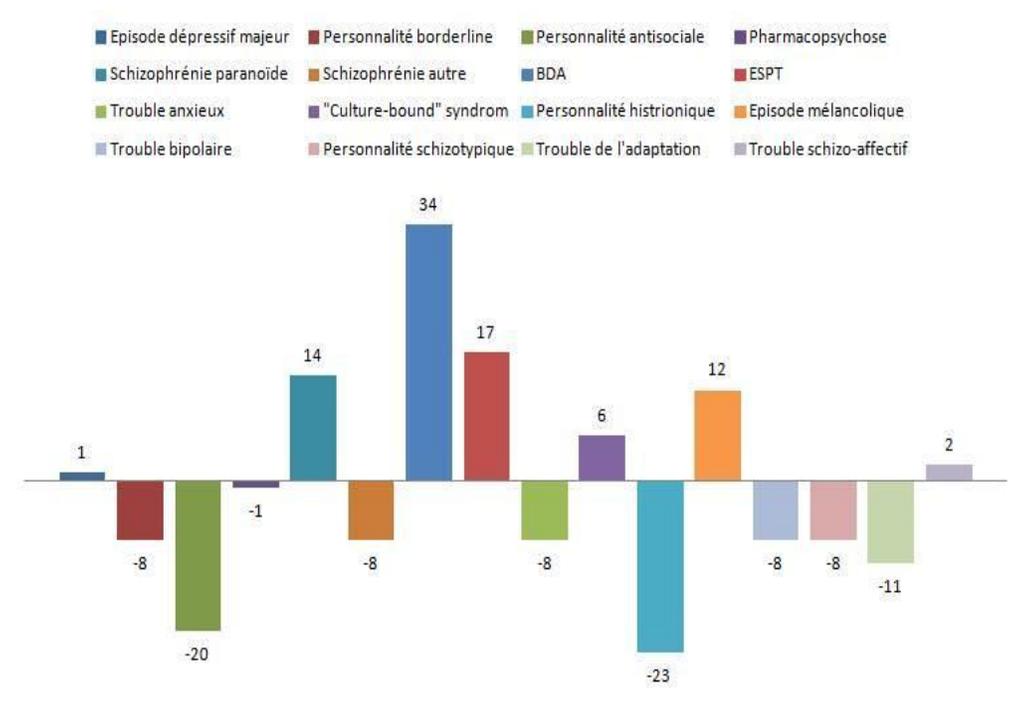
L'analyse de cette première partie de démarche diagnostique, portant sur 22 questionnaires remplis convenablement par 11 psychiatres et autant d'internes en psychiatrie, a permis d'observer de fortes tendances homogènes à l'égard du regard diagnostique posé, homogénéisation qui peut paraître d'autant plus étonnante qu'aucun des diagnostics proposés ne semblait à priori pouvoir se voir conférer une valeur de certitude. Certains professionnels interrogés n'ont pas manqué de pointer cette faible valeur de certitude qu'il était possible d'accorder à un diagnostic en particulier, au point pour certains d'entre eux ne pas répondre à la partie diagnostique en respectant la méthodologie (résultats non utilisés dans l'analyse).

²² Voir annexe 4.

Ainsi, l'utilisation du cas clinique de la patiente serbe a permis de mettre en lumière une ligne claire de quatre diagnostics largement plébiscités:

- **Bouffée délirante aiguë**: citée à 20 reprises (91%), 15 reprises (68%) comme diagnostic le plus probable, 5 fois (23%) comme probable, une seule fois comme peu probable
- **État de stress post-traumatique**: cité à 15 reprises (68%), 13 fois (59%) comme probable, 2 fois comme le plus probable (9%), jamais rejeté
- **Schizophrénie paranoïde**: citée à 13 reprises (60%), 11 fois (50%) comme probable, 2 fois (9%) comme très probable, une fois comme peu probable
- **Épisode mélancolique**: cité à 11 reprises (50%), 8 fois (36%) comme probable, 3 fois (14%) comme le plus probable, à deux reprises comme peu probable

Deux diagnostics (trouble schizo-affectif et “culture-bound syndrom”) obtiennent une valence positive non suffisamment significative (cités respectivement à 6 et 5 reprises soit par moins d'un tiers des participants) tandis que l'ensemble des autres diagnostics reçoit un score global nul ou négatif, les scores négatifs les plus marquants étant attribués aux troubles de personnalité en général (borderline, antisocial, histrionique, schizotypique, anxieux).



La lecture des résultats selon les critères précédemment évoqués (axe du DSM, caractère réactionnel, évolution et valence psychotique ou névrotique) ont permis de mettre en exergue quatre lignes de force majeures, objectivés dans les tableaux suivants:

Axe I	Axe II	Axe "culturel"
+ 44 points	-59 points	+6 points

Trouble réactionnel	Trouble non réactionnel
+ 46 points	- 55 points

Évolution aiguë	Évolution chronique
+ 58 points	-65 points

Névrotique	Psychotique	Etat-limite
-52 points	+ 44 points	- 8 points

Ces statistiques mettent donc en avant le fait que sont préférentiellement plébiscités des diagnostics à valence **psychotique, réactionnelle, d'évolution aiguë et appartenant à l'axe I du DSM-IV**. On peut facilement mettre en relief la pertinence de ce phénomène en associant parallèlement les scores globaux obtenus par les diagnostics et le nombre de critères qu'ils totalisent individuellement.

BDA	ESPT	Schiz. paranoïde	Épisode mélancol.	Personnalité antisociale	Personnalité histrion.
+34 pts	+17 pts	+14 pts	+12 pts	-20 pts	-23 pts
4	3	2	3	<i>aucun</i>	<i>aucun</i>

On peut ainsi noter le bon score reçu par le diagnostic de schizophrénie qui ne répond qu'à deux des quatre critères, soit moins que l'épisode dépressif et mélancolique ou le trouble de l'adaptation.

Concernant les troubles de l'humeur, on peut noter le **faible score reçu par l'épisode dépressif majeur, diagnostic qui divise les professionnels** (cité six fois comme probable et cinq fois comme peu probable), ce alors qu'il correspond à 3 des critères de choix (réactionnel, aigu, axe I). Le plébiscite de l'épisode mélancolique (qui totalise également trois critères) peut paraître contradictoire avec le score négatif pour le trouble bipolaire auquel il appartient. Ceci tend à démontrer qu'en condition de diagnostic "rapide", davantage qu'une hiérarchisation cohérente selon les interrelations entre les diagnostics, c'est la présence ou non des critères évoqués qui semble motiver le classement établi au niveau individuel.

Il est à noter que la discrimination des diagnostics retenus en fonction du statut professionnel de la personne répondant au test (internes ou psychiatre) comme cela a pu être le cas dans la première partie n'apporte aucune différence significative.

2. Modification du cas clinique: patiente soudanaise de 22 ans

a. Contenu

Au vu de l'homogénéité des résultats face au cas clinique proposé, il nous a paru intéressant de modifier la situation clinique du point de vue de l'anamnèse sans toucher aux symptômes décrits, afin d'observer les tendances dans la hiérarchisation des diagnostics. Ainsi, l'âge, la nationalité et le statut religieux ont été modifiés (patiente soudanaise copte de 22 ans) afin d'introduire l'idée d'une grossesse après la majorité, d'un traumatisme d'origine différente (persécutions ethniques), le mari était décrit comme non mafieux et son assassinat dépendait des conditions géopolitiques au Sud Soudan. La séparation avec l'enfant s'était faite au Tchad et il n'était pas fait état d'un quelconque placement administratif (séparation jugée plus traumatogène?)²³. Ces légères modifications ne portaient que sur la teneur précise du traumatisme et non pas sur le type (décès du mari, agressions sexuelles, séparation avec un enfant, parcours migratoire long). L'objectif était d'observer si de potentiels préjugés ou une simple différence culturelle pouvaient influencer sur la démarche diagnostique.

b. Résultats

Pour cette seconde partie du test nous avons obtenu 21 réponses, en majorité remplies par des internes (12). Du point de vue des résultats, si au premier abord les tendances retrouvées pour le premier cas clinique semblent se retrouver à l'identique concernant trois diagnostics les

²³ Le cas clinique est consultable en annexe 5.

plus plébiscités, il convient de porter un regard plus précis sur la hiérarchisation quelque peu différente. Trois diagnostics sont ainsi placés en tête de la hiérarchisation:

- **Bouffée délirante aiguë**: citée à 16 reprises (76%), 12 fois comme le plus probable (57%), 4 fois comme probable (19%), jamais rejetée
- **État de stress post-traumatique**: cité à 19 reprises (90%), 5 fois comme le plus probable (24%), 13 fois comme probable (62%), à une reprise comme peu probable
- **Épisode mélancolique**: cité à 14 reprises (71%), 12 fois comme probable (57%), à une reprise comme le plus probable, deux fois comme peu probable

On peut noter que le balancement entre ESPT et BDA apparaît plus fortement ici, avec un rapport de force moins en faveur de la BDA que pour la jeune patiente serbe.

Du point de vue des diagnostics rejetés par les internes et psychiatres, les tendances sont également à l'identique, avec des scores négatifs pour les différents troubles de personnalité, le trouble anxieux, le trouble bipolaire et le trouble de l'adaptation. L'épisode dépressif engendre les mêmes dissensions (cité à sept reprise comme probable, cinq fois comme peu probable). Ainsi, les critères utilisés pour la démarche diagnostique (diagnostic réactionnel, d'évolution aiguë, à valence psychotique, issu de l'axe I du DSM) sont les mêmes que pour le premier cas clinique.

Il est à noter que le diagnostic de **schizophrénie paranoïde n'obtient qu'une faible valence positive**, cité seulement à 10 reprises (48%), 5 fois comme diagnostic probable, une seule comme le plus probable et à 4 reprises comme peu probable, ce qui marque une différence notable avec le premier cas clinique où il était cité dans cinquante pourcent des cas comme probable et à deux reprises comme le plus probable. Si la validité statistique de cette différence et de cette hétérogénéité reste à apporter, il paraît important de la mettre en exergue à ce stade. En effet, alors que le positionnement apparaissait homogène pour le premier cas clinique vis à vis de la schizophrénie (diagnostic probable) il semble ici nettement plus nuancé.

Hypothèse: On peut ainsi se demander si le facteur traumatique a davantage été pris en compte par les professionnels dans le cadre de ce cas clinique (ESPT plus cité, schizophrénie moins citée) comprenant une migration de type extra-européenne avec des traumatismes d'ordre de la persécution politique, facteurs plus facilement repérés comme traumatogènes.

Au total, rappelons que le questionnaire sur les diagnostics visait avant tout à apporter un éclairage différent sur la partie concernant les discours des psychiatres. A ce titre, les résultats ont corroboré ce que les professionnels mettaient en avant dans leur discours et tendent à apporter une validité certaine aux données issues du Q-sort classique. Ainsi, **le facteur migration semble bien être pris en compte comme un facteur majeur dans la démarche diagnostique**, ce que démontre la place laissée aux troubles de type réactionnel (BDA, ESPT...). Cependant, **il apparaît également comme un facteur confusionnant**, ce qui semble plutôt mis en exergue par l'hésitation diagnostique importante entre BDA et ESPT, voire avec l'épisode mélancolique.

Il reste difficile d'appréhender via ce questionnaire la réalité de l'adversité à laquelle font face les patients migrants. En effet, les scores différents obtenus par le diagnostic de schizophrénie paranoïde entre les deux cas cliniques, ce alors que les symptômes étaient identiques, interroge sur le rôle des préjugés dans la démarche diagnostique et la valeur donnée au traumatisme en fonction de sa teneur. A contrario, la part importante laissée aux diagnostics réactionnels et d'évolution aiguë permet d'entrevoir un refus chez les psychiatres d'un "enfermement" dans une catégorie diagnostique chronique ou stigmatisante. En ce sens, cette partie du test tend à justifier les raisons de notre questionnement autour de l'adversité dans la démarche diagnostique et interroge sur la question d'une adversité partagée, notion que nous évoquerons dans la troisième partie de ce travail.

3ème partie: REPENSER LES LIENS ENTRE PSYCHOSE ET MIGRATION: du modèle au paradigme psychosocial

Le regard porté dans notre enquête de terrain sur les discours et la démarche diagnostique des psychiatres a permis de mettre en exergue une volonté de ceux-ci de prendre en compte le facteur migration dans leur démarche diagnostique. Il convient à présent d'analyser ces résultats à la lumière du "modèle psychosocial" évoqué en première partie. Ainsi les ressentis exprimés par l'ensemble des professionnels d'avoir à faire à un élément clé, qui reste cependant excessivement complexe à appréhender et tend à mettre en difficulté les démarches diagnostiques, au point d'entraîner une volonté partagée de remise en question des pratiques, se doivent d'y être intégrés.

Enfin, la tendance à l'homogénéisation des pratiques diagnostiques se doit d'être entendue, à la fois comme force de proposition et comme possibilité d'une modification de l'accueil de la souffrance psychique des migrants par les soignants.

Alors que nous nous interrogeons sur le rôle de l’adversité dans la démarche diagnostique des psychiatres auprès des populations migrantes présentant des manifestations d’allure psychotique, les réponses obtenues dans notre enquête nous amènent à apporter un regard nouveau sur les liens d’adversité entre psychose et migration. Les données recueillies tendent en effet à nous amener du côté d’une *adversité partagée* entre professionnels et patients, notion que nous allons tenter d’explicitier dans cette dernière partie.

A. Vers la notion d’adversité partagée

1. L’évolution récente de la demande d’asile

On peut comprendre l’intérêt relativement récent que suscite cette clinique de l’exil, et ses conséquences sur le monde de la santé mentale, lorsque l’on se penche sur les évolutions contemporaines de la migration, et notamment de la demande d’asile. Car si les années 1960 ont vu arriver en Europe, suite à la décolonisation progressive de l’Afrique notamment, des demandeurs d’asile issus de pays dont les troubles politiques, voire les guerres civiles étaient connues du grand public et des autorités, le profil de ces migrants a aujourd’hui beaucoup évolué.

De par la restriction progressive du droit d’asile, avec la suppression du droit au travail le temps de la procédure (1991), la légalisation des zones d’attente aux frontières (1992), instauration d’une liste de pays “sûrs”, du règlement dit “Dublin II” (1993), la mise en place de la protection subsidiaire (1997), etc... et surtout de la création d’une agence européenne pour la gestion de la coopération aux frontières extérieures des États membres de l’Union Européenne (2004), les politiques migratoires françaises se sont orientées vers une gestion sécuritaire des flux de population, bien plus que vers une mission de protection des plus vulnérables. Ainsi, la France s’est dotée de moyens importants afin d’externaliser ses contrôles et empêcher²⁴ les “*afflux massifs de migrants clandestins*” (voir le règlement (CE) No 810/2009 du Parlement Européen et du Conseil du 13 juillet 2009 établissant un code communautaire des visas) ce qui précarise plus encore les migrants qui parviennent sur le sol national. De plus, depuis l’effondrement de la Yougoslavie au profit de plusieurs pays dont la délimitation des frontières et l’indépendance a

²⁴ Voir le CP de l’ANAFE sur la situation des syriens notamment: <http://www.anafe.org/spip.php?article262> (récupéré du site le 20 juillet 2013)

provoqué une forte montée du nationalisme, des affrontements inter-ethniques, et la résurgence de pratiques traditionnelles criminelles (code de droit coutumier²⁵, vendettas, réseaux criminels mafieux...), les populations menacées fuient leur pays pour demander asile en Europe de l'Ouest, inscrivant ainsi l'Albanie et le Kosovo dans la liste des 10 principales nationalités des primo-demandeurs de protection internationale en France en 2012²⁶.

Ces motifs, ne sont pas pris en compte dans la définition du "réfugié" de la Convention de Genève, du fait de leur caractère privé, et peu connus en Europe de l'Ouest à cause, entre autre, de la difficulté que les familles de victimes peuvent avoir à témoigner (peur des représailles, de ne pas être cru, tabous, violences sexuelles...). Ce manque de reconnaissance isole, a des conséquences importantes en terme de santé mentale, provoque la multiplication des facteurs d'adversité.

2. L'évolution des conditions d'accueil

La constante dégradation des conditions d'accueil des migrants, a conduit à "*une situation de « dés-accueil » des demandeurs d'asile en France*"²⁷, assortie d'une vraie violence institutionnelle (temps d'attente disproportionné devant les préfectures, débordement des PADA, peu de suivi social, peu d'interprétariat, peu de prise en charge des troubles psychiques...), qui font écho aux violences subies dans le pays d'origine et multiplient de façon exponentielle l'adversité vécue par les personnes. La systématisation du placement en rétention et de l'application des mesures d'éloignement ont aussi largement contribué à placer les personnes dans des situations de "disparition sociale" au bord de la clandestinité, ne permettant pas ainsi aux associations compétentes de les accompagner de façon suffisante. Certaines équipes mobiles psychiatrie précarité se centrent ainsi sur ce public, répondant à des besoins liés aux difficultés d'accès aux soins psychiques et psychiatriques de droit commun, et à la *marginalisation* des familles en situation de rue²⁸.

²⁵ Voir le rapport de l'ONU (2010) en bibliographie.

²⁶ Voir le rapport d'activité de l'OFPRA (2012).

²⁷ Voir le rapport de la CFDA (2013).

²⁸ Voir pour exemple, l'action de Médecins du Monde en direction de ces familles en juillet 2013:

<http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Communique-de-presse/France/Urgence-humanitaire-a-Lyon-Medecins-du-Monde-s-organise> (récupéré du site le 23 juillet 2013)

3. La volonté d'un regard

Une grande conclusion de notre enquête est, ce que nous pourrions appeler, *la volonté d'un regard* de la part des professionnels du soin. C'est ici la mise en relief des énoncés décrivant "*la nécessité d'une remise en cause*" ou l'idée que la compréhension et la prise en compte de la migration soient un "*enjeu pour les psychiatres*" qui laisse imaginer que la rencontre avec les populations migrantes ne manque pas de créer une intention particulière à leur égard qu'il serait délétère de laisser de côté. On retrouve cette même démarche dans les pratiques diagnostiques, sous la forme de la mise en avant du processus post-traumatique, de la prise en compte du caractère réactionnel et potentiellement aigu de la crise psychique traversée par les deux patientes fictives.

Ainsi, l'accueil institutionnel des migrants semble pouvoir donner naissance plutôt qu'à des réactions de rejet et de raidissement professionnel à une réelle écoute et une volonté d'accueil et de compréhension de leur souffrance. Si les outils nécessaires à ce travail de remise en cause semblent parfois faire défaut au niveau individuel et institutionnel, ce que le score relativement élevé des propositions concernant la "*légitimation de dispositifs spécifiques*" ou "*la mise en échec des dispositifs*" viennent sans doute traduire, cette donnée offre un argument de poids à la mise en exergue d'une volonté des psychiatres de mieux appréhender le rôle psychopathologique de la migration.

En effet, contrairement à ce qu'avait pu énoncer les experts suisses en 2001, il apparaît devenu aujourd'hui impensable pour des professionnels de la psychiatrie de décréter que les troubles psychotiques ne peuvent être considérés comme une priorité en matière de santé des migrants car sans lien avec l'expérience migratoire et sans effet sur leur prise en charge.

4. Difficultés de prise en charge

Outre les difficultés d'accès aux soins que rencontrent les demandeurs d'asiles et autres patients migrants décrites précédemment, notre enquête a permis, en s'intéressant au regard des professionnels, d'appréhender les écueils qu'eux-mêmes peuvent rencontrer dans les soins qu'ils leur apportent. Porter l'attention sur des professionnels non spécifiquement formés à la question de la santé mentale des personnes migrantes a offert la possibilité d'analyser des ressentis subjectifs d'autant plus intéressants. La migration a été ainsi décrite comme un facteur

complicant la tâche diagnostique, pouvant mettre en échec les professionnels et les dispositifs existants tout en étant évoquée comme un élément clé du point de vue anamnestique et étiologique. C'est ainsi clairement la mise en avant d'une difficulté de prise en charge qui ressort de l'enquête de terrain, retrouvée à la fois dans les opinions relatées et dans le test de démarche diagnostique. De ce point de vue, on peut noter la difficulté des psychiatres et internes à s'extraire de l'hésitation entre trouble psychotique aigu et état de stress post-traumatique et à s'orienter vers un diagnostic de type dépressif. On voit ainsi comment le sentiment d'être confronté à un élément clé mais difficilement appréhendable vient créer une forme de souffrance professionnelle. Les résultats de notre enquête font ainsi écho aux paroles de Thierry Baubet (2008) qui écrit: "*deux mots magiques : « trauma » et « état de stress post-traumatique » semblent désormais résumer toute la problématique.*" Selon lui, les pratiques actuelles tendent à normer les phénomènes, faisant passer les soignants à côté d'une multitude d'autres expressions de la souffrance psychique, dont la complexité (honte, culpabilité...), l'aspect culturel (trances, troubles dissociatifs isolés...), ainsi que la singularité (traumas intentionnels, violences collectives...) restent méconnus. L'alternative à ces deux diagnostics se situe alors dans le champ de la psychose, qui rend compte tout aussi maladroitement de symptômes culturellement et socialement marqués. De même, si les soignants se concentrent uniquement sur l'événement qui a provoqué le traumatisme, on peut penser qu'ils passent à côté de la souffrance et des atteintes identitaires provoquées par l'abandon des proches, l'exil, l'exclusion vécus en France, et toutes les souffrances traversées au quotidien et qui réactivent cette mémoire traumatique. Les indicateurs socio-économiques, les connaissances géopolitiques du pays dont provient la personne, son récit, ainsi que les connaissances scientifiques médicales, ne parviennent pas à décrire totalement ces atteintes identitaires lorsqu'ils sont pris séparément.

Cette hésitation, ou balancement, entre symptômes psychotiques et ESPT, se retrouve ainsi illustrée par notre enquête et confirme la difficulté à émettre un diagnostic à partir d'un ensemble d'éléments multi-factoriels créés par la complexité d'un tableau clinique marqué par la migration et l'exil. En effet, aucun des diagnostics proposés ne semble posséder la capacité de prendre en compte en même temps et en totalité le caractère traumatogène et dépressogène de l'adversité psychosociale, la particularité et la complexité de la symptomatologie présentée ainsi que l'individualité de chaque patient et de son parcours de vie.

Ainsi, en matière de migration, le DSM-IV apparaît comme un outil inadapté et performatif, créateur en lui-même de psychose du fait de l’incapacité dans laquelle il met les psychiatres à relater en termes de diagnostics les réalités d’un parcours de vie et d’une clinique particulière. Rappelons la définition du terme “performatif” donnée par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales²⁹ : “*Qui réalise une action par le fait même de son énonciation*”. Les typologies diagnostiques proposées par l’outil actuel tendraient donc à majorer l’adversité à laquelle font face les psychiatres, aucun diagnostic ne pouvant répondre totalement à la réalité clinique rencontrée, les contraignant à s’orienter du côté de pathologies psychotiques et schizophréniques alors même que ces derniers pointent la complexité de la démarche diagnostique.

5. La notion d’adversité partagée

Nous possédons donc dans les suites de notre enquête un faisceau d’arguments pour repenser le rôle de l’adversité dans les liens entre psychose et migration. Il convient en effet d’évoquer la notion ***d’adversité partagée*** à laquelle font face soignants et patients migrants.

Les premiers se voient ainsi remis en cause dans leur professionnalité et leurs habitus de prise en charge, empêchés par un outil normatif et performatif de rendre compte d’une réalité clinique complexe et d’un parcours individuel traumatogène et dépressogène. Les seconds font face à un espace de soin qui peut renvoyer, sous forme d’une certaine violence, l’adversité subie par les institutions, les conditions de leur prise en charge médicale découlant de la normativité créée par l’outil diagnostique. Au travail de déliaison mis en jeu par la psychose et auquel sont formés les soignants vient s’ajouter celui que provoque la situation des migrants, sous forme d’une altérité dérangeante et d’une complexité clinique qui viennent créer un certain désarroi au sein de la communauté des psychiatres. **Cette adversité psychosociale décrite dans les études épidémiologiques semble donc être retrouvée dans l’espace de soin lui-même et être vécue à la fois par les patients et les professionnels**, reproduisant les processus décrits en matière de soin des grands précaires.

La question de la prise en compte du traumatisme, a priori ressentie comme différente selon le type de parcours migratoire, peut également apparaître comme un élément de cette

²⁹ Voir la définition du Centre National de Ressources textuelles et Lexicales : <http://www.cnrtl.fr/definition/performatif> (récupéré du site le 1^{er} mars 2013)

adversité partagée. Ainsi, la valeur donnée au traumatisme ne serait pas toujours adaptée aux événements subis. De leur côté les professionnels mettent bien en avant cette difficulté à conférer au facteur migration un rôle précis dans la symptomatologie observée. La notion de risque d'une "**aliénation ou quarantaine diagnostique**" (en tant qu'enfermement temporaire dans une catégorie diagnostique performative et normative) semble également pouvoir être utilisée face aux difficultés qu'il engendre pour les psychiatres devant des manifestations cliniques difficilement classables et pour lesquels il amène à favoriser les diagnostics de psychose.

B. Le paradigme comme dépassement

En 1943, alors exilée aux Etats-Unis, Hannah Arendt publie *Nous autres réfugiés*, un texte dans lequel elle décrit le statut de réfugié comme perte d'identité, de repères, comme expérimentation d'un univers économique et social soudainement hostile, utilisant pour le décrire le terme de "*paria conscients*". Reprenant le contenu de cet article s'apparentant à un manifeste, le philosophe Giorgio Agamben (1997) y voit plus de soixante ans après la volonté anticipatrice d'Arendt de faire du statut de réfugié le « *paradigme d'une nouvelle conscience de l'histoire* ».

1. Définitions

La notion de "modèle biopsychosocial" évoquée jusqu'ici apparaît à ce stade et au vu des résultats de notre enquête concernant l'adversité partagée et le caractère performatif du diagnostic de psychose insuffisante pour faire état de la complexité d'une problématique qui comprend à la fois des discours et des pratiques, des souffrances de professionnels et d'usagers. Dans l'optique de dépasser une simple modélisation, il semble opportun de rappeler la relation qu'entretiennent les termes de *modèle* et de *paradigme*. Si l'un et l'autre tendent parfois à être utilisés pour désigner des phénomènes identiques, le terme de modèle comprend un caractère unidimensionnel (dirigé de la théorie vers la pratique) que surpasse l'idée de paradigme. Rappelons simplement son origine étymologique qui, si elle entend également la définition de modèle, y ajoute les notions de "*mise en parallèle*" et le fait de "*montrer à côté*". Ce sens apparaît ici criant de vérité devant la nécessité, mise en lumière par notre enquête, de prendre en compte le malaise des soignants et l'adversité partagée. C'est cette notion de mise en "*parallèle*" sur laquelle nous souhaitons insister car elle résonne doublement dans le cadre de la migration.

Mise en parallèle de l’adversité rencontrée et partagée par les soignants et leurs patients migrants dans un espace de soin insuffisamment préparé à l’accueil optimal d’une souffrance particulière, qui se dit avec ses mots propres et ses maux spécifiques. Mise en parallèle de données venues de différents points de vue portés sur les personnes migrantes: connaissances issues du travail social, connaissances médicales, connaissances issues des sciences humaines.

2. Le paradigme

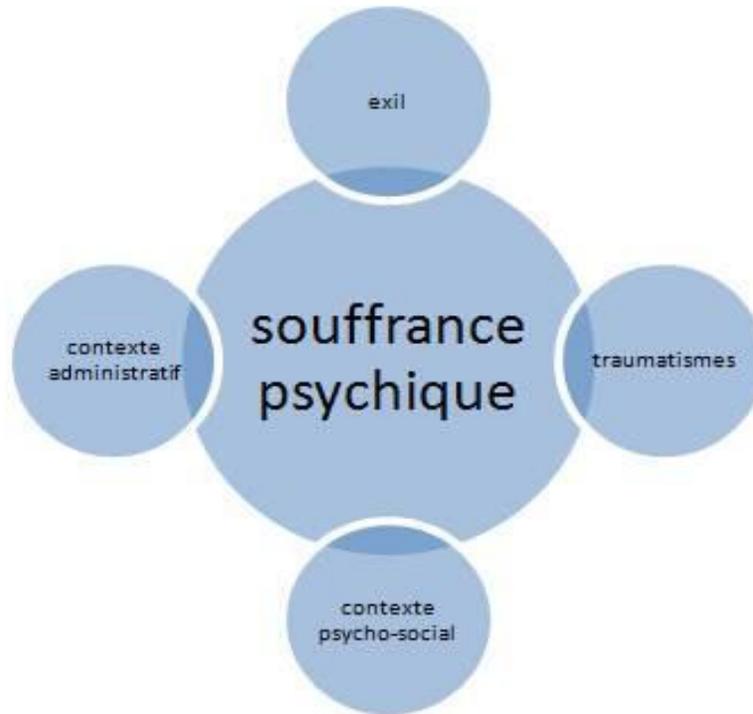
En reprenant l’ensemble des données qui ont traversé notre réflexion autour des liens entre psychose et migration, nous pouvons proposer le contenu d’un “paradigme psychosocial”:

Les usagers ou patients migrants ont à faire à un environnement nouveau marqué par une adversité psychosociale (quarantaine économique, sociale et psychique) et un parcours administratif qui peut offrir un terrain de double vulnérabilité (psychosociale et neurobiologique) intense et venir faire écho à des traumatismes anciens ou récents, potentialisant fortement l'apparition de phénomènes psychopathologiques face auxquels les professionnels et notamment les psychiatres se retrouvent en difficulté concernant leurs pratiques diagnostiques et soignantes habituelles. Ces symptômes peuvent correspondre ou ressembler de manière plus ou moins intense et de manière plus ou moins pérenne à une symptomatologie psychotique tout en intriquant les conséquences de l'ensemble d'une trajectoire de vie traumatogène unique. Cela rend ardue la démarche diagnostique, et d'autant plus du fait du caractère performatif de l'outil diagnostique actuel. Ce paradigme intrique la coexistence possiblement traumatogène d'évènements antérieurs, de leur dés-accueil psychosocial dans la société d'asile et d'une adversité partagée avec les professionnels et peut de fait être dénommé "paradigme psychosocial".

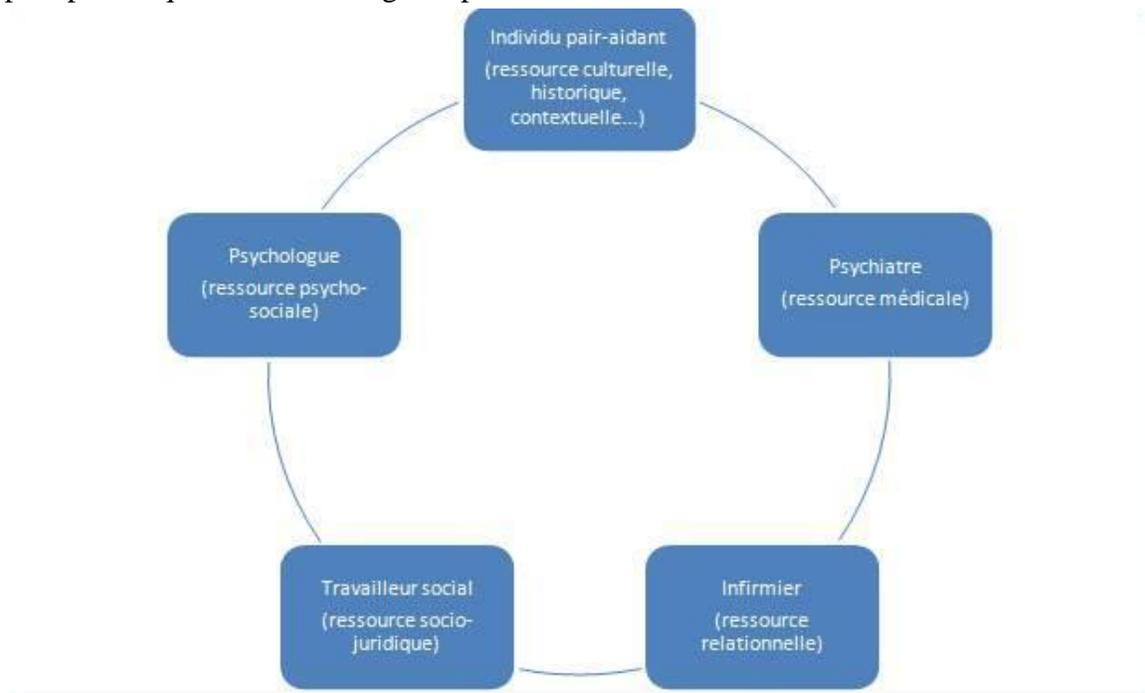
Une certaine volonté de la part des professionnels de porter un regard spécifique et adapté sur cette souffrance particulière marque l'entrée dans une démarche soignante à repenser afin d'éviter que les quarantaines psychosociales évoquées ne puisse devenir une aliénation ou "quarantaine diagnostique". Ce regard se doit d'être pluri-professionnel et affiné en réseau afin d'offrir un accueil exhaustif et adapté individuellement en permettant de réduire au maximum le rôle de l'adversité autant pour les professionnels que leurs patients migrants.

3. La mise en oeuvre

En réponse à ce paradigme, que l'on peut schématiser ainsi:



On peut penser que le modèle soignant pourrait être construit de la même manière:



Ainsi, la compréhension de la souffrance se fait au travers de focales diverses, prenant en compte l'intégralité des facteurs d'adversité, et permettant une analyse complète des symptômes présentés. Tout comme dans les dispositifs d'ethno-psychiatrie, il nous semble important de faire circuler les représentations et les outils de chaque professionnels afin de résoudre ce "balancement" évoqué plus haut, et ne pas en rester à des symptômes butés ou des anamnèses trop réductrices. Ainsi, alors qu'un assistant de service social s'intéresse à l'individu tel qu'il se présente au travers de ses compétences, son vécu, ses difficultés sociales, un psychologue va pouvoir entendre la construction et le cheminement psychique de l'individu, le psychiatre va pouvoir traiter les symptômes les plus envahissants. L'individu, lui même porteur de ressources concernant son vécu au pays, les motifs et les conditions de son exil, pourra ainsi sortir du face à face médical dans lequel il est une fois de plus objet du soin, et reprendre sa place de sujet, en tant que détenteur de clés de compréhension majeures (d'où l'appellation pair-aidant telle qu'elle a été définie par Davidson en 2006, et citée par la revue Pluriels en 2010, mais intégrée à sa propre thérapie). De son côté, l'infirmier pourra observer les conduites relationnelles et informelles quotidiennes et en rendre compte collectivement.

Ce que nous proposons n'est en rien un dispositif "clés en main" qui garantirait une forme d'efficacité, mais plus modestement une volonté d'adapter les prises en charge en santé mentale aux migrants en général, en partant de la clinique des demandeurs d'asile, et prenant en compte les facteurs migration, environnement social, culture, statut administratif... une lecture plus riche et plus complète que celle qui est aujourd'hui pratiquée dans les dispositifs de droit commun.

C. Limites et ouverture

Si l'avantage principal du paradigme que nous proposons est la mise en mouvement réflexive à laquelle il appelle entre les différents professionnels du médico-social mais aussi le patient lui-même, il convient de mettre en exergue les limites que possède notre travail de recherche. En effet, il ne manque pas de susciter de nombreuses questions quant à ses limites propres, qu'il s'agisse de la valeur statistique qui peut lui être conféré ou de la pertinence réelle des résultats obtenus.

L'utilisation d'un test du Q-sort possédait de nombreux avantages dans le cadre de notre recherche de terrain en permettant d'analyser des données subjectives à une échelle à la fois individuelle et collective. Il nous a ainsi permis de mettre en lumière des tendances d'opinions chez les psychiatres et internes. Cependant, l'exigence statistique auquel il se doit de répondre peut-être ici remise en question. Ainsi, si nous avons pris soin de respecter les règles de base du Q-sort (propositions neutres, répartition des colonnes selon la loi de Gauss..), il n'a été validé qu'en termes qualitatifs (et non quantitatifs) par un statisticien³⁰. La cotation attribuée aux propositions suivant leur emplacement dans le tableau en croix (de -2 à +2), bien que préconisée dans les ouvrages d'épistémologie en sciences humaines, est également discutable, une proposition jugée très probable se voyant attribuer le double de points par rapport à une proposition jugée probable. C'est donc plutôt une tendance de hiérarchisations des propositions entre elles qu'une réelle préférence pour certaines qui semble pouvoir être mise en avant

Concernant les réponses reçues, le nombre total ne permet pas non plus d'envisager une validité statistique satisfaisante des résultats obtenus, un nombre supérieur de personnes prospectées paraissant nécessaire pour arriver à un échantillon suffisamment représentatif de l'ensemble des psychiatres et internes actuels. De même, si la diffusion des résultats a porté sur un nombre conséquent de professionnels le pourcentage de réponse s'avère excessivement faible (moins de 5% au regard de la taille des *mailing list*) et il apparaît évident que les personnes ayant répondu au questionnaire montraient a priori un intérêt quant au contenu de notre recherche, ce qui tend également à diminuer la représentativité et la pertinence des résultats obtenus.

Concernant la partie de démarche diagnostique, la teneur du cas clinique, s'il a été testé préalablement sur quelques internes, peut également être remise en question : cas cliniques fictifs et courts, mélanges de symptômes hétérogènes, éléments anamnestiques volontairement inclus... l'utilisation détournée du test du Q-sort sans en respecter les règles de base pose également un souci de lecture statistique des résultats, ce à quoi vient s'ajouter l'ensemble des réserves émises précédemment. Il convient de s'interroger sur le caractère d'artefact méthodologique des résultats de cette partie, l'hésitation entre ESPT et BDA ou le rôle plus important donné au traumatisme dans le second cas clinique pouvant apparaître comme artificiellement créés lors de la construction du cas clinique. Cela reviendrait alors à dire que nous n'avons trouvé que ce que nous avons nous mêmes créé et voulu mettre en exergue. De plus, la mise en avant des pratiques

³⁰ M. Patrick Chignol, enseignant en méthode qualitative et quantitative en IFSI Rhône Alpes.

diagnostiques à telle échelle reste évidemment partielle, la simple lecture rapide d'un cas clinique et la hiérarchisation rapide de diagnostics ne rendant que partiellement compte d'un positionnement professionnel habituel. Il est ainsi impossible de rendre l'effet "de l'inquiétante étrangeté" et de la rencontre réelle avec un patient sur papier.

Si la validité intrinsèque de notre recherche possède des limites qu'il convient de garder en tête, il apparaît inopportun de n'apporter aucun crédit aux données subjectives récoltées. Rappelons ainsi que la première partie de notre Q-sort a été construite et analysée en respectant les règles de base et que la seconde partie ainsi que les commentaires des professionnels ont été ajoutés afin d'obtenir une "triangulation méthodologique". De plus, ces derniers corroborent les résultats d'autres travaux empiriques concernant les liens entre psychose et migration. Ainsi la construction de notre paradigme en elle-même n'apparaît pas totalement dénuée d'intérêt et de pertinence au vu des données de terrain que nous avons pu mettre en avant.

C'est davantage la nécessité de poursuivre avec des moyens plus performants ce travail de problématisation ici débuté qui semble émerger, les questions posées auxquelles il nous est difficile d'accorder plus de temps et de moyens étant nombreuses. On pourrait ainsi travailler plus en détails des questions comme celles des critères subjectifs guidant la démarche diagnostique des psychiatres en situation de migration (valeur culturelle, collective et personnelle donnée au traumatisme) que nous n'avons pu que superficiellement traiter au décours de notre enquête de terrain. De même, la place des préjugés en matière de prise en charge et de diagnostic psychiatrique pourrait faire l'objet d'une recherche davantage documentée, tout comme celle du rôle de la culture professionnelle (jeunes psychiatres et plus expérimentés, psychiatres et psychologues...). En effet, la question de l'adversité dans le diagnostic de psychose en situation migratoire laisse imaginer la possibilité de travaux ultérieurs, en s'intéressant par exemple aux effets concrets sur les patients (traitements et prises en charges mis en places, effets iatrogènes, stigmatisation..) de la normativité diagnostique. De même, des propositions différentes pour pallier aux conséquences néfastes de cette adversité partagée peuvent sans nul doute être envisagées.

CONCLUSION

De la clinique au politique. Du politique à la clinique. Voilà sans doute le chaînon manquant, ce processus qui a parcouru sans se dire l'ensemble de notre travail et que nous avons dénommé "passage" d'un *modèle (bio)psychosocial* à un *paradigme (ethno)psychosocial*. C'est dans sa dimension politique qu'apparaît la force du paradigme, instituée ici par la mise en parallèle qu'il opère entre souffrance des patients et difficultés rencontrées par les professionnels, adversité interactive qui s'avère en réalité être une porte d'entrée privilégiée dans la question politique que notre introduction avait mise en exergue en construisant l'histoire croisée, et étonnamment superposable, de la psychose, de la migration et du traumatisme.

Nous n'avons eu de cesse tout au long de ce mémoire de questionner le politique, tout en le mettant d'une certaine manière de côté, comme pris dans une volonté de scientificité. Finalement voilà ce que nous pourrions dire à ce stade: le modèle scientifique biopsychosocial offre les bases solides pour un renversement qu'il ne contient pas, étant lui-même porteur d'une certaine adversité pour les professionnels et les patients. Calqué sur un quotidien soignant hétérogène non normé, il nécessite d'être mis en regard, mis en forme; de prendre une dimension supplémentaire afin que lui soit permis de se développer dans l'espace de soin et dans l'espace social. En effet, contrairement à ce qu'avait pu énoncer les experts suisses en 2001, il est devenu aujourd'hui impensable de décréter que les troubles psychotiques ne peuvent être considérés comme une priorité en matière de santé des migrants car sans lien avec l'expérience migratoire, ce que ce modèle a le mérite de mettre en exergue. Cependant, il doit être porté par une volonté scientifique et politique en accord avec celles des professionnels de terrain pour que cette question puisse être correctement traitée. Travail en réseau interprofessionnel, moyens institutionnels adaptés et formation des professionnels permettront d'apporter une réponse opportune à un problème complexe et d'une ampleur importante.

La mise en paradigme de cette problématique se retrouve dans notre propre démarche, la réalisation d'un mémoire à deux professionnels en formation venus respectivement du travail social et de la psychiatrie marquant cette volonté de décentrement et de remise en question de nos propres codes et normes professionnels. En effet, notre volonté première était d'apporter à une problématique spécifique un double regard médical et social afin d'amener conjointement un

maximum de déterminants et de connaissances. Ce travail à quatre mains nous a ainsi permis d'aborder le thème de la psychose et de la migration sous différents angles, de ne pas nous enfermer dans des schémas de pensées préétablis par nos propres cultures professionnelles en nous forçant à l'écoute et la réflexivité. Nous n'avons en effet eu de cesse de croiser nos regards (en travaillant en ligne, en se retrouvant régulièrement, en écrivant à quatre mains le dernier paragraphe, et en partageant nos expériences sur les deux premiers), et échanger sur nos propres questionnements, issus de notre pratique et de la formation. Nous avons souhaité allier théorie et pratique, sciences fondamentales et sciences humaines, et ainsi, dans l'esprit de la clinique psycho-sociale, apprendre à travailler ensemble, à nous familiariser avec le regard de l'autre, et ainsi dépasser le clivage entre soin et social. Cela nous a permis de faire la synthèse de l'ensemble des données réunies après notre travail de recherche bibliographique et de terrain, donnant l'intrication des trois données suivantes: modèle biopsychosocial, ethnopsychiatrique et parcours social et administratif, et recoupant une zone de recouvrement située au plus près de la réalité de terrain.

Si cette mise en parallèle a parfois pu mener à des incompréhensions sémantiques ou méthodologiques, elle a surtout permis de potentialiser fortement les apports respectifs que nous avons sur notre problématique et nous a amené à une réflexion plus poussée que celles que nous aurions pu avoir séparément. Nous avons alors pu expérimenter concrètement et tirer les bénéfices d'un travail interprofessionnel auquel nous appelons dans les suites de notre enquête.

Mais arrivés finalement au bout de notre travail, voilà que nous rencontrons une difficulté de taille que nous ne parviendrons sans doute pas à dépasser: les rapports entre psychose et migration sont complexes, multiples, par moment quasi inextricables et ne semblent contenir aucune vérité propre. De l'unanimité à présenter le parcours de migration et d'exil comme un facteur favorisant les événements psychotiques au risque d'une "quarantaine diagnostique" dénuée d'humanité et de prise en compte de la subjectivité; de la volonté d'un regard porté sur une souffrance particulière aux difficultés mises en branle du point de vue de la professionnalité et des dispositifs institutionnels, la psychose joue là son rôle de déliaison qui se trouve largement majorée par celle que contient la clinique des migrants et des exilés. Migration, psychose; psychose et migration: l'un va-t-il forcément avec l'autre, le second peut-il sans sortir sans son prédécesseur, *hendiadyn* (figure de style qui vise à rapprocher dans un contexte de contiguïté

deux termes afin de dissocier une même chose sous deux aspects distincts) ou *hyperbate* (autre figure qui vise à ajouter une idée adjacente à une précédente pour l'amplifier ou en élargir la vision) ?

C'est finalement en dehors de ce couple insoluble que semble résider la possibilité d'une vérité, portée avant tout sur la pratique et le concret du terrain, sur ce qu'Habermas (1968) appelle, sous l'angle du pragmatisme, le « *monde social vécu* ». D'où la nécessité de s'extraire d'une mise en perspective duelle entre deux entités cliniques tantôt distinctes et tantôt inséparables pour permettre l'émergence d'une réponse s'approchant d'une vérité que ne comprend pas la seule interactivité réciproque entre psychose et migration, de mettre en parallèle bien d'autres facteurs venus d'horizons différents. En reprenant le terme de Giorgio Agamben concernant la géniale intuition d'Arendt, sans doute pouvons nous exprimer nous aussi la volonté d'engager le « ***paradigme d'une nouvelle conscience soignante*** », comprenant une volonté politique d'action publique en faveur de la santé mentale de migrants associée à une volonté personnelle d'axer sa propre pratique soignante vers une prise en compte de la "*trajectoire de vie*" (Desgroseillers & Vonarx, 2010). Notre enquête a mis en lumière l'existence d'une telle volonté chez les professionnels de s'engager dans cette voie nouvelle, en même temps qu'elle a montré la difficulté inhérente à ce processus dans ce que nous avons appelé l'*adversité partagée*, notion correspondante en certains points au "*malaise des intervenants*" décrit dans la souffrance psychique d'origine sociale par l'ORSPERE. Éviter que ce malaise et l'*adversité partagée* par professionnels et patients ne se pérennise, voilà un objectif à envisager pour les temps à venir, ce qui nécessite sans nul doute des travaux ultérieurs en matière de liens entre psychose et migration ou de démarche diagnostique des praticiens. Si nous n'avons pas souhaité entrer dans le jeu de proposer une nouvelle nomination pour cette souffrance psychique particulière des patients migrants (dans les suites du Syndrome d'Ulysse, par exemple) pour préférer des implications concrètes, peut-être que la notion d'*hétéro-exclusion*, faisant bien évidemment référence au syndrome d'auto-exclusion et comprenant les notions d'*adversité* et de quarantaine, pourrait s'avérer adéquate. Sans doute serait-ce alors le rôle de nouveaux travaux sur le sujet de valider ou non l'introduction d'une telle nomenclature psychosociale...

Bibliographie

Articles

- ALAUX J.-P. « L'asile dans le pot commun de l'immigration », *Plein droit* 1/2004 (n° 59-60), p. 18-22.
- ARENDE H. (1943) “Nous autres réfugiés”, *Pouvoirs, revue française d'études constitutionnelles et politiques*, n°144, 144 - Les réfugiés, p.5-16.
- AL SAAD EGBERIAH A., « Effets psychiques de la demande d'asile», *Dialogue* 4/2003 (no 162), p. 101-112.
- ABDESSADEK M., « Identité et migration : le modèle des orientations identitaires », *L'Autre* 3/2012 (Volume 13), p. 306-317.
- BAUBET T. , “Penser la souffrance psychique des demandeurs d’asile : des outils insuffisants”, in *Maux d’Exil*, n°25, décembre 2008, Comede.
- BRENNER H.D. et al. (1992) Biological and cognitive vulnerability factors in schizophrenia: Implications for treatment. *The British Journal of Psychiatry*, Vol 161(Suppl 18) 154-163.
- BUGHRA D, HILWIG M, HOSSEIN B, et al. First-contact incidence rates of schizophrenia in Trinidad and one-year follow-up. *Br J Psychiatry*, 1996; 169: 587-592.
- CANTOR-GRAAE E, SELTEN J-P, Schizophrenia and Migration: a Meta-Analysis and Review. *American Journal of Psychiatry*, 2005; 162: 12-24.
- CANTWELL R, BREWIN J, GLAZEBROOK C et al. Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*, 1999; 174:150-153.
- CIOMPI L. The dynamics of complex biological psychosocial systems. Four fundamental psycho biological mediators in the long term evolution of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 1989; 155 (suppl5): 15-21.
- COGNET M. et al. (2012) « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales* 2/2012 (Vol. 28), p. 11-34.
- DAVIDSON L., “Soutien par les pairs et troubles mentaux graves”, *Revue Pluriels*, 2010, n°85/86, pp.5-8

- DESGROSEILLIERS V., VONARX N. (2010) Expériences migratoire et santé: ou comment penser l'altérité et la souffrance identitaire, *Aporia*, Vol.2, Numéro 2: 17-25
- EIGUER A. (2007) Migration et faux-self: perspectives récentes, *L'Information Psychiatrique*, volume 83, n°9, 737-43
- FERRADJI T. « Temporalité et soins dans la migration », *Champ psy* 2/2003 (no 30), p. 75-81.
- FURTOS, J. (2000). "Epistémologie de la clinique psychosociale, la scène sociale et la place des psy", ORSPERE, Lyon.
- FURTOS, J. (2007). "Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale", *Mental'idées*, 11, p. 24-33.
- GARETY PA, KUIPERS E, FOWLER D, FREEMAN D, BEBBINGTON PE. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol Med*, 2001; 31: 189-195.
- GOGUIKIAN RADKLIFF B., « Repenser les liens entre migration, exil et traumatisme ». *Revue (Re)Penser l'Exil*, n°1, 2010/2011
- HICKLING F, RODGERS-JOHNSON P. The incidence of first-contact schizophrenia in Jamaica. *Br J Psychiatry*, 1995; 167: 193-196.
- HUTCHINSON G, TAKEI N, BUGHRA D et al. Increased rate of psychosis among African-Caribbeans in Britain is not due to an excess of pregnancy and birth complications. *Br J Psychiatry*, 1997, 171:145-147.
- ISNARD H. (2011). « Le récit du réfugié est-il une fiction ? », *Topique* 1/2011 (n° 114), p. 107-114.
- JOHNS LC, NAZROO JY, BEBBINGTON P, KUIPERS E. Occurrence of hallucinatory experiences in a community sample and ethnic variations. *Br J Psychiatry*, 2002; 180: 174-178
- KARLSEN S, NAZROO JY. Relation between discrimination, social class and health among ethnic minority groups. *Am J Public Health*, 2002; 92: 624-631.
- KIRKBRIDE JB, MORGAN C, FEARON P, DAZZAN P, MURRAY RM, JONES PB. Neighbourhood-level effects on psychosis: re-examining the role of context. *Psychol Med*, 2007; 37: 1413-1425.
- KIROV G, MURRAY RM. Ethnic differences in the presentation of bipolar affective disorder. *European Psychiatry*, 1999; 14: 199-204.
- LUNDBERG P, CANTOR-GRAAE E, KAHIMA M, OSTERGREN PO. Delusional ideation and manic symptoms in potential future emigrants in Uganda. *Psychol Med*, 2007; 18: 643-657.

- MAHY G, MALLETT R, LEFF J, BUGHRA D. First-contact incidence rate of schizophrenia in Barbados. *Br J Psychiatry*, 1999; 175: 28-33.
- MALLETT R, LEFF J, BUGHRA D, PANG D, ZHAO JH. Social environment, ethnicity and schizophrenia. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 2002; 37: 329-335.
- McGUIRE PK, JONES P, HARVEY I, WILLIAMS M, McGUFFIN, MURRAY RM. Morbid risk of schizophrenia for relatives of patients with cannabis-associated psychosis. *Br J Psychiatry*, 1995; 15: 277-281.
- MONDELLI V, DAZZAN P, HEPGUL N, et al. Abnormal cortisol levels during the day and cortisol awakening response in first-episode psychosis : the role of stress and of antipsychotic treatment. *Schizophr Res*. 116: 234-242.
- MORGAN C et al, Migration, Ethnicity and Psychosis : Toward a Sociodevelopmental Model. *Schizophrenia Bulletin*, 2010; vol.36 n°4, pp. 655-664.
- MORGAN C, KIRKBRIDE J, LEFF J et al. Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychol Med*, 2007; 37: 495-503.
- MUKHERJEE S. et al, 1983, Misdiagnosis of schizophrenia in bipolar patients: a multiethnic comparison. *American Journal of Psychiatry*, 1983; 140: 1571-1574.
- ÖDEEGARD Ö, Emigration and Insanity. *Acta Psychiatr Neurol Scand Suppl*, 1932; 4: 1-206.
- PATSAIDES B. (2008). Reflets pervers : la procédure d'asile à travers le prisme de la mémoire traumatique, *Mémoires*, n°42,43, juin 2008.
- TIDEY JW, MICZEK KA. Social defeat stress selectively alters mesocorticolimbic dopamine release: an in vivomicrodialysis study. *Brain Res*, 1996; 721: 140-149.
- VELING W, SUSSER E, VAN OS J, MACKENBACH JP, SELTEN JP, HOEK HW. Ethnic density of neighbourhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165(1): 66-73.
- ZANDI T et al., First contact incidence of psychotic disorders among native Dutch and Moroccan imigrants in the Netherlands: influence of diagnostic bias. *Schizophrenia Research*, 2010, 119: 27-33.
- ZUBIN J, Spring B. Vulnerability - a new view of schizophrenia. *J Abnorme Psychol* 1977; 86, 103-126.

Ouvrages:

- AGAMBEN G. (1997) *Homo Sacer, le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris: Seuil.
- BAUBET T., TAÏEB O., MORO M-R. (2012) Schizophrénie, culture et migration, dans Pathologies schizophréniques de DALERY J., D'AMATO T, SAOUD M. Paris: Lavoisier.
- BENOIST Y. (2009). *Les sans-logis face à l'ethnocentrisme médical, Approche ethnographique d'un système de soins*. Paris : L'Harmattan.
- BLANC-CHALEARD M.C. (2001). *Histoire de l'immigration*, Paris: La Découverte « Repères », 128 pages.
- CASTEL R. (2009). *La montée des incertitudes*, Paris : Seuil, p.70.
- DEWEZ N. (2009). « Mise en perspective historique du concept de psychose », in Au plus près de l'expérience psychotique, Paris: ERES, p. 203-211.
- FASSIN D. et RECHTMAN R. (2007). *L'empire du traumatisme, Enquête sur la condition de victime*, Paris: Flammarion, Champs essais, p. 74.
- Sous la direction de FURTOS, J. et LAVAL, C. (2005). *La santé mentale en actes, de la clinique au politique*. ERES, Ramonville Saint-Agne, p.13.
- FURTOS, J. (2008). *Les cliniques de la précarité : Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Paris : Masson.
- FREUD S. (1985), *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Folio essais, Réédition
- GATTI F. (2010), *Bilal, sur la route des clandestins*. Paris: Editions L.Levi
- GRINBERG Léon et Rebecca (1986), *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*, Lyon: Césura Lyon Editions
- HABERMAS J.(1973) *La technique et la science comme idéologie*. Mesnil-sur-l'Estrée: Gallimard.
- KAËS R. et al.. (1998) *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, Saint-Just La Pendue: Dunod, Collection Inconscient et Culture.
- NATHAN T., STENGERS J., ANDREA P. (2000) *Une ethnopsychiatrie de la schizophrénie?* Ethnopsy. Les mondes contemporains de la guérison,: 9-43
- PARIZOT I. (2003). *Soigner les exclus*, Paris: PUF, collection Lien Social, 312 pages.
- PESTRE E. (2010). *La vie psychique des réfugiés*. Paris: Editions Payot

- POURTOIS J-P, DESMET H. (2007) *Épistémologie et instrumentation en sciences humaine*. Mardaga
- RACAMIER P.C.(2001). *Les schizophrènes*. Paris: Petite Bibliothèque Payot, Réédition
- STEPHENSON W. (1953). *The study of behavior: Q-technique and its methodology*. Chicago: University of Chicago Press

Rapports:

- CHIMIANTI Milena, CATTACIN Sandro en collaboration avec Denise Efonayi, Martin Niederberger, Stefano Losa (2001). « Migration et santé » : priorités d'une stratégie d'intervention. Rapport de base d'une étude Delphi. Rapport de recherche 18 / 2001 du Forum suisse pour l'étude des migrations. Neuchâtel : SFM / FSM.
- Rapport de l'ODENORE (2010) Le non-recours: définitions et typologies. Récupéré du site de l'ODENORE le 1er mars 2013 :
http://odenore.mshalpes.fr/documents/WP1definition_typologies_non_recours.pdf
- Rapport sur la santé mentale et les addictions chez personnes sans logement personnel en Ile-de-France (2010). Récupéré du site du Samu Social de Paris le 1^{er} mars 2013 :
<http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/Samenta/SAMENTA.pdf>
- Report of the Special Rapporteur on extrajudicial, summary or arbitrary executions, Philip Alston, Preliminary note on the mission to Albania (15–23 February 2010), ONU.
- Médecins du Monde (2011). Rapport d'activité, Lyon.
- OFPRA (2011) Rapport d'activité, Paris.
- Rapport de la Coopération Française pour le Droit d'Asile (2013) Droit d'asile en France : Conditions d'accueil - Etat des lieux 2012, Paris.

Annexes

Annexe 1 : Résultats de la méta-analyse de Cantor-Graae et Selten concernant l'association entre migration et incidence de la schizophrénie

TABLE 2. Results of Meta-Analyses of Population-Based Studies Examining the Association Between Migration and Incidence of Schizophrenia

Data Set, Analysis, and Variable	k ^a	Relative Risk	95% CI	Q _w ^b	Q _b ^c	p ^d
Data for first-generation migrants (analysis 1: effect of first-generation migrant status)	40	2.7	2.3–3.2	55.4		<0.05
Data for second-generation migrants (analysis 2: effect of second-generation migrant status)	7	4.5	1.5–13.1	4.5		0.62
Data for first- and second-generation migrants						
Analysis 3: effect of first- and second-generation migrant status	50	2.9	2.5–3.4	68.3		<0.04
Analysis 4: effect of United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD) rating					5.0	<0.03
Developing countries	35	3.3	2.8–3.9			
Developed countries	11	2.3	1.7–3.1			
Analysis 4a: effect of UNCTAD rating					12.5	0.002
Developed market economies	9	2.0	1.5–2.8			
Eastern Europe and developing countries, high or medium income	24	3.6	3.0–4.4			
Developing countries, low income	11	2.8	2.0–3.8			
Analysis 5: skin color ^e				25.2		<0.0001
White	16	2.3	1.8–3.0			
Black	16	4.8	3.7–6.2			
Nonwhite/nonblack	11	2.2	1.6–3.0			
Analysis 5a: skin color ^f				25.6		<0.0001
White	11	2.3	1.7–3.1			
Black	16	4.8	3.7–6.2			
Nonwhite/nonblack	16	2.2	1.7–2.9			
Analysis 6: gender				0.1		0.72
Male	21	2.5	2.0–3.2			
Female	21	2.4	1.8–3.1			

^a Number of effect sizes.

^b Q_w—within-category homogeneity statistic, df=k–1.

^c Q_b—between-category homogeneity statistic, df=1 (analyses 4 and 6) or df=2 (analyses 4a, 5, and 5a).

^d p value for Q_w or Q_b.

^e Skin color group categorization: white=migrants from areas where the majority of the population is white (Europe, North America, North Africa, Turkey, Middle East, Australia), black=migrants from areas where the majority of the population is black (the Caribbean, sub-Saharan Africa), nonwhite/nonblack=migrants from areas where the majority of the population cannot be classified as white or black (India, Pakistan, Asia, South America, Greenland).

^f Skin color group categorization: white=migrants from areas where the majority of the population is white (Europe, North America, Australia), black=migrants from areas where the majority of the population is black (the Caribbean, sub-Saharan Africa), nonwhite/nonblack=migrants from areas where the majority of the population cannot be classified as white or black (India, Pakistan, Asia, South America, Greenland, Morocco, Turkey, Middle East).

Annexe 2 : Hypothèse d'un modèle socio-développemental et neuro-développemental menant à la psychose chez les migrants

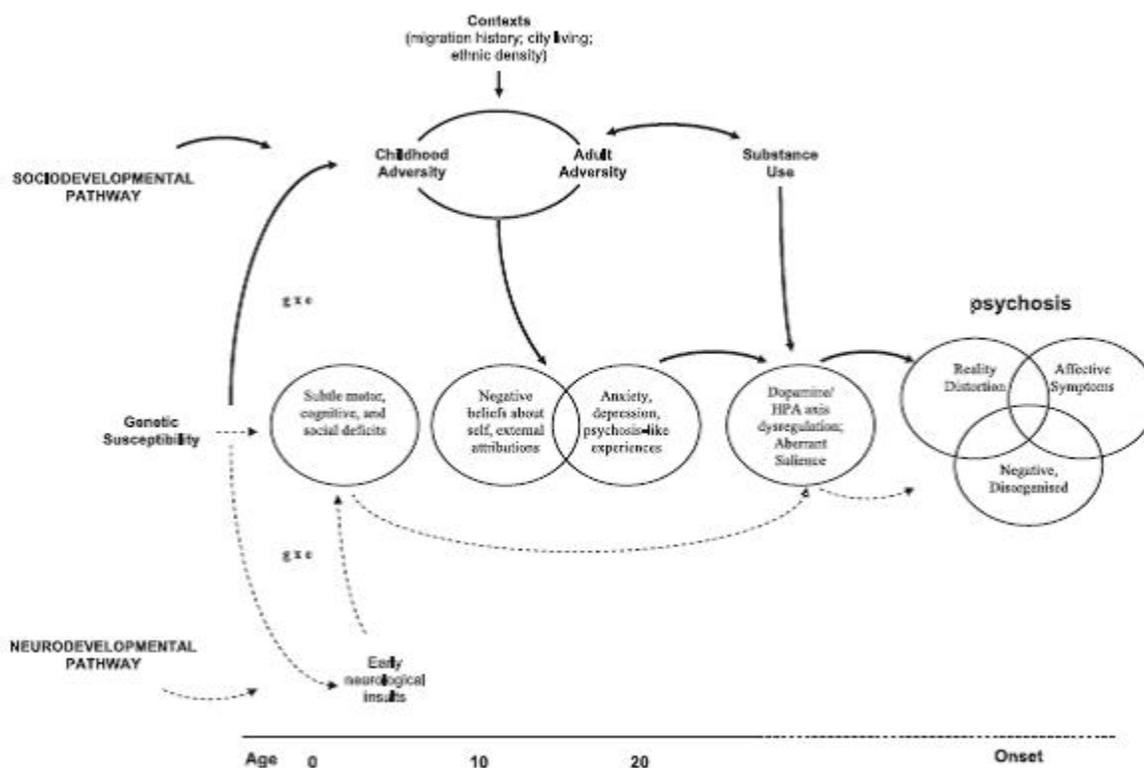


Fig. 1. Hypothesized Sociodevelopmental and Neurodevelopmental Pathways to Psychosis. (Adapted from Murray et al.⁹⁸; figure 1, p. s130.)

Annexe 3: Q-sort opinions

Le facteur migration est, sur les usagers présentant des manifestations psychotiques :

1- un facteur qui met en échec les dispositifs institutionnels Echec	2- Une explication influencée par une mode Mode	3- Un élément sans rapport Stérile	4- Un élément clé pour comprendre l'ensemble de la symptomatologie Clé
5- Un élément d'anamnèse parmi tant d'autres Anodin	6- Une contrainte imposée par un nouveau public Contrainte	7- Une légitimation de dispositifs spécialisés Spécialisation	8- Une source de rationalisme morbide Rationalisme
9- Une source de remise en question pour les professionnels Questionnement	10- Un enjeu pour les psychiatres Enjeu	11- Une source de conflit entre professionnels Conflictuel	12- Un facteur « écran » (qui en occulte d'autres) Ecran
13- Une source d'impasse pour les soignants Impasse	14- Un des éléments qui compliquent la démarche diagnostique Complication	15- Une opportunité pour inventer de nouvelles pratiques Opportunité	16- Loin d'être la principale cause des troubles Secondaire

Annexe 4 : Cas clinique 1

Mme S. est une patiente de nationalité serbe de 19 ans en attente de régularisation qui vit actuellement dans un foyer pour demandeurs d'asile (CADA).

Elle a été conduite aux urgences psychiatriques par un bénévole d'un réseau d'aide aux réfugiés.

Il explique qu'elle vit en France depuis 6 mois, elle a fui il y a 3 ans la Roumanie où elle a grandi avec sa grand-mère. S'en est suivi un long parcours migratoire l'ayant amené à laisser son enfant de 18 mois en placement administratif en Italie. Elle n'a plus de nouvelles depuis un mois environ. Son mari a été assassiné au pays par la mafia locale et Mme S. a elle-même subi des viols répétés dans le cadre d'un réseau de prostitution, toujours selon le bénévole qui l'accompagne.

Il explique que le séjour au CADA est compliqué par des relations conflictuelles (Mme S. laisse couler l'eau dans les parties communes, sa télévision reste allumée toute la nuit, elle est agressive verbalement à l'encontre des autres résidents...).

Depuis 15 jours environ, elle est décrite comme « étrange », communiquant peu, présentant un état d'anxiété majeur, caractérisé par des cauchemars et des hallucinations, sous forme d'« *ombres qui entrent dans sa chambre* », au point parfois de fuir pendant plusieurs heures dans la rue où elle a été retrouvée ce jour, hébétée et mutique, recroquevillée à côté d'un arrêt de bus. La veille elle avait essayé de se défenestrer et avait été rattrapée in extremis par une voisine.

Lors de l'entretien d'accueil, c'est le bénévole qui traduit, car il a vécu en Roumanie. Mme S. restera mutique, méfiante, le contact visuel étant difficile, s'exprimant à deux reprises pour dire sur un ton monocorde « *Dieu me regarde* » et répétant « *Il me mange la tête* » plusieurs fois. Lorsque l'équipe infirmière tente de l'amener dans une chambre, elle se montre agressive physiquement, se mettant soudainement à rire aux éclats sans raison avant de retrouver son état de mutisme.

Vous ne possédez pas d'information concernant des antécédents psychiatriques personnels ou familiaux.

Annexe 5: Cas clinique 2

Mme S. est une patiente issue de la minorité copte du Soudan, âgée de 22 ans en attente de régularisation qui vit actuellement dans un foyer pour demandeurs d'asile (CADA). Elle est conduite aux urgences par un bénévole d'un réseau d'aide aux réfugiés. Vivant en France depuis 6 mois, elle a fui il y a 3 ans l'Ouganda où elle s'était réfugiée avec sa grand-mère. S'en est suivi un long parcours migratoire l'ayant amené à laisser un enfant de 18 mois au Tchad, dont elle n'a pas de nouvelles. Son mari a été assassiné au Sud Soudan par des rebelles du Mouvement pour la Justice et l'Égalité et Mme S. a elle-même subi des viols répétés dans le cadre du conflit avec le Soudan, toujours selon le bénévole qui l'accompagne. Le séjour au CADA est compliqué par des relations conflictuelles (Mme S. fait couler l'eau jusque dans les parties communes, sa télévision reste allumée toute la nuit, elle se montre agressive verbalement à l'encontre des autres résidents...). Depuis 15 jours environ, elle est décrite comme « étrange », communiquant peu, présentant un état d'anxiété majeur, caractérisé par des cauchemars répétés et des hallucinations, sous forme d'« ombres qui entrent dans sa chambre », au point parfois de fuir pendant plusieurs heures dans la rue où elle a été retrouvée ce jour, hébétée et mutique, recroquevillée à côté d'un arrêt de bus. La veille elle avait essayé de se défenestrer et avait été rattrapée in extremis par une voisine.

Lors de l'entretien, c'est le bénévole qui fait office de traducteur. Mme S. restera longuement mutique, méfiante, le contact visuel étant difficile, s'exprimant à deux reprises pour dire sur un ton monocorde « *Dieu me regarde* » puis répétant « *il me mange la tête* », le visage entre les mains. Lorsque l'équipe infirmière tente de l'amener dans une chambre, elle se montre agressive physiquement, se mettant soudainement à rire aux éclats sans raison avant de retrouver son état de mutisme. Vous ne possédez pas d'information concernant des antécédents psychiatriques personnels ou familiaux.

Annexe 6: Q-sort diagnostic

Classez les diagnostics suivants selon le caractère de probabilité que vous leur conférez en fonction des informations données :

1- Episode dépressif majeur	2- Trouble de la personnalité de type borderline	3- Autre trouble de la personnalité	4- Pharmacopsychose
5- Schizophrénie paranoïde	6- Autre type de schizophrénie : héboïdophrénique, catatonique...	7- Bouffé délirante aiguë	8- Etat de stress post-traumatique
9- Trouble anxieux	10- Syndrome psychiatrique « culturel » (« culture-bound syndrom »)	11- Trouble de la personnalité de type histrionique	12- Episode mélancolique
13- Trouble bipolaire	14- Trouble de personnalité schizotypique	15- Trouble de l'adaptation	16- Trouble schizo-affectif

Annexe 7: Schéma vulnérabilité

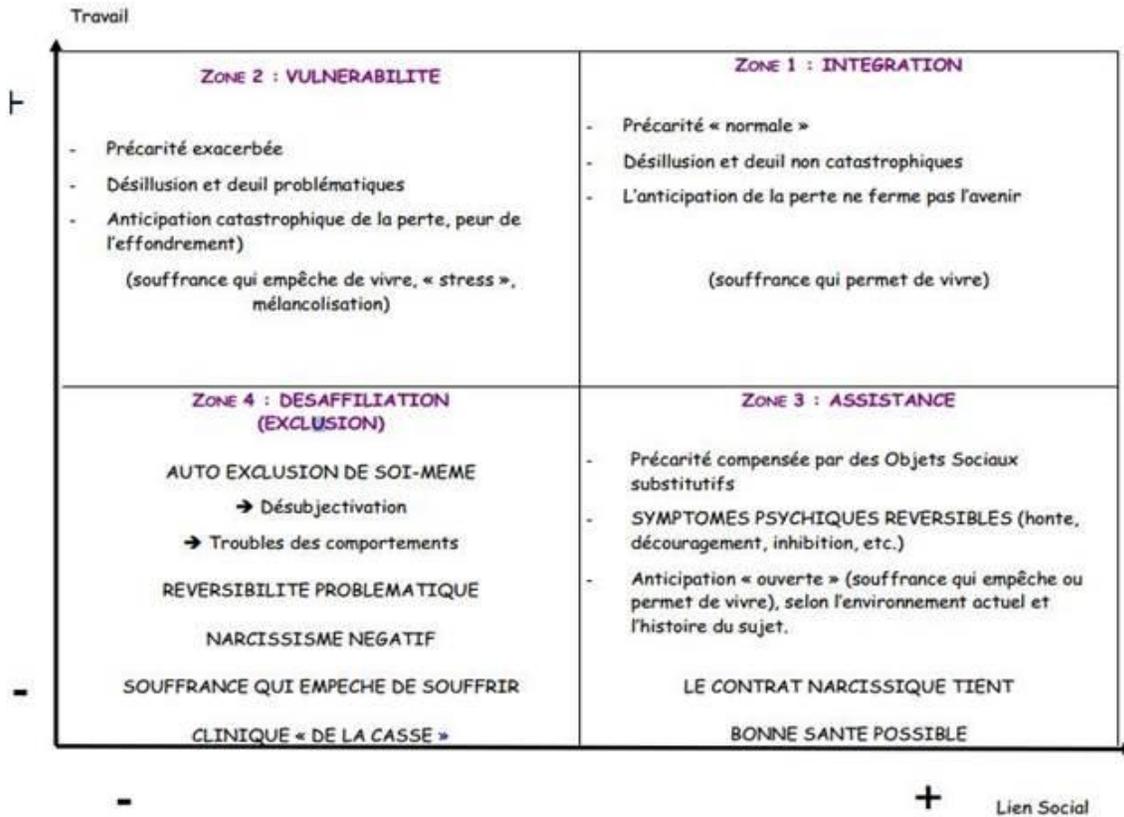


Schéma n°2

Annexe 8:

Première page d'une réponse de la CNDA :

« Veuillez trouver ci-joint une **ampliation** de la décision par laquelle la cour nationale du droit d'asile a **statué** sur le recours que vous avez **formé** et dont le numéro est rappelé ci-contre »

Copie des motifs de décisions de l'OFPRA et la CNDA

“Toutefois les déclarations de l'intéressé, reçu à l'Office le 29 octobre 2010, **incohérentes** les unes aux autres et **peu convaincantes**, ne sont étayées d'**aucun élément crédible** et **déterminant** permettant de tenir pour établis les faits invoqués et pour fondées les craintes énoncées”.

“Les déclarations **ni circonstancées ni convaincantes** de l'intéressé ne permettent pas d'établir la réalité des faits allégués et de conclure au bien-fondé des craintes énoncées en cas de retour en Arménie.”

“A cet égard les explication se sont révélées particulièrement **confuses** et **peu personnalisées** [...] Les persécutions allégués **perdent par conséquent tout crédibilité**. [...] Dès lors, les faits et persécutions allégués par l'intéressé n'ayant pu être établis, l'office ne peut que conclure au **caractère infondé** de ses craintes en cas de retour en Arménie.”

Annexe 9: Commentaires mails

Bonjour,

Je trouve ton travail très intéressant. Ici, à Angers, nous avons beaucoup de migrants et le cas présenté est malheureusement assez classique ici aux urgences du CHU. En plus, depuis début 2013, on a de plus en plus de migrants mineurs et le conseil général a donc décidé de ne pas les prendre en charge, donc on se retrouve avec des mineurs isolés : sans prise en charge sécu, SDF, sans prise en charge ASE,... c'est la cata! et donc un combat de tous les jours pour les aider de notre mieux avec les actes gratuits/signalements/"harcèlements téléphoniques" cordiaux auprès des élus locaux en faisant attention à toutes les dérives associatives et institutionnelles que ce phénomènes peut entraîner. Ce d'autant plus que la circulaire Taubira n'est pas appliqué... bref!

Je serais bien intéressée par la lecture de ton mémoire une fois terminée.

Bon courage

E. D. V.

Hello Edouard

Voici le questionnaire rempli.

Sinon tu me donnerais le résultat de ta recherche et ou en attendant un document un peu ressource pour mieux appréhender cette réalité ?

Bonne soirée, bon travail

M. M.

Je trouve que la situation que vous avez choisie est -au titre de l'enchevêtrement des facteurs- particulièrement éloquente. Car on voit bien que cette dame répercute par son comportement les profondes blessures qu'elle a subies, et qu'elle n'a pas eu l'occasion de "transformer". Qu'elle soit russe, cambodgienne ou du Maine et Loire ne change pas profondément les contours du traumatisme. Par contre, ce qui en aggrave les effets, c'est bien ce que la migration implique de précarité, de "mise en suspens " et "mise entre parenthèses" de la vie et de l'histoire, qui ne peut que générer des troubles identitaires. C'est pourquoi, la question de la migration ne peut ni être évacuée, car elle s'accompagne de tant de ruptures et de pertes, ni être invoquée comme étant prépondérante dans l'éclosion symptomatique. Les 2(migration et blessures dans l'histoire) se tricotent, et s'aggravent encore dans le mal-accueil qui leur est réservé. Car c'est là le 3ème facteur: le tiers, le pays d'accueil, et ce qu'il offre ou pas d'espace d'écoute, de bienveillance, de restauration possible d'une dignité...pour pouvoir rester un homme debout et continuer à avancer ...La psychose n'est elle pas une forme de renoncement à occuper une position de sujet?

C'est ce que j'ai repéré et qui m'intéresse dans votre questionnaire: les 3 axes sont présents, et il me semble essentiel de les tenir ensemble!

Voilà, bon courage à vous 2, vous avez mon soutien amical et professionnel!

N. A.

Bonjour

Bon courage, à bientôt, les questions posées par ce projet sont passionnantes.

G. A.